

Mars 2011



Näckrosor förknippas ofta med upplysning.

## Utvärdering av Näckrosprojektet

*- Upplysning för en psykiatrisk vård och omsorg där samsyn och brukarinflytande växer fram.*

**Författare: Maria Skarin**

# Sammanfattning

Under två år genomfördes en kompetensutvecklingsåtgärd i samverkan mellan södra och västra Sörmlands kommuner samt landstinget och brukar- samt anhängargrupper.

Målgrupp var i första hand baspersonal, dvs. personal som stod närmast brukaren/patienten. De fick möjlighet att gå någon eller några av de sammanlagt 7 utbildningar som erbjöds under projektperioden, eller delta i någon av de implementeringsfrämjande aktiviteter som också ingick i åtgärden. En av utbildningarna riktade sig direkt till brukare och personer med egen brukarerfarenhet var kursledare vid flera av utbildningarna. Målet med projektet var att nå en gemensam kunskapsbas, ökad samsyn och förståelse, ökad samsyn kring förhållningssätt och bemötande samt ökat brukarinflytande. Totalt deltog 410 personal och 39 brukare i utbildningarna. Utvärderingen fokuserade på att följa upp om målsättningen med projektet uppnåtts, utbildningarnas kvalitet samt implementering av de nya kunskaperna. Resultatet visar att det finns skillnader i kunskapsbas mellan kommunen och landstinget. Projektet har inneburit en möjlighet till att delta i gemensamma utbildningar och därmed bidragit till att skapa en gemensam kunskapsbas. Att få dela erfarenheter med personal från andra verksamheter har uttryckts som något positivt av de som deltagit. Det finns tendenser till att samsynen har ökat mellan huvudmännen medan samverkan enligt kommunens personal fungerar sämre i slutet jämfört med i inledningen av projektet. Det kan finnas anledning att diskutera hur det kommer sig att samverkan ser ut så och vad som kan ha inverkat på det resultatet. Förhållningssättet och bemötandet gentemot brukaren/patienten har, enligt vissa delar som framkom i de öppna svarsalternativen om hur man ser på brukaren/patienten, blivit mer gemensamt. Andra delar i resultatet visar att landstinget har förändrat sin syn medan kommunens personal har liknande resultat innan respektive efter projektet. Brukarinflytandet på verksamhetsnivå har inte kunnat utläsas någon positiv utveckling av ännu. Brukarinflytande är något man arbetar med i högre utsträckning inom kommunens verksamheter jämfört med landstinget. Den skillnaden kvarstår även efter projektet. Det individuella brukarinflytandet har ökat något vid den uppföljande enkäten. I en jämförelse mellan personals och brukares perspektiv skattar nästan genomgående brukare ovanstående faktorer mer negativt jämfört med personal. Det kan vara en intressant del att titta på i kommande undersökningar. Utbildningarna har varit av bra kvalitet och på flera sätt bidragit till att öka meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i arbetet. Det har skett i högre utsträckning för kommunens personal. För att den nya kunskapen ska komma till användning behöver en implementering ske på respektive arbetsplats. Implementeringsarbetet har enligt chefer kommit en bit på väg, men det finns en del kvar att göra innan de nya kunskaperna och metoderna används och utvärderas på ett systematiskt sätt i verksamheterna. Personal inom kommunen verkar ha fått bättre förutsättningar för att implementera den nya kunskapen jämfört med landstinget. 99 % av de som besvarat den uppföljande enkäten upplever att de via utbildningarna i någon mån lärt sig något som är till hjälp i deras arbete. 83 % anser att deras förmåga att reflektera och kritiskt granska har påverkats positivt i någon grad. Det går att utläsa utvecklingstendenser med hjälp av denna utvärdering. Kompetensutvecklingsåtgärder kan ta tid att se resultatet av och därför kan det vara intressant att följa resultatet över en längre tid. Sätter man denna åtgärd i sitt sammanhang så ämnar den inverka t.ex. på brukarinflytande, något som enligt psykiatriens historik varit ett kontroversiellt ämne inte alltför långt tillbaka i tiden. Det finns ofta komplexa orsaker och verkan samband som gör det svårt att utläsa vad det är som just detta projekt har bidragit till i resultatet och vad andra faktorer har inverkat på. Liknande utvärderingar som denna är ovanliga och det finns ett behov av fortsatt forskning inom området.

<b>FÖRFATTARE: MARIA SKARIN .....</b>	<b>1</b>
<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>2</b>
<b>INLEDNING.....</b>	<b>5</b>
<b>BAKGRUND.....</b>	<b>6</b>
EN STATLIG SATSNING.....	6
BRUKARINFLYTANDE.....	7
KOMPETENSUTVECKLING.....	9
KOMPETENSATSNING I PSYKIATRINS HISTORISKA SAMMANHANG .....	10
IMPLEMENTERING .....	12
TIDIGARE FORSKNING .....	13
<i>Forskning om kompetensutveckling.....</i>	<i>13</i>
<i>Forskning om brukarinflytande.....</i>	<i>17</i>
<b>NÄCKROSProjektet.....</b>	<b>22</b>
<b>-MÅLSÄTTNING OCH AKTIVITETER.....</b>	<b>22</b>
UTBILDNINGAR OCH AKTIVITETER I PROJEKTET.....	25
<b>SYFTE.....</b>	<b>29</b>
<b>METOD .....</b>	<b>29</b>
METOD FÖR ATT MÄTA MÅLUPPFYLLELSE .....	30
<i>Övergripande enkät.....</i>	<i>30</i>
UTBILDNINGARNAS KVALITET .....	31
IMPLEMENTERING .....	31
ETISKA ASPEKTER.....	31
<i>Rollen som utvärderare.....</i>	<i>32</i>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>32</b>
BAKGRUNDSFAKTORER.....	33
MÅLUPPFYLLELSE .....	37
<i>Gemensam kunskapsbas.....</i>	<i>37</i>
<i>Framtida utbildningsbehov.....</i>	<i>39</i>
<i>Ökad samsyn och förståelse för varandra.....</i>	<i>41</i>
<i>Ökad samsyn kring förhållningssätt och bemötande.....</i>	<i>43</i>
<i>Ökat brukarinflytande.....</i>	<i>49</i>
ÖVERGRIPANDE RESULTAT OCH ANALYS AV SAMBAND MELLAN FAKTORER SOM BERÖR PROJEKTETS	
MÅLSÄTTNING .....	52
<i>Deltagande i projektets aktiviteter och dess koppling till resultat.....</i>	<i>52</i>
<i>Analys av samband - Faktorer som inverkar på gemensam kunskapsbas.....</i>	<i>53</i>
<i>Analys av samband - faktorer som inverkar på bemötande och förhållningssätt.....</i>	<i>54</i>
<i>Analys av samband – faktorer som inverkar på brukarinflytande.....</i>	<i>55</i>
<i>Analys av samband – faktorer som inverkar på samverkan:.....</i>	<i>57</i>
<i>Övergripande kommentarer utifrån enkäterna.....</i>	<i>58</i>
UTBILDNINGARNAS KVALITET .....	59
<i>Utbildningarnas meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet.....</i>	<i>59</i>
<i>Basutbildningen.....</i>	<i>62</i>
<i>Ett självständigt liv.....</i>	<i>65</i>
<i>Motiverande samtal.....</i>	<i>67</i>
<i>Bemötande.....</i>	<i>69</i>
<i>Empowerment och brukarinflytande.....</i>	<i>72</i>
<i>Återhämtning.....</i>	<i>74</i>
<i>Brukarutbildningen.....</i>	<i>76</i>
IMPLEMENTERING .....	77
<i>ESL.....</i>	<i>77</i>
<i>MI.....</i>	<i>78</i>
<i>Förutsättningar för implementering av den nya kunskapen.....</i>	<i>79</i>

<b>DISKUSSION .....</b>	<b>80</b>
METODDISKUSSION .....	80
<i>Bortfallens betydelse i resultatet .....</i>	<i>81</i>
<i>Utvärderarens betydelse .....</i>	<i>81</i>
RESULTATDISKUSSION .....	83
<i>Övergripande resultat.....</i>	<i>83</i>
<i>Gemensam kunskapsbas.....</i>	<i>83</i>
<i>Ökad samsyn och förståelse för varandra.....</i>	<i>84</i>
<i>Ökad samsyn kring förhållningssätt och bemötande .....</i>	<i>84</i>
<i>Brukarinflytande.....</i>	<i>86</i>
<i>Utbildningarnas kvalitet.....</i>	<i>88</i>
<i>Implementering.....</i>	<i>90</i>
ANVÄNDNING .....	90
<b>REFERENSER: .....</b>	<b>92</b>
<b>Bilaga 1: Översikt över artiklar</b>	
<b>Bilaga 2: Personalenkät 1</b>	
<b>Bilaga 3: Brukarenkät 1</b>	
<b>Bilaga 4: Bieffekter och kommentarer vid utvärderingsseminariet</b>	

**Foto:** Daniel Regemar

# Inledning

Staten har beviljat kommuner o landsting i hela landet medel för att genom lokala projekt höja kompetensen inom psykiatrisk vård och omsorg. Totalt beviljades 101 projektansökningar, spridda över landet (1). Bakgrunden till den statliga satsningen var en översyn av psykiatrisk vård, omsorg och rehabilitering, Nationell psykiatrisamordning, som pågick mellan 2003-2006. Där identifierades både brister inom psykiatrisk vård och omsorg samt strategier för kvalitetsutveckling och sätt att stärka utvecklingsarbete. Några områden som enligt Nationell psykiatrisamordning behövde utvecklas var tillgången på kompetent personal, arbetsmetoder, samverkan mellan huvudmän och implementering av ny kunskap. Kompetensförstärkningar var därför en viktig del i deras framtida satsningar för att förbättra kvaliteten i psykiatriska verksamheter. Samverkan med brukarorganisationer och ökat brukarinflytande ansågs vara nödvändigt och viktigt för utvecklingen av vården och omsorgen (2). I södra och västra Sörmland valde man att söka pengar för att genomföra 7 olika utbildningar (3). Satsningen startade 2009 för att fortsätta under 2010 och om nya projektmedel beviljas fortgår den även under 2011. Namnet på projektet blev Näckrosprojektet.

Följande rapports syfte var bland annat att genom en utvärdering av Näckrosprojektet se hur långt projektet nått i ambitionen med att uppnå målsättningarna, där brukarinflytande var en viktig del. Andra delar i målsättningen var gemensam kunskapsbas, samsyn i förhållningssätt och bemötande. Det var också att ge en grund för det fortsatta långsiktiga arbetet med kompetensutveckling, samverkan, bemötande och förhållningssätt och brukarinflytande.

Jag har redan innan skrivandet av den här rapporten trott på kraften och möjligheterna i att se brukarinflytande som en viktig del i vården och omsorgen. Där finns kunskap och erfarenheter värda att ta tillvara även i utveckling av verksamheter. Psykiatrins historiska sammanhang spelar roll för hur vården bedrivs idag. Det har därför varit högst intressant att få följa detta projekt först som projektledare och sedan som utvärderare av detsamma. Till min hjälp har jag haft många värdefulla personer. Ledningsgruppen för projektet, projektmedarbetaren Maria Skagerström, FoU Sörmland, Landstingets FoU, utvärderingshandledaren Kari Jess för att nämna några. Tack för allt ni bidragit med! Tack också för alla givande möten med representanter för brukare och brukarorganisationer. Ni besitter en ovärderlig kunskap och erfarenhet och förmedlar också mening i arbetet med denna satsning.

I rapporten finns en bakgrund som beskriver faktorer som påverkar sådana kompetensutvecklingssatsningar som projektet innebär och också något om brukarinflytande, aktuell forskning kring kompetensutveckling och brukarinflytande. Tanken med det är att ge förståelse för att satsningen inte bara påverkas av sina egna aktiviteter utan genomförs i ett större sammanhang. Detta omgivande sammanhang kan också ha påverkan på resultatet. Även implementering spelar roll i att besvara frågan: Har vi nått dit vi hade för avsikt med de utbildningar och aktiviteter som genomförts?

***"Without education, you're not going anywhere in this world."  
Malcolm X***

# Bakgrund

## *En statlig satsning*

Denna statliga satsning är en del av ett långsiktigt arbete. Processen att förändra vården och stödet till personer med psykisk ohälsa går framåt men tar lång tid. Nationell psykiatrisamordning, vars utredning föregick denna statliga satsning på samverkansprojekt ute i landet, beskriver sitt arbete som en förlängning av psykiatrireformen. De ser behovet av att utveckla metoder, stärka kompetens, brukarinflytande och samordning av insatser mellan huvudmän. Det handlar också om att förändra attityder och värderingar i samhället (2). Det som är måttet på om ambitionerna lyckas är graden av delaktighet i samhället i stort och kan därmed enligt dem inte enbart mätas genom att studera kommunernas och landstingets insatser.

Tidigare statliga satsningar har möjliggjort projekt och insatser för att öka individens inflytande och ställning i relation till vårdapparaten, bl.a. via personliga ombud som varit en insats som uppskattats mycket även om den inte nått alla individer. Brukar och anhörigorganisationer fick också stöd under Nationell psykiatrisamordnings arbete, vilket har gjort att de rörelserna är vanligare idag. Satsningen då gjorde att viss förbättring uppstod, dock fanns en brist långsiktighet. Brukares/patienters erfarenheter användes inte i tillräcklig utsträckning i utformandet av vård och stödinsatser och dessutom behövde det reella brukarinflytandet stärkas (**Fel! Bokmärket är inte definierat.**). Det sågs därför som viktigt att påbörjade utvecklingsinitiativ får fortsätta lokalt och Socialstyrelsen blir då ansvariga för det. Socialstyrelsen har tagit över ansvaret för utvecklingen av metoder, kunskap, öka brukarinflytandet och att göra en nationell plan i samverkan med många aktörer för det fortsatta arbetet inom området (2). 2009-2010 har man satsat 130 miljoner på utvecklingsprojekt, en satsning som fortsätter även kommande år (4).

Erfarenheter från Sverige och de andra nordiska länderna visar att det krävs både ett långsiktigt arbete och en kraftansträngning om en verklig förändring ska ske för brukare och anhöriga.

*”...det krävs en långsiktig strategi och en uthållig vilja för att åstadkomma reella förändringar för brukare och närstående. Det krävs att alla aktörer är delaktiga och har gemensamma mål och strävar åt samma håll. För att åstadkomma en förbättrad vård, omsorg och livssituation för människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder krävs förändringar och god vilja inom många samhällssektorer”. s. 27 (2).*

Det är enligt tidigare utvärderingar av stora statliga satsningar oklart om de ger det resultat som önskas. En utvärdering av kompetensstegen (en stor kompetensutvecklingsatsning riktad mot äldreomsorg) har inte kunnat visa att satsningen har haft någon direkt effekt för de äldre, de som är mottagare av vården och omsorgen (5).

## **Brukarinflytande**

*”Utifrån erfarenheter från andra länder kan vi se att Sverige har lång väg att gå. Det är från att tala om brukarinflytande till att det ska bli en praktisk verklighet. Exempel på det är förändrade verksamheter, synsätt och attityder.” (s.3) (6).*

Utbildning är ett sätt att stärka brukarinflytandet. Det är inte ett sätt som tar bort motstånd hos personal eller säkert leder fram till ett ökat brukarinflytande, men ett sätt att ta sig an frågan. Frågan är vad alternativet till att utbilda personalen är, för att nå målet ökat brukarinflytande. Det finns inget självklart alternativ (6).

För att brukarinflytande ska infinna sig behövs vissa andra förutsättningar. Det bör bland annat betraktas som ett arbetsområde, som andra. Det behövs noggrann planering, resurser och struktur för genomförande och utbildning. Vanligaste hindret mot brukarinflytande är en organisationskultur som ger motstånd (någon från ledningen styr), maktskillnader, inställningen hos anställda (t.ex. har de med en strikt medicinsk syn ett större motstånd mot brukarinflytande än de med en psykosocial syn har) (6).

Avgörande faktorer för att brukarinflytandet ska fungera är:

- Tillräckligt med resurser, stöd ska ges till självständiga grupper och betald ersättning till dem som medverkar.
- Balans mellan att stödja brukar och anhöriginflytande och samtidigt se till att grupperingarna fortsätter vara självständiga.
- De anställda ska utbildas av personer med egen erfarenhet av psykiatrisk vård och de behöver i sin tur utbildning för att kunna utföra uppgiften
- Brukarinflytande ska finnas med på ett så tidigt stadium som möjligt i ett projekt och genom hela processen
- En informationsstrategi av hög kvalitet är avgörande. En tydlig organisation och synligt beslutsfattande för alla parter.
- Maktskillnader mellan personer med brukarerfarenhet och de anställda behöver bekräftas, förstås och hanteras med varsamhet.
- Formerna för inflytande och takten på förändringsarbetet behöver anpassas så att det är tillgängligt för alla oavsett funktionshinder eller upplevelse av psykisk ohälsa (6).

### **Definition**

Brukarinflytandet kan betraktas utifrån tre nivåer. Individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå. En brukare är en mottagare av en samhällstjänst och inflytande står för påverkansmöjlighet. Utifrån de tre nivåerna definieras brukarinflytande som:

- Den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation och de vård- och stödsatser som hon eller han är föremål för.” (Individnivå)
- ”Patienters, brukares och anhörigas möjligheter att vara delaktiga i beslut som fattas i verksamheter inom socialtjänst och psykiatri. (Verksamhetsnivå)
- ”Utövas av patienters, brukares och anhörigas organisationer på ett övergripande plan. Det kan handla om att ge underlag till politiska beslut eller att vara med och utforma policyprogram.” (Systemnivå) (7).

Exempel på sätt att arbeta med brukarinflytande är: brukarkonsulter, gemensamma arbetsgrupper, råd, representanter i ledningsgrupper, medverkan i uppföljning och utvecklingsarbete, medverkan i utbildning, framtidsverkstad m.m (7).

Ytterligare exempel på brukarinflytande är: delaktighet/ömsesidigt beslutsfattande i vård och behandling, rätt att välja vård och behandling, respekt och värdesättande av patientens synsätt och erfarenhet (8), att anställa brukare/personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som ordinarie vårdpersonal i traditionella roller eller som brukarkonsulenter (9).

Brukarinflytandet ser olika ut i olika kommuner. Former för brukarråd finns inte i alla kommuner och omfattningen skiljer sig också åt. Det finns en positiv utveckling som skett de senaste fem åren, enligt brukarrepresentanter som har erfarenhet av att arbeta med brukarinflytande i landet. Det kan bero på myndigheternas ökade vilja att samarbeta, och/eller på att brukarrepresentanternas förmåga att göra sig hörda och lyssnade på har ökat (10).

Det är oftast via konkret påverkan på ett lokalt plan som brukarrepresentanter upplever att de har en möjlighet att påverka. Exempel på hur de lokalt arbetat med brukarinflytande, som ges av representanter med erfarenhet av det arbetet är att de fått inflytande genom direkt kontakt med politiker utifrån en aktuell fråga, de har deltagit i rekrytering av personal till kommunala verksamheter, de har utbildat personal och brukare och kunnat samarbeta brukarorganisationer emellan (**Fel! Bokmärket är inte definierat.**).

Att arbeta med brukarinflytande kan innebära utmaningar på olika sätt. Maktskillnader till exempel gör att det krävs en särskild medvetenhet och insikt för att undanröja osynliga hinder. Andra frågor som diskuteras i olika sammanhang är ekonomisk ersättning till brukare. En stor skillnad är ofta att personal har lön och deltar i ett arbete med bibehållen ersättning. Brukare får sällan ekonomisk ersättning och kan också förlora arbetsinkomst om de har en anställning och ett arbete de får ta ledigt ifrån för att delta i möten och aktiviteter.

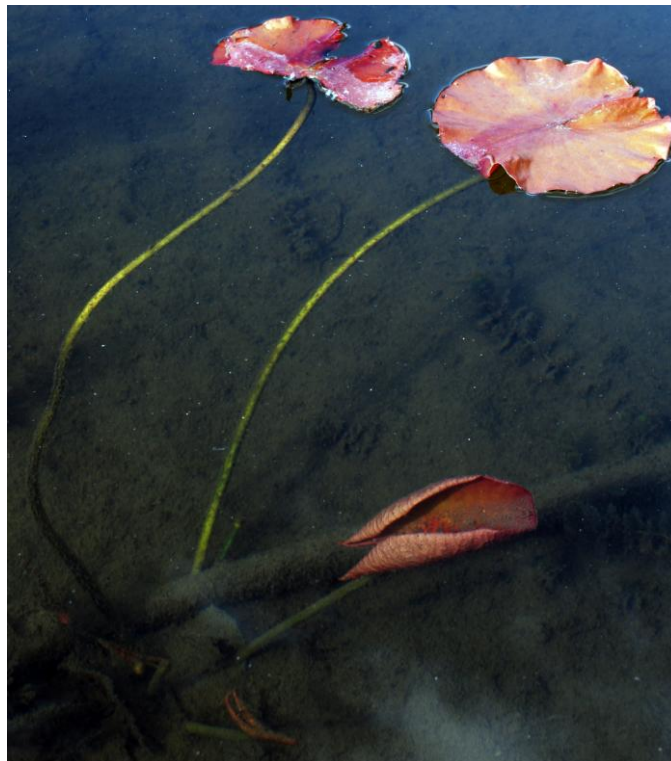
Några fler exempel på utmaningar är hur man kan gå tillväga för att inhämta relevanta synpunkter. Olika brukare har ibland olika erfarenheter att delge och vid ett övergripande arbete är det både viktigt att utgå från erfarenheter men att göra det på ett sätt så att det baseras på flera personers upplevelser. Det är ett relativt nytt arbetsfält och därmed finns inte alltid kunskap om hur synpunkter från brukare kan inhämtas. Det behövs engagemang och vilja för att brukarinflytandet ska komma till stånd. Vissa brukare har erfarenheter från att inte ha fått det inflytande de förväntat sig i sammanhang där de bjudits in, vilket kan leda till en slags uppgivenhet. Vissa brukare har nedsatt autonomt och det utgör i sig en utmaning. Hur kan man fånga upp personens önskan om t.ex. vård och omsorgsinsatser, utan att det blir påverkat av personalens åsikter i alltför hög utsträckning? Ytterligare ett exempel på en utmaning är att gå från brukarinflytande till brukarmedverkan. Att få en verklig medverkan i arbetet som görs, delaktighet, och att inte stanna vid att inhämta åsikter eller synpunkter från brukare (11). Personalens attityder och inställning till brukarinflytande är en utmaning i sig, eftersom den på ett märkbart sätt kan påverka hur och om riktlinjer och dokument om brukarinflytande får en effekt i den kliniska vardagen, i vissa fall kan deras attityder påverka brukarinflytandet negativt (12).

Ibland uppfattas dock inte brukares kunskap som lika värdefull som professionell kunskap. Brukare med egen erfarenhet av att arbeta med brukarinflytande beskriver det som en glappkontakt mellan de deras kunskap och de professionellas vilja att ta till sig den (7).

En typ av brukarinflytande kan vara att brukare anställs i verksamhet där psykiatrisk vård och omsorg bedrivs. Det kan leda till att personalens attityd till patienter/klienter förbättras. De som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa kan skapa mer kamratliga relationer, mer jämlika,



och arbetar i vissa fall mer med uppsökande verksamhet (9). I de fall där patienter får möjlighet att vara delaktiga i beslut som rör deras vård, ökar benägenheten att följa de förslag och insatser som rekommenderas (13). Delaktighet från brukare kan resultera i en bättre, mer effektiv och ändamålsenlig vård och omsorg. För brukares egen del så kan det förbättra psykosocial hälsa, livskvalitet och minska risken för att bli inlagd och hospitaliserad. De kan få en bättre självkänsla, fler sociala kontakter och bli stärkta i inflytandet över sitt eget liv. Detta är viktiga faktorer eftersom psykisk sjukdom i sig ofta har motsatt inverkan på brukarens liv, t.ex. minskad autonomitet, dåligt självförtroende (12).



### ***Kompetensutveckling***

För att ett lärande ska kunna ske hos individen behöver vissa faktorer i omgivningen vara uppfyllda. Individen samspelar med omgivningen mer eller mindre medvetet och försöker påverka sin omgivning på egen hand eller samlat tillsammans med andra. Samtidigt formas individen själv av omgivningen. Erfarenheter som individen får av samspellet med omgivningen (t.ex. social, materiell och kulturell) kan sedan i sin tur kontrollera individen (14).

### **Definition av Kompetens/kompetensutveckling**

Termen kompetensutveckling används ibland i flera olika betydelser. Det kan både handla om organisationsrelaterad (t.ex. formell- och icke formell utbildning av personal, verksamhets eller organisationsförändringar) och individrelaterad kompetensutveckling (t.ex. individens egen läroprocess) (14).

Kompetensutveckling definieras här som:

*”en sammanfattande beteckning på de olika typer av planerade åtgärder, som kan utnyttjas för att påverka utbudet av kompetenser/kvalifikationer på den interna arbetsmarknaden”*

s. 106 (14)

Mänskligt handlande och lärande är sammansatta processer. Vi utgår inte alltid från rationellt övervägda handlingsalternativ, vi kan istället agera rutinmässigt eller göra så som vi tror är bäst för stunden. Vi agerar ibland direkt utan att formulera en plan eller ett mål med det vi gör. Empirisk forskning visar att det i högre utsträckning är så att vi styrs av människorna och förutsättningarna i vår omgivning. Vi har inte en färdig plan för hur vi ska göra utan formar den i ett samspel med omgivningen, samtidigt som vi anpassar oss till förändringar i dessa förutsättningar. Människan lär sig inte enbart genom att ha identifierade mål som styr handlingarna. Lärandet är mer en process där vi efter att ha handlat reflekterar och ser vilka effekterna var. Genom erfarenheterna lär vi oss då lösa problem (14). Detta belyser att lärande är en sammansatt process som både beror på t.ex. utbildning men också på personen och sammanhanget. Därmed går det inte alltid att förutsäga vilken effekt en kompetensutvecklingsinsats får. Det behövs något mer än att gå en utbildning. Trots det så är kompetensutveckling en vanlig insats när man vill höja kvaliteten i en verksamhet, t.ex. via statliga satsningar. Det kan vara svårt för personal att omsätta den nya kunskapen i handlingar. För att kunskapen ska kunna omsättas i handling krävs ett fortsatt arbete efter genomgången utbildning med handledning och reflektion i arbetet. Intresset och motivationen hos de anställda påverkar också i hög grad (15).

En annan viktig faktor i individens lärande är möjligheten till att påverka sina handlingar och sin omgivning. För att höja sin individuella kompetens behöver man kunna påverka sin omgivning, ha frihet att välja handlingssätt. Samt kunna se resultatet av sitt handlande. Saknas detta kan man istället välja att agera på ett sätt som man tror ger framgång utan att man egentligen vet (14).

Därmed spelar även organisationen och ledningen för verksamheterna stor roll i vilka effekter kompetensutvecklingen slutligen får i det ordinarie arbetet.

### **Kompetenssatsning i psykiatrins historiska sammanhang**

Vid genomförande av kompetensutveckling är det viktigt att identifiera det sammanhang, den kontext, som personal och verksamheter befinner sig i. Den nya kunskapen tas emot av samhället, organisationen och individuella anställda i komplexa samspel. Den historik, kultur, organisation och individ som berörs inverkar på utfallet av kompetensutvecklingsinsatser, likaså utformningen av insatserna. Det går därför inte att se på det som ett enkelt orsak-verkan fenomen (14). Psykiatrins historia är därmed viktig att beakta, för att se vilket sammanhang som just den här statliga satsningen befinner sig i.

*”Både historien och nutiden ger tydliga exempel på hur det individuella mänskliga perspektivet kommit till korta mot olika former av teoretiska övervägningar och organisationernas bästa, men trots detta går utvecklingen mot en allt mänskligare vård och omsorg.” (2) s. 81*

Utvecklingen har gått från att vården hade en kollektiv inriktning till att bli mer individualiserad. I början av 1900 talet byggdes stora institutioner upp där personer med psykiska sjukdomar vårdades. De befann sig då avskilda från samhället i en vårdform som byggde på ordning av ett kollektiv och liten plats för de individuella behoven. Detta belyses av citatet ovan. Under 1900 talets senare hälft har individens rättigheter, autonomi och ställning i samhället stärkts. Dock kan man se att personer med psykisk ohälsa fått ta del av dessa rättigheter och möjligheter i mindre utsträckning och senare i tid jämfört med andra medborgare. Även om synen på orsaken till psykisk ohälsa har förändrats över tid och enligt Nationell Psykiatrisamordnings uppfattning frångått moraliska förklaringsmodeller så möter många människor med psykisk ohälsa fortfarande diskriminering, negativa attityder, och utanförskap i mötet med samhället och andra människor (2).

Vården har utvecklats mot att bli mer öppen, främja delaktighet i samhällets alla delar och att avveckla de stora institutionerna. Det är en förändring som enligt Nationell Psykiatrisamordning inte varit helt enkel. Institutionerna i Sverige avvecklades under 1980-talet och framåt och utbyggnaden av vården gjordes då. I samband med Psykiatrireformen stärktes individens ställning i vården ytterligare och kommunen fick ett större ansvar för att ge stöd till personer med psykisk sjukdom. Det formulerades bl.a. att stöd och vård ska anpassas efter individens förutsättningar och behov, samt att vården ska utformas så att den stödjer personens oberoende och integritet (2).

Satsningar på kompetensutveckling är ibland av symboliskt värde, ett sätt att förbättra en verksamhets legitimitet. Eller så kan det vara ett sätt att utöva osynlig makt och styrning mot ett speciellt mål. Ofta styrs kraven på personalens kompetens av sociala förväntningar mer än av arbetets karaktär. Olika händelser kan iscensätta satsningar som en reaktion på det som skett (14). Psykiatrisk vård och omsorg i Sverige ifrågasattes efter ett antal våldshändelser där personer innan de utförde de handlingarna hade sökt psykiatrisk vård. Frågan gällde bl.a. hur vi tar hand om dem som söker psykiatrisk vård. Regeringen beslutade att se över samarbetsformer, kompetens, vård och rehabilitering m.m. genom att tillsätta en nationell psykiatrisamordning (2). Därefter följde en statlig satsning på att höja kompetensen hos baspersonal inom psykiatrisk vård och omsorg (1). Utvecklingen av den psykiatriska vården samt statliga satsningar och lokala projekt påverkas således av sitt historiska sammanhang. Forskning om utbildning och lärande i arbetslivet har tidigare haft utgångspunkt i ett ”black box”-perspektiv. Dvs. att kompetensutveckling skulle handla om enkla orsak-verkan sammanhang. Ett annat perspektiv är att kontexten spelar stor roll och att utbildning och lärande inte kan studeras oberoende av sitt sammanhang. De omgivande faktorerna kan begränsa eller möjliggöra en organisations kompetensutveckling (14).

## Implementering

*“It has been well documented in many disciplines that major gaps exist between what is known as effective practices (i.e., theory and science) and what is actually done (i.e., policy and practice).”* (s. 2) (16)

Även om vi idag blir bättre och bättre på att hitta evidensbaserad kunskap, skriva manualer och lära oss mer så innebär det inte att vi direkt börjar göra på ett nytt sätt. Därför behövs ett medvetet arbete med implementering för att kunskap ska komma till användning i dagligt arbete och därmed vara till nytta för de som tar emot vård och omsorg. Implementering definieras som specifika aktiviteter utformade för att specifika metoder eller program ska börja användas i praktiken. Här är exempel på saker som behövs uppfyllas för att en lyckad implementering ska kunna komma till stånd (16).

- Noggrant utvalda personer som får riktad utbildning, stöd och återkommande återkoppling
- Organisationen tillgodoser struktur och tid för träning, kunnig vägledning, återkommande utvärdering
- Samhället och mottagare av tjänsten är fullt delaktiga i valet av metoder
- Bidragsgivare, myndigheter, bestämmelser ger gynnsamma förutsättningar för att införa de nya metoderna (16).

Enbart utbildning eller information via policyprogram och liknande verkar inte vara ett framgångsrikt sätt att uppnå framgångsrik implementering av nya metoder. Det behövs engagemang av de som utvecklat metoden och mänskliga möten för att uppnå en förändring. Andra framgångsfaktorer är att kärnan i det som ska införas är känt och kommunicerat till de som berörs, grunderna, syfte och metoder behöver vara kända.

Likaså bra beskrivningar av hur man kan gå tillväga. Kunskapen om vad som ger en bra implementering är idag inte tillräcklig. Även om det är en effektiv metod eller behandling så kommer den inte till nytta för brukare förrän den implementeras på ett effektivt sätt. För att få effekt krävs en långsiktig satsning som görs på flera olika nivåer. Methodhjälp för införandet av nya metoder, organisatoriskt och samhälleligt stöd (16).



## **Tidigare forskning**

### **Forskning om kompetensutveckling**

En stor utbildningssatsning genomfördes i Skotland i samband med införandet av en ny lagstiftning inom mental hälsa. Den nya lagstiftningen skiljde sig från de tidigare genom att den innehöll principer grundade i mänskliga rättigheter och innebar t.ex. jämställdhet, delaktighet, respekt för vårdgivare och minsta möjliga tvångsåtgärder. För att uppnå intentionerna med lagstiftningen sågs det som nödvändigt att all baspersonal, dvs. de som möter personer med psykisk ohälsa, var bekanta med dess krav och började tillämpa dess intentioner i sitt arbetssätt. För att det skulle bli möjligt genomfördes en satsning på utbildningsresurser. Utbildningssatsningen utvärderades nationellt. Syftet var att undersöka i vilken utsträckning utbildningsresurserna hade använts, se hur innehållet upplevs av personal, om det gav stöd att implementera den nya lagstiftningen, samt undersöka styrkor och svagheter med de olika utbildningsformerna. Enkäter och intervjuer genomfördes med 425 av de totalt 1030 personerna som deltagit i utbildningarna. 75 % ansåg att innehållet i utbildningsmaterialet gav dem bättre förutsättningar för att kunna tillämpa den nya lagstiftningen.

Färre än hälften av de som deltog i undersökningen besvarade frågan om de hade ändrat sitt arbetssätt med anledning av utbildningen. Av de som svarade ansåg 47 % att de hade det och 37 % ansåg att utbildningen lett till förändringar på arbetsplatsen. Resultatet pekar på att det som var särskilt effektivt var kombinationen av personlig vägledning och egen utbildning. Att ha material i olika format gav en bättre tillämpning liksom att ha flera olika informationskanaler (t.ex. e-post, affischer, nyhetsbrev) för att nå ut med informationen. Utbildningsresursen ansågs väldigt användbar i att förbättra personalens expertkunskap och förståelse för intentionerna i lagstiftningen.

Att ha tid var en svår fråga för många av personalen. Det kunde dels handla om att kunna komma ifrån arbetet för att gå på utbildning men även att ha tid under en arbetsdag att sätta sig in i och använda utbildningsmaterialet. En del ansåg att planeringen av utbildningssatsningen kunde varit bättre.

Huruvida arbetssättet förändrades efter utbildningen fanns det olika åsikter om, men de flesta ansåg att arbetssättet hade förändrats. Dock tillskrev de både utbildningsmaterialet och lagstiftningen i sig betydelse för att genomföra den förändringen. En avgörande del i utbildningen var att personalen skulle förstå intentionerna bakom den nya lagen, principerna bakom och vad den innebar i praktiken. Utbildningsmaterialet ansågs ha spelat en viktig roll och varit effektivt för att skapa den förståelsen för personalen. Ett förslag till förbättring var att utöka utbildningarna till att innehålla fler dagar som ett komplement till grundutbildningen som all personal fick. Några ansåg att de behövde fördjupa sina kunskaper ytterligare.

Undersökningen efter satsningen visade att personal var medvetna om den nya lagen och dess tillämpning i arbetet – i stora drag. Det fanns tvivel på om man med satsningen nått fram till alla användargrupper. Användbarheten av materialet för brukare och anhöriga var mindre tydlig.

Den nya lagen inom mental hälsovård ansågs inte på egen hand ha kunnat påverka personalens arbetssätt så effektivt som det blev med den extra utbildningssatsningen. Utbildningssatsningen ansågs därför ha varit ett framgångsrikt redskap och att man därigenom uppnått intentionerna med den nya lagstiftningen i stort (17).

Det har i England funnits en oro för om de som arbetar inom psykiatrisk vård är redo för den nya psykiatriska vården. Anledningen är att det som prioriteras i vården inte är det som förs fram i utbildningar, varken i grund eller påbyggnadsutbildningar. Det ställer krav på att utbildningarna ska utvecklas till att både ge ny kunskap och förutsättningar för att använda den kunskapen i det kliniska arbetet. I en artikel av Gauntlett beskrivs ett utbildningsprogram, dess effektivitet i att förbättra förmågor och tillämpning av ny kunskap och förklarar också vilka de avgörande faktorerna för att uppnå det resultatet var (18). Utbildningen var tvåårig och hade fokus på 12 olika områden, bl.a. bedömningar, att ta vara på klienternas styrka, familjearbete, kognitiv terapi, motiverande samtal m.m. Målet med utbildningen var att ge psykiatripersonalen förutsättningar för att ge sociala och kliniska vårdinsatser som personer med allvarliga psykiatriska sjukdomar behövde. Det fanns ett särskilt fokus på evidensbaserad vård i utbildningen. För att maximera möjligheten för att den nya kunskapen skulle föras över till det kliniska arbetet utbildades många i personalen från samma team och utbildningen hölls ute på arbetsplatserna istället för i ett klassrum. Totalt deltog 289 personer i utbildningen (18).

Utvärderingen av utbildningen skulle visa i vilken utsträckning de som gått utbildningen hade utvecklat nya förmågor och om de då omsattes till den praktiska vardagen samt att identifiera de viktigaste delarna i utbildningen som studenterna ansåg bidrog mest till att överföra kunskapen till klinisk verksamhet (18).

Några av de nyligen färdigutbildade studenterna från en utbildningsort (41 personer) besvarade en enkät. Den innehöll frågor om förmågor som utbildningen gett, hur de nya förmågorna använts och viktiga faktorer för att underlätta överföringen av kunskap. Majoriteten av studenterna (mer än 60 %) angav att de hade fått ny kunskap i 7 av de 12 delarna som utbildningen handlade om. När det gäller att tillämpa de nya kunskaperna var det mer än 60 % av studenterna som angav att de hade stor förmåga att göra det i 8 av de 12 insatserna.

Enligt studenterna var det flera delar i utbildningarna som var särskilt avgörande för att bidra till att den nya kunskapen användes ute på arbetsplatserna. Det var:

- Att tillräckligt många i arbetsgruppen fick utbildningen så att den kritiska massan kunde diskutera och dela idéer mellan varandra.
- Studiematerialet var otroligt värdefullt.
- Att utbildaren var intressant och hade bra kunskap om ämnet och ansågs som trovärdig.
- Uppgifter under utbildningstiden. Det hjälpte dem att koppla teori och praktik och att det gjorde kunskapen mer verklig, ansågs vara det mest betydelsefulla för att kunna använda den nya kunskapen.

Studiens resultat visar att det var ett effektivt utbildningsprogram som gav studenterna ny kunskap och förmågor att använda i sitt arbete. Många av de delar som ingick i utbildningen var sådant som de kunde använda i praktiken (18).

För några av ämnena/delarna i utbildningen angav studenterna att det var svårare att se den nya kunskapen samt omsätta den i praktiken. Följande var exempel på vad som hindrat dem i det:

- Om utbildningen var på en alltför grundläggande nivå för att kunna ge ny kunskap och insikter (gällde bl.a. MI utbildningen)
- För lite kunskap/information om ämnet för att förstå innebörden.
- Begränsade möjligheter att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet med klienter t.ex. på grund av ledning, organisation, hög arbetsbelastning, brist på resurser.
- Brist på självförtroende eller erfarenhet
- För lite träning för att kunna utveckla nya förmågor.
- Brist på stöd från ledningen en viktig faktor. Cheferna behövde ge studenterna stöd i att använda den nya kunskapen. För att uppnå det erbjöds insatser riktade direkt till cheferna där de bjöds in för att kunna lära sig mer om hur de kunde underlätta införandet av de nya metoderna/kunskapen i arbetet. Det var få som kände till att dessa tillfällen fanns och därmed mycket få som deltog (2 av 21). De fick därför en mycket liten effekt.

Undersökningsgruppen i denna studie var liten. De anser att det finns en stor brist på utvärdering av liknande utbildningsinsatser. Det är enligt författarna därför viktigt att de utvärderingar som finns görs tillgängliga för att resultatet av dem ska kunna användas vid framtida utbildningsinsatser (18).

Vid en studie som undersökte förändringar i attityder hos vårdpersonal inom akutvård samt psykiatrisk vård via en utbildningsinsats, kunde de mäta förbättrade attityder gentemot patienter med borderline personlighetsstörning. Totalt deltog 99 personal med olika yrkesbakgrund, utbildning, erfarenhet och arbetsplatser. De fick besvara två frågeformulär, före och direkt efter, som fångade upp information om bakgrundsfaktorer samt attityder till att arbeta med ovan nämnda patientgrupp (19).

Utbildningsinsatsen bestod av en föreläsning samt diskussioner och reflektioner bland deltagarna med inlägg från utbildaren. Det fanns en signifikant förbättring av attityder både hos psykiatrisk vårdpersonal och akutvårdspersonal. Det resultatet stämmer överens med andra studier.

Effekten av utbildningen på attityderna i denna studie på var så pass stor att den antogs spela roll även sedan i det vardagliga arbetet. Det var dock inte undersökt eller belagt, inte heller undersöktes de långsiktiga effekterna av utbildningen. All personal visade förbättringar i attityder, oavsett yrke (19).

En analys av resultatet visade på att flera bakgrundsfaktorer verkade ha betydelse för i vilken utsträckning det blev en attitydförändring i samband med utbildningen (19). Dessa var:

- Kön (män förändrade sina attityder i mindre utsträckning)
- Utbildningsnivå (personal med högre utbildning förändrade sina attityder i högre utsträckning)
- Erfarenhet (personal med mer än 16 års erfarenhet förändrade inte sina attityder på ett statistiskt signifikant sätt)

Möjliga förklaringar till dessa fynd var att diagnosen som det handlar om som är vanligare bland kvinnor och att de fall som beskrevs under utbildningen var kvinnor. Det verkade också vara så att samt att kvinnor hade en större förmåga att känna empati med de som har svåra

känslomässiga störningar. Kanske hade andra fallbeskrivningar, med män, lett till ett annat resultat. Vad gäller utbildningsnivåns betydelse fanns en tanke om att utbildningen kanske var mer anpassad till att passa personal med högre utbildning, då den innehöll inslag av diskussioner och egna reflektioner. Kanske hade ett annat upplägg gynnat personal med lägre utbildning bättre (19).

Det diskuterades i artikeln om de som hade mer än 16 års erfarenhet hade en äldre utbildning, som i sin tur kan ha haft mer tonvikt på en biologisk bakgrund och orsak till psykiska sjukdomar. Därmed skulle de kunna ha svårare att ta till sig ny kunskap med mer terapeutisk grund. De som tillhör tidigare generationer kanske också hade påverkats av gamla traditioner, tankesätt och invanda behandlingsmetoder än de som var unga i sitt yrke. Det kanske också var svårare att ändra på den behandling man ger när man hade gett den under lång tid. Den personal som hade tät kontakt med patienter i målgruppen visade på en större förbättring, av attityderna. Att det gick att förändra attityderna med hjälp av den här utbildningsinsatsningen pekar på behovet av återkommande liknande insatser för personal som arbetar med denna målgrupp. För att kunna ge en god vård till behövs empati och förståelse för patienterna och då kan utbildningar som påverkar attityderna vara en viktig del (19).

Vid en utbildningsinsats i återhämtning och brukarinflytande till personal inom psykiatrisk vård i Australien utvärderades deras kunskap, attityder och hoppfullhet till återhämtning för personer med psykisk sjukdom, samt inställning till inflytande/samarbete i vårdinsatser. Sammanlagt deltog 248 personer i studien och de fick fylla i en enkät innan och direkt efter att de deltagit i den två dagar långa utbildningen. Utbildningen syftar till att ge kunskap och förmåga att arbeta med en återhämtningsinriktad vård baserad på samarbete. Den innehöll principer och förmågor till exempel i att sätta upp gemensamma mål, att stödja individens återhämtningsprocess och stärka samarbete med klienter/brukare. Den individuella återhämtningsprocessen är också i fokus, liksom värderingar som autonomi, hopp och betydelsen av individens egen erfarenhet. Resultatet visar att personalen som deltog i utbildningen visar på mer hoppfull inställning och tro på möjligheten att personer med allvarlig psykisk sjukdom uppnår sina mål. De fick större kunskap och förändrade attityder till återhämtning. Det finns därmed tecken på att en relativt liten utbildningsinsats kan få stor effekt på inställningen hos vårdpersonal vad gäller återhämtning och samarbete/inflytande i vården. Det var dock en begränsad studie så mer forskning behövs (20).





## Forskning om brukarinflytande

En studie som genomförts i Norge 2004 har undersökt patientens inflytande i vård och behandling. De jämförde först patienters respektive vårdpersonals bild av behövda insatser hos patienten. Team fick sedan uppmaningen att särskilt beakta patientens inflytande och utifrån det göra en egen bedömning som gav en bild av vilka åsikter som teamet tog mest hänsyn till, patientens eller de professionellas (8). Där, liksom i många andra länder, har policyprogram, lagstiftning och liknande dokumentation fastslagit att brukarinflytande är en viktig del i den psykiatriska vården och behandlingen. Samtidigt är det oklart vilket genomslag det haft i den vardag där personal och patienter befinner sig. Här deltog 1080 patienter i studien, både patienter i primär och i specialiserad psykiatrisk vård och behandling. Resultatet visar att patient, vårdpersonal och team hade stor överensstämmelse i sina bedömningar. I vissa fall var de inte eniga och då handlade det nästan uteslutande om att vårdpersonal identifierade fler behov än patienten. Teamet, som fått i uppgift att särskilt ta hänsyn till patientens inflytande över sin vård, gick oftast på vårdpersonalens bedömning även när patientens bedömning såg annorlunda ut (8).

Fynden i studien pekar på att patienter tenderar att underskatta behov av hjälp pga. psykotiska symptom. Resultaten tyder på att de patienter vars syn på vårdbehov överensstämde minst med personalens hade mer kognitiva symptom än resten av undersökningsgruppen. Det var dock inte så stor skillnad i kognitiva förmågor att det går att förklara hela resultatskillnaden med det. Författarna anser också att det kan finnas förmåga att delta i beslut som rör sin egen behandling även hos den grupp som har kognitiva nedsättningar (8).

Hur kan man då förstå/förklara skillnaden i patientens och personalens bedömning?

- En förklaring är att personal i högre utsträckning känner till vilka olika typer av vård och omsorg som finns tillgänglig och har mer kunskap om vad det kan leda till för förbättringar.
- En annan är att personal och patienter har olika mål med behandlingen och därmed också olika sätt/strategier som kan vara framgångsrika för att nå dit. Att följa upp (personalperspektivet) kan vara välmotiverat om det handlar om att följa upp en medicinsk insats som syftar till att minska symptomen för patienten. Däremot kan det som patienten anser viktigt (till exempel kan det handla om ökad självständighet, minskad risk för stigmatisering) uppnås bättre på andra sätt, t.ex. genom minskad kontakt/uppföljning av vårdpersonal.
- Traditionen av paternalism och brist på respekt för patientens erfarenhet och förmåga att vara delaktig i sin vård och behandling.
- Motvilja hos vårdpersonal mot att lämna ifrån sig inflytande över vården och behandlingen till förmån för patienten.
- Okunskap hos patienten om vilka behandlingsalternativ som finns och vad de kan leda till för förbättringar.
- Psykotiska symptom och ev. kognitiva nedsättningar gör att patienter underskattar behov av hjälp
- Personal överskattar den positiva effekten som uppföljning och mer vårdinsatser kan ha, anser att de vet bättre än patienten vad som behövs och missar att se de negativa aspekterna av att utöka vårdinsatser utifrån patientens perspektiv (8).

Exempel på insatser som kan underlätta patientens/brukarens inflytande är därför ökad kunskap hos patienterna om olika insatser och deras möjliga positiva effekter. Fler åtgärder till patienter kan vara att bygga upp självförtroendet, att träffas i grupp, samt kunskap om vårdens organisation. Till personal behövs utbildning och åtgärder för att träna dem i empowerment och brukarinflytande, så de enklare kan se värdet av patientens/brukarens erfarenhet och synsätt. Vårdpersonal bör också kritiskt granska om mer uppföljning är det bästa sättet att uppnå målet med behandlingen. Är det viktigt med uppföljande insatser i den grad personalen anser eller kan graden av uppföljning anpassas mer till patientens önskemål? Vissa patienter kanske inte har kunskap, språk eller motivation för delaktighet. Därför behöver graden av inflytande anpassas till individen. Patienten verkar uppskatta självständighet gentemot den psykiatriska vård och omsorgen vilket tidigare studiers resultat stödjer. Även om det framkommer mer och mer fakta som visar på att patienten har en relevant förmåga att delta i sin egen vård kan det vara så att personal anser sig veta bättre än den uppmaning som policyprogram har om att öka brukarinflytandet. Tendensen att pressa patienter att ta emot mer vård och behandling än de önskar går emot tankar, policys och rekommendationer om att öka brukarinflytandet. I vilken utsträckning brukarinflytande uppnås i vård och behandling behöver studeras ytterligare (8).

Ett sätt att hitta en annan roll än att vara passiv mottagare av vård är att brukare blir involverade i forskning. De har en expertkunskap att bidra med, intressanta frågeställningar som forskningen kan besvara och nya perspektiv. Att brukare involveras i forskning – eller snarare forskningsprocessen som helhet – kan också bidra till att minska stigmatisering. Det har också visat sig ha en bra effekt på vårdinsatser när brukare engageras som vårdgivare, utbildare eller forskare. Delaktighet i forskning är ännu inte så vanligt även om det är ett ämne som får mer och mer uppmärksamhet. En studie har gjorts i samband med en workshop angående forskning och kopplingen mellan forskning och evidence based practice. Workshopen riktade sig till brukare och vårdgivare för att öka deras medvetenhet och förståelse för forskning. Deras attityd till forskning och kunskap om forskningsprocessen undersöktes innan och efter workshopen för att bedöma dess effektivitet. I workshopen fanns också en del som handlade om hur man kan få tillgång till forskning och dess resultat (21). Att underlätta för brukare att få tillgång till aktuell forskning och därmed kunskap om olika behandlingars effektivitet är intressant också utifrån att det kan hjälpa dem att ta ställning och vara med och påverka sin egen vård enligt artikeln ovan av Hansen om vad som kan bidra till att brukare får bättre förutsättningar för att bedöma sina egna behov av vårdinsatser. Det var 45 personer som deltog i workshopen och den slutliga svarsfrekvensen blev 84 %. Undersökningen gjordes genom att attityden hos deltagarna mättes i en enkät. De kunde där svara på olika påståenden på en Likert skala som sträckte sig från ”Instämmer helt” till ”instämmer inte alls” eller ja och nej svar (21). Majoriteten av de svarande var ganska eller väldigt intresserade av forskning redan innan workshopen. Det kan i sig vara en orsak till att resultatet innan och efter inte påvisade några signifikanta skillnader i inställningen till forskning. Inställningen till evidensbaserad vård var inte någon skillnad på före och efter workshopen heller. Vid samtal i grupp framkom deltagarnas inställning att forskning var viktig (21).

*” Om vi inte hade haft forskning så hade vi fått samma behandling idag som vi hade på 60-talet.” (s. 136) (21)*

Det ansågs också viktigt för att kunna urskilja vad som verkligen var en effektiv behandling. Många såg det som väsentligt med forskning för att förbättra den psykiatriska vården. Efter workshopen var det många som visade en positiv inställning till att delta i framtida forskning (21).

Trots att det finns en stor samsyn kring att brukares/boendes perspektiv ska tas tillvara fullt ut finns det ytterst lite forskning om attityderna patienterna har till sin vård och valmöjligheterna de får i sina liv. Ändå anses det vara viktigt med gemensamt inflytande/beslutsfattande. En studie genomförd i Skottland 2003 har tittat på effekterna av ett förbättringsarbete på ett boende för personer med psykiska funktionshinder. Studien handlade om hur de boende upplevde personalens attityder och hur dessa kan ha påverkat deras vård.

Det visade sig där att de genom att involvera de boende både i sin egen vård och i personalens och vårdens utveckling samt via andra insatser kunde förbättra sig inom följande områden: respekt för de boendes integritet och förklaringar till om den överträtts, personalens tillgänglighet och vänlighet, bemötandet av de boende (22). De boende uppskattade och var nöjda med förändringen som skett. Studien planerade och genomfördes i samarbete med de boende och personal. De boende blev mer involverade i sin vård och beslut som rör vården och behandlingen. Ett framtida utvecklingsområde var att ge inflytande i beslut som rör avdelningen och organisationen av vården som helhet. Att involvera de boende både i den egna vården och personalens utveckling ansågs vara framgångsrikt. Likaså att följa upp resultat genom att göra enkäter och intervjuer, för att kunna följa förbättringar/utveckling (22).

En studie i Maryland har undersökt effekterna av att i olika former ha brukare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa anställda i verksamhet som bedriver psykiatrisk vård och omsorg. De gav egna exempel på i vilken form det kunde ske samt hänvisade till andras studier i ämnet. Några olika former på brukarkonsulenter i verksamhet var:

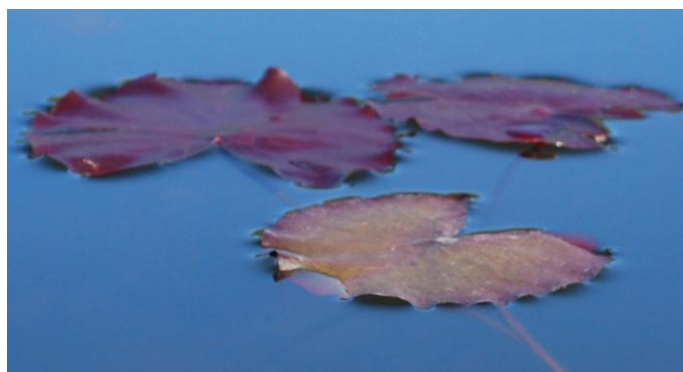
- Personer med egen erfarenhet av att vara brukare/klient var brukarkonsulenter, dvs. deras insatser utformas efter klientens behov
- Personer med egen erfarenhet anställdes i traditionella funktioner/roller, t.ex. som case managers i en befintlig verksamhet
- Personal som har egen erfarenhet, mer eller mindre uttalad, och arbetade i en traditionell vård och omsorgsroll och verksamhet
- Personer med egen erfarenhet var rådgivare/kamratstöd till brukare/klienter på en vårdavdelning och deltar i teamarbetet (9).

Några av deras slutsatser både utifrån egen studie och andras fynd är att det finns data som pekar mot att det finns fördelar med olika typer av brukarmedverkan i att utforma och ge vård och stöd till personer med allvarlig psykisk sjukdom. I flera områden där de med hjälp av en enkät undersökte personalens attityder fanns det skillnader mellan de som hade arbetat tillsammans med personer med egen erfarenhet och de som inte hade det. Där skillnaderna fanns visade det sig att de som arbetat tillsammans med brukare hade en mer positiv inställning till patienter/klienter. Det tyder på att samarbete med brukare påverkar personalens inställning/attityd till personer som har psykisk sjukdom. Dock får man ha i åtanke, när man drar de slutsatserna, att även andra faktorer kan påverka det resultatet. Till exempel kan teamfaktorer ha en inverkan, samt möjligheten att personalen som arbetade tillsammans med brukare redan innan hade en mer positiv inställning (9).

Rollen som en brukare får skiljer sig inte så mycket från den som annan personal har. De möter liknande dilemman och svårigheter i sina respektive uppdrag. De som har brukarerfarenhet verkar ha möjlighet att utveckla en mer jämlik relation med andra förutsättningar för kamratskap än annan personal har. Samarbetet inom personalgruppen kan vara en komplicerad process, bl.a. är gränsdragning ett ämne som kan vara svårt att förhålla sig till. För att underlätta föreslås en utbildning för nya brukarkonsulenter i samband med att de börjar arbeta. En stödgrupp bestående av flera brukarkonsulenter som tillsammans hjälper varandra är också ett bra sätt att underlätta och utveckla deras roll. Det kan ta tid för personal att se fördelarna med att ha brukarkonsulter i verksamheten, en studie beskriver att det tog ett år för en personalgrupp inom slutenvård att göra det. Även om utmaningar finns verkar det finnas många fördelar med att arbeta tillsammans både brukare och personal i olika former. En studie som refereras till kunde mäta en högre livskvalitet och en bättre kontakt i den case management verksamhet som hade brukare med egen erfarenhet anställda jämfört med verksamhet som saknade den resursen. Brukarkonsulenter kan förutom att ge ett stöd till klienter också fungera som rollmodeller (9).

*”The CA:s (brukarkonsulenter, egen översättning) experience adds a dimension that all the book learning in the world does not provide” s. 207 (9).*

Det finns en studie som tittat på vårdpersonalens attityder mot brukarinflytande inom slutna psykiatrisk vård. Det var 47 personal som deltog genom att fylla i en enkät och studien genomfördes i Australien. Det visade sig att de som deltog i studien hade positiva attityder gentemot brukarinflytande t.ex. vad gällde vård och behandling (t.ex. möjlighet att fatta informerade beslut om medicinering), ledning av verksamheten (t.ex. kvalitetsarbete), planeringsarbete och organisation av vården. Däremot var de mindre positiva vad gällde brukarinflytande som hade en direkt inverkan på deras eget yrkesutövande eller ansvarsområde samt om brukare skulle ha inflytande över personalens utbildning. Det fanns också en fråga som rörde stress hos personal där de själva var osäkra på om ett ökat brukarinflytande skulle innebära en ökad arbetsbelastning och stress för personalen. Det är inte studerat tidigare. De resonerar i studien om det finns en upplevelse av hot mot den professionella rollen och ansvaret hos personal, vilket skulle göra att man vill begränsa brukarinflytandet till att omfatta vissa delar av arbetet och inte berör det direkta ansvaret hos sig själv. Det fanns en tydlig skillnad i hur man ställde sig till brukarinflytandet beroende på om det berörde övergripande delar av vården eller ens eget utövande av yrket. Slutsatsen i studien är att det behövs riktlinjer kring hur brukarinflytande på slutna psykiatriska vårdavdelningar ska se ut, samt utbildning och forskning i ämnet. Personal behöver få hjälp i att reflektera kring sin egen yrkesroll och uppfattningar om brukarinflytande. Det behövs också en större delaktighet av brukare i utbildningar för vårdpersonal (12).



I Australien har Kidd med flera undersökt uppfattningarna om brukarmedverkan hos brukarombud (consumer advocates, egen översättning) och vårdpersonal. De tittade också på hur politiska initiativ till ett ökat brukarinflytande får genomslag i den direkta verksamheten. De genomförde intervjuer med 10 personer. De såg att även om alla som deltog i studien lovordade brukarmedverkan så var det olika i vilken utsträckning det blev en realitet. De efterlyser en systematisk förändring i hur man ser på brukarinflytande, hur resurser för att möjliggöra det erbjuds och hur det införlivas inom den psykiatriska vården. De poliska initiativen upplevs inte få genomslag på ett adekvat sätt på mikronivå. Det finns en ambivalens gentemot brukarmedverkan hos vårdpersonal som visar på att det är en komplex fråga. Bland annat beror denna ambivalens på att personal är osäkra på vad brukare kan ge för tillskott i verksamheten (23).

Det var också svårt för personal att hitta en balans mellan att se på brukare som personer som har en långvarig sjukdom och samtidigt se dem som någon med kapacitet och expertkunskap. Det behövs en förändring i existerande strukturer. Nu är det vanligt att brukarmedverkan får ske inom befintliga system och organisationer. Det kan behövas en förändring i kultur och organisation/system där brukarmedverkan är en etablerad del inom systemet istället för att införas vid sidan av systemet. Brist på resurser för brukare ses som ett problemområde. Även om beslutsfattare eller andra uttalar sig vara positiva till brukarinflytande avsätter de inte resurser för att finansiera det arbetet, vilket blir ett hinder. Det prioriteras inte som en viktig del i vården. Något som inte tas upp till ytan för diskussion är maktskillnader mellan brukare och personal. Så länge det inte lyfts upp och diskuteras, samt vidtas åtgärder för att jämna ut dessa maktskillnader, så är det ett hinder för brukarinflytande. Det kan behöva utvecklas motsvarande yrken, karriärvägar m.m. för att maximera kunskapsbasen som finns inom egenupplevd erfarenhet samt jämna ut sådana maktskillnader som finns idag. Processen/utvecklingen behöver gå mot att se brukarmedverkan som en central del av vården. Annars anser författarna att vi riskerar att gå miste om en viktig erfarenhetsbaserad kunskap, som då blir av mindre betydelse. Utan en process som stödjer utvecklingen och förankringen av brukarmedverkan finns det en risk att det bara blir en betydelselös gest som bara går ut på att visa upp en fasad för de styrande som utformar policys och direktiv (23).

O'Neal m.fl. har undersökt hur patienter i äldre respektive yngre åldersgrupper föredrar att vara involverade i sin egen vård. Urvalet var relativt litet (totalt 65 patienter) vilket kan ha påverkat resultatets generaliserbarhet. Fyndet de gjorde var att de äldre patienterna (över 50 år) hade en starkare önskan om att vara involverade och ha inflytande över sin vård och att de upplevde sig som delaktiga i något mindre utsträckning jämfört med yngre patientgruppen. Det varierade vilken roll patienterna ville ha i sin vård beroende på omgivande faktorer och vad det är för typ av insats det handlar om. Önskan om att få information och vara underrättad var något starkare än att få vara med och påverka beslut. Inom flera områden föredrog båda grupperna ett samarbete mellan sig och den behandlande psykiatrikern, som t.ex. medicinering. Inom områden som hushåll samt arbete föredrog de en mer autonom roll (13). En slutsats som dras i denna och tidigare studier i ämnet visar att det är viktigt att få vara delaktig på ett sätt och i de frågor patienten själv önskar. Det kan i sig påverka tillfredsställelsen med vården. När möjligheten att vara delaktig stämmer överens med det patienten föredrar att vara delaktig i, ökar tillfredsställelsen med vården (13).

Vissa studier har visat att personal är motvilliga att ge upp sin ställning som professionell i relation till brukare/patienter. De vill inte ge upp sin kontroll eller expertis till förmån för brukare/patienter. Personal kan se empowerment tanken som en förolämpning mot den professionella kunskap och roll de har idag. Detta kan vara ett stort hinder mot brukarinflytande. Personal kan också underskatta brukarens intresse och vilja att vara involverad i sin egen vård, och ibland brista i att stödja brukaren i att bli mer involverad och delaktig. Det är en kunskap som i sig kan behöva utvecklas. Även om flera organisationer, t.ex. WHO, har skrivit riktlinjer och policier om hur brukarinflytande ska se ut behöver vårdpersonal utveckla attityder som stödjer det arbetet. Att det finns riktlinjer formulerade är inte en garanti i sig för att brukare får mer inflytande (12).

## Näckrosprojektet -målsättning och aktiviteter

Inför planeringen av projektet hölls seminarier tillsammans med brukar- och anhörigorganisationer. Syftet var att inhämta deras synpunkter tidigt och därmed ge möjlighet till inflytande över innehållet i projektet.

Brukare satt i grupper tillsammans med representanter från ett tidigare kompetensutvecklingsprojekt i länet. De fick via diskussioner svara på frågan om vad personal behöver kunna mer om. Här är exempel på det brukarna framförde:

- ”man upplever sig inte förstådd i kontakterna”
- ”svårt få olika stödfunktioner”
- ”hjälp att bilda brukarförening/råd”
- ”bemötande, kunskap och förståelse behövs i vårdens alla led”
- ”gemensam kunskapsbas är självklart och viktigt”
- ”lära ut mer om bemötande och respekt för brukare/patienter, anhöriga och personal”

Utefter ovanstående synpunkter och inventering av verksamheternas kunskapsbehov valdes utbildningar ut som skulle matcha behovet av kompetensutveckling identifierat av både brukare och företrädare för personal och organisationer.

Sju utbildningar har ingått i projektet, med sammanlagt 933 utbildningsplatser. En av utbildningarna genomfördes av brukare, för brukare. Brukarinflytande var en viktig del i projektet och fanns med som en röd tråd genom utbildningar och aktiviteter. Några exempel på hur projektet arbetat med brukarperspektivet i fokus var, förutom det inledande seminariet; brukarorganisationernas delaktighet i projektets ledningsgrupp, gemensamma utbildningar för brukare och personal, medverkan från anhöriga och brukare vid presentationer och information om projektet, personer med egen erfarenhet av att vara brukare/patienter har varit kursledare för 4 av de totalt 7 utbildningarna som genomförts inom projektets ram. En av utbildningarna var riktad direkt till brukarna med syftet att stärka deras möjlighet till inflytande och påverkan. Ett förhållningssätt präglad av autonomi, respekt, tron på den egna förmågan och hjälp till självhjälp fanns med i alla av projektets utbildningar.

Huvudmålet med projektet var: En gemensam satsning för att öka kompetensen hos den personal som arbetar närmast brukaren.

Följande delmål fanns:

- En gemensam stadigvarande kunskapsbas och samsyn kring definition av psykisk funktionsnedsättning/sjukdom och förståelse för varandras uppdrag i kontakt med personer tillhörande målgruppen.
- En ökad samsyn och förståelse för varandra samt överbryggande av kulturskillnader mellan olika vård- och omsorgsgivare samt huvudmän.
- En ökad samsyn kring förhållningssätt och bemötande av vård- och omsorgstagaren
- Ett ökat brukarinflytande i vård, omsorg, behandling och rehabilitering av personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.

Med samsyn menades en gemensam insikt om både likheter och olikheter. Att rollerna huvudmännen har ses som jämlika och att man i samverkan respekterar och värdesätter varandras insatser.

Projektets målsättning var långsiktig och skulle därför delvis kunna uppnås under projekttiden, dock ansåg man tidigt att ett fortsatt arbete efter projektets slut skulle vara viktigt för att målen skulle kunna uppnås. En del i projektet var därför att skapa en långsiktig kompetensplan för att ta tillvara och utveckla kunskapen ytterligare. En aktivitet som tillkom under projekttiden var en intensivutbildning för chefer med syftet att ge dem kunskap om den utbildning personalen fått samt stärka dem i deras viktiga roll som stödjare av implementeringsprocessen på arbetsplatsen. Sammanlagt deltog ca 30 chefer i den aktiviteten

Målgrupp för utbildningarna var i första hand baspersonal (sjuksköterskor, skötare, vårdare, undersköterskor, boendestödjare, rehabiliteringspersonal, sysselsättningspersonal och behandlingsassistenter). I vissa fall deltog verksamhetsutvecklare eller motsvarande i utbildningarna för att kunna stödja tillämpning och utveckling av kunskaperna i verksamheten. De som befann sig närmast brukaren prioriterades till utbildningarna, liksom att utbildningsgrupperna skulle innehålla en blandning av personal från olika verksamheter. Inledningsvis samlades alla utbildare för att ta del av projektets målsättning, se projektet som helhet och vad de olika utbildningarna innebar. Samtliga utbildare uppfattade att de olika delarna på ett bra sätt kompletterade varandra och hörde ihop. Första utbildningen inleddes i augusti 2009 och verksamheten kom att pågå till och med december 2010.

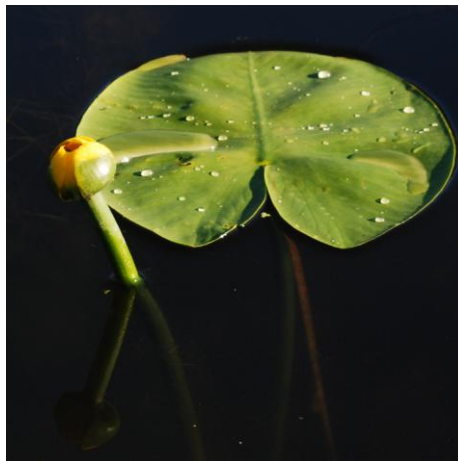
Sammanlagt arbetar det 556 (tillsvidareanställd och månadsvikarier) i södra och västra Sörmlands psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter. Utöver det antalet kunde personer (brukare och personal/handledare) verksamma i brukarorganisationerna delta projektets utbildningar. Sett utifrån det totala antalet utbildningsplatser i projektet (933 st. varav 48 riktade enbart till brukare) var det en stor satsning som gjordes på kompetensutvecklingen. Trots det så var det vid den inledande inventeringen av utbildningsbehov ett större antal platser som efterfrågats jämfört med vad som finns i projektet. 1631 platser efterfrågades totalt i den inledande inventeringen, dvs. projektet tillgodosåg ungefär halva utbildningsbehovet. Innan projektet startade var det störst efterfrågan på utbildningarna i bemötande och motiverande samtal.

För att underlätta att kursdeltagarna skulle ha så bra förutsättningar som möjligt för att tillämpa sina tillägnade kunskaper från utbildningarna i sin ordinarie verksamhet, delgavs alla utbildare verksamheternas aktuella styrande dokument såsom t.ex. riktlinjer och rutiner, övergripande verksamhetsplaner (både landsting och kommun), och behandlingsplaner.

De skulle sedan beaktas av utbildaren och där det var tillämpligt användas i lärprocessen. Utbildaren fick också ge förslag på hur tillämpning av kunskaperna från utbildningen skulle kunna hållas levande i den fortsatta verksamheten. Det gavs förslag via utbildningsdagarna till personal, intensivutbildning till chefer, vid miniprojekt och handledningstillfällen.

Pedagogiken som användes skulle ta tillvara på deltagarnas tidigare kunskap och erfarenhet och ge möjlighet att vara aktiva under utbildningen för att tillgodogöra sig kunskapen både på ett teoretiskt och praktiskt sätt.

Ett projekt motsvarande Näckrosprojektet, men med annat tillvägagångssätt och innehåll, pågick parallellt i Norra länsdelen. Samverkan framförallt kring utvärdering av de båda projekten har gjort att vissa av frågorna som ställs ges både till personal som deltagit i det projektet, och i Näckrosprojektet. Det möjliggör jämförelser av resultatet utifrån de olika tillvägagångssätt som projekten haft och planeringen är att det ska sättas samman i en gemensam rapport.





## ***Utbildningar och aktiviteter i projektet***

### **Basutbildningen**

Utbildningen pågick i 6 heldagar (2 + 2 + 2) och omfattade 5 grupper och 125 personal.

Utbildningen skulle ge kunskap om

- olika psykiatriska sjukdomstillstånd och behandlingsmetoder utifrån aktuell kunskap och senaste forskning,
- att kunna uppfatta och förstå samt kommunicera med människor som har psykisk sjukdom/funktionshinder,
- hur man förebygger så att inte våld och hot uppstår och att lära sig hur man gör om någon använder våld eller hotar,
- hinder och möjligheter i samspelet mellan den enskilda människan och dennes närstående och omgivande,
- aktuell och relevant lagstiftning inom psykiatrisk vård
- att samarbeta med att planera, ge och följa upp psykiatrisk vård och behandling.

Nivån på basutbildningen låg mellan gymnasie- och högskolenivå. Undervisningen genomfördes både i föreläsningsform och i gruppdiskussioner med blandade grupper av personal från olika organisationer och verksamheter, vilket var en viktig del av utbildningen.

### **Motiverande samtal (MI)**

Utbildningen gavs under 3 heldagar (2 + 1 dag) och omfattade sammanlagt 11 grupper och 220 personal. Utbildningen handlade om att ge kunskap och förmåga att använda MI i sitt arbete med patienter/brukare. Hur man som personal kan arbeta för att de som får insatser inom psykiatrisk vård och omsorg ska vilja förändra något i sina liv. I utbildningen ingick gruppdiskussioner och blandade grupper. Praktiska övningar blandades med teoretiska inslag. Personalen fick med sig en uppgift mellan dag 2 och 3 som var en personlig utmaning för att utvecklas i sin roll som samtalspartner i MI. Utbildningen tog också upp hur man kunde använda MI på just sin arbetsplats med de patienter/brukare man mötte där. För att kunskapen som personal tillgodogjort sig på utbildningen skulle komma till nytta i verksamheten och arbetet med patienter/brukare erbjöds alla som gått utbildningen att handledning i MI.

### **Ett självständigt liv (ESL)**

Utbildningen pågick i 3 heldagar (2+1 dag) och omfattade 10 grupper och 200 personal. Utbildningen handlade om att ge möjlighet för personer med erfarenhet av psykos att leva mer självständigt. Utbildningen innehöll kunskap om hur man kan arbeta var för sig eller i grupp med brukarna och gav förutsättning för att starta med ESL på just sin arbetsplats. Kursen gav också kunskap om kognitiva funktionsnedsättningar och förhållningssätt gentemot dessa, vilket skulle ge en större förståelse och förmåga att bemöta patienter/brukare med andra diagnoser. I utbildningen ingick gruppdiskussioner och blandade grupper med personal från olika organisationer och arbetsplatser. Brukare erbjöds att gå kursen och i vissa grupper gick personal och brukare utbildningen gemensamt. Praktiska övningar blandades med teoretiska inslag. För att kunskapen som personal tillgodogjort sig på utbildningen skulle komma till nytta i verksamheten och arbetet med patienter/brukare erbjöds alla som gått utbildningen att delta i handledning i ESL.

## **Bemötande**

Kursen gavs under en dag till 8 grupper och totalt 160 personal. Utbildningen handlade om vad ett bra bemötande är, hur det kan påverka brukarens möjlighet att vara med och påverka och också återhämta sig. Olika övningar gav möjlighet att prova sig fram för att kunna förbättra sitt bemötande i relation till patienterna/brukarna på sin egen arbetsplats. I utbildningen ingick gruppdiskussioner i blandade grupper med personal från olika arbetsplatser och organisationer. På det sättet fick personalen kontakt med dem som kommer från andra verksamheter, för att möjliggöra bättre samverkan och förståelse mellan huvudmän. Brukare erbjöds gå denna utbildning tillsammans med personal och deltog i några av de grupper som utbildades. På denna utbildning var minst en kursledare per utbildningsgrupp en person med egen erfarenhet av psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.

## **Empowerment och brukarinflytande**

Kursen gavs under två dagar till 4 grupper och totalt 80 personal. Den innehöll följande delar: Empowerment och brukarinflytande som princip och ideologi, övningar för ökad delaktighet, metoder för brukarinflytande, föreläsningar och övningar, hur man kan jobba med sig själv och andra för att i vardagen stödja brukarnas egenmakt, nationella och internationella utblickar om brukarinflytande, inflytandecirkeln – ett tankeverktyg för kunskapsbaserat arbete med brukarinflytande, inflytandeverkstad – vad kan vi göra i vår vardag? Hur man kan gå från idé till handling på den egna arbetsplatsen. Brukarberättelser om inflytandets betydelse i livet var en viktig del och vid varje utbildning fanns minst en person med egen brukarerfarenhet med som föreläsare till varje grupp. I utbildningen ingick gruppdiskussioner i blandade grupper med personal från olika organisationer och verksamheter. Även i denna utbildning tog några brukare vara på möjligheten att delta.

## **Återhämtning**

Kursen var på en dag, omfattade 2 grupper och totalt 80 personal. Kursen handlade om hur personal kan ge en människa stöd för att återhämta sig. Vad som kan stödja och hindra återhämtning, där det viktigaste är att utgå från brukarens egna berättelser. Både brukares erfarenheter och ny forskning inom området presenterades och diskuterades. Kursen innehöll föreläsningar, personliga berättelser, grupparbeten och övningar för att deltagarna skulle kunna känna igen sig själva och förstå andra. Vid varje utbildning deltog minst en person med egen brukarerfarenhet som föreläsare och några brukare tog också vara på möjligheten att ta del av utbildningen. Utbildningsgruppen var blandad med personal från olika organisationer och verksamheter.

## **Brukarutbildning ”Hur man kan påverka sin vardag”**

Kursen pågick under 10 dagar (1 ggr/v) och leddes av arbetskooperativet Silvermånen, Nyköping. Sammanlagt kom fyra grupper att gå utbildningen med plats för totalt 48 brukare. Innehållet i kursen var hur man kan bestämma mer själv och påverka arbetet med sin vård, hur man kan ta ansvar och förändra sitt liv. Föreningskunskap, brukarkooperativ och kooperativa värderingar som till exempel demokrati och delaktighet ingick i kursen. Det ingick både praktiska och teoretiska moment liksom gruppdiskussioner. Man lyssnade och lärde av varandra och tog del av varandras erfarenheter av förenings- eller inflytandearbete. Utbildningen hölls av medlemmarna i ett kooperativ som själva lärt sig hur man utövar inflytande, och brukarnas erfarenheter och kunskaper var därför grunden för hela utbildningen.

## Handledning

All personal som gått utbildning i Ett Självständigt Liv (ESL) och Motiverande samtal (MI) erbjöds handledning mellan januari och december 2010.

Handledningen var viktigt för att kunskapen som personal tillgodogjort sig på utbildningarna skulle komma till nytta i verksamheten

Målen med handledningen var:

- Att kunskaperna i ESL och MI kan användas i arbetet med patienter/brukare.
- Att personalen fördjupar sina kunskaper i ESL/MI samt sitt förhållningssätt till personer med psykiska funktionsnedsättningar/sjukdom
- Tid för eftertanke
- Att erfarenheter tas tillvara och delas med andra
- Att personalen i användning av ESL/MI kan anpassa insatsen till olika individuella behov hos patienter/brukare.

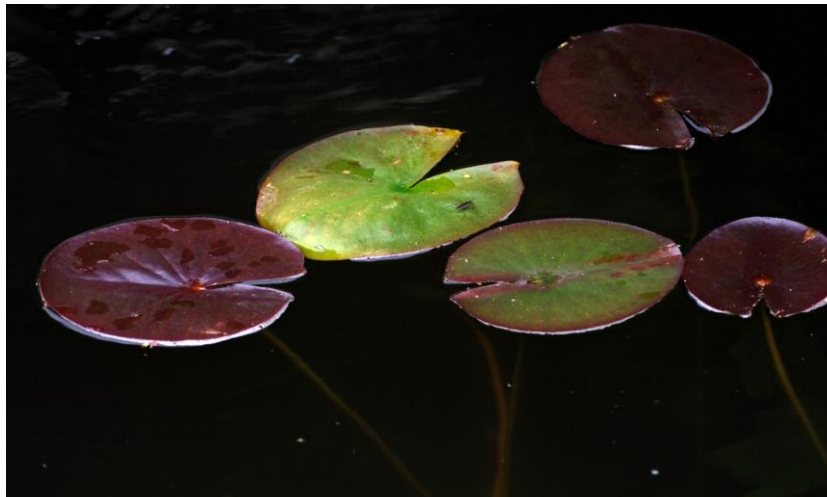
Handledningen omfattade 4 tillfällen/utbildning och erbjöds till sammanlagt 180 personer i MI och 200 personer i ESL.

## Miniprojekt

Detta var en möjlighet att få verksamhetsnära stöd i att tillämpa de nya kunskaperna, att stödja implementeringsprocessen. Varje arbetsplats som deltagit i någon av projektets aktiviteter fick komma med förslag på miniprojekt. Tanken med miniprojekten vad att utifrån verksamhetens behov skapa ett program på en utbildning/handledning/aktivitet som kunde stödja hela arbetsgruppen i att förändra sitt arbetssätt i enlighet med de nya kunskaperna. Flera verksamheter tog tillvara på den möjligheten. De miniprojekt som genomfördes var:

- **Att nå ett eget boende.** Ett miniprojekt om Ett självständigt liv (ESL) som genomfördes i Gnesta. Hela arbetsgruppen fick konkret kunskap och redskap om hur de kan hjälpa brukare att nå målet ett eget boende. Omfattningen var tre halvdagar.
- **Motivation till arbete och försörjning.** En arbetsgrupp i Gnesta deltog för att hitta ett förhållnings- och arbetssätt som stämde överens med MI, med syftet att hjälpa klienter att nå målet arbete och egen försörjning. Grundläggande information om MI varvades med olika fall där konkreta förslag på hur MI kan användas diskuterades. Omfattningen var 3 konsultationer á 2 timmar.
- **Kompetensdag till anhöriga i motiverande samtal (MI).** En grupp anhöriga i Katrineholm deltog i en aktivitet kring MI. Syftet var att ge dem introduction i att genomföra motiverande samtal och stöd i rollen som anhörig. En möjlighet att utvecklas i sitt sätt att samtala och samspela med andra. Innehållet formades av deltagare och handledare utifrån aktuella exempel. Omfattningen var 2 konsultationer á 3,5 timmar.
- **Planeringsdag om ESL** (genomfördes i tre kommuner). Introduktion om ESL gavs till hela personalgruppen och sedan gjordes en fördjupning via exempel om hur man kan använda ESL i samarbete med brukare som just denna personal har kontakt med. Utbildade personal i ESL fick i uppdrag att tänka ut exempel och ta med sig vid tillfället. Samtal fördes också om hur man kan komma igång med arbetet med ESL utifrån de förutsättningar som finns i verksamheten. Vingåker, Nyköping och Flen använde sig av denna möjlighet. Omfattningen vad ½-1 dag. En liknande dag genomfördes i Trosa med fokus på äldre.

- **Uppföljning MI.** Två halvdagar genomfördes i en verksamhet i Trosa utifrån att stödja personal i att använda MI i sin verksamhet.
- **Kompetensdag med temat ”Brukarens liv och vårt bemötande”.** Med utgångspunkt i två berättelser från livet, av brukare med egen erfarenhet av psykiatrisk vård och omsorg, var dagen en fördjupning i bemötande, förhållningssätt och brukarinflytande. Personalgruppen fick ta del av personliga erfarenheter, reflektera kring sitt eget och arbetsplatsens bemötande och förhållningssätt. En viktig del av dagen var att personalgruppen gavs möjlighet till ett gemensamt ställningstagande/förhållningssätt kring bemötande och brukarinflytande. Hur de vill bemöta andra, vad deras mål var. Omfattningen var en heldag.
- **Uppstart av ESL.** Personal som behövde stöd i uppstarten av ESL grupp på de boende där de arbetade fick hjälp med material till kursen.
- **Vardagssamtal och motiverande samtal.** En introduktion i MI och Vardagssamtal. En handledare och en kooperatör på Silvermånen samtalade med MI utbildare om hur MI och vardagssamtal kan det vara till hjälp i kontakt med andra personer och myndigheter. Det var en möjlighet att lära sig och utvecklas i sitt sätt att samtala och samspela med andra. Innehållet formades av deltagare och handledare tillsammans och innehöll både utbildning och handledning. Omfattning: ½ dag.
- **Att leva med neuropsykiatrisk diagnos.** Målet var att personal skulle få ökad kunskap och insikt om temat. Hur olika funktionshinder/diagnoser påverkar varandra, vad det får för konsekvenser i vardagen samt bemötande/förhållningssätt. En föreläsare får berätta sin historia om hur det är att leva med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Omfattning: 2 halvdagar för personal i Oxelösunds kommun.



## Syfte

- Att ge kunskap och förståelse om faktorer som påverkar projektets resultat, som kan ligga till grund för det fortsatta arbetet med projektets målsättningar efter projekttiden
- Att utvärdera resultatet av Näckrosprojektets insatser under 2009-2010 utifrån de målsättningar som fanns i projektet på ett sätt som synliggör både personals och brukares perspektiv
- Att utvärdera utbildningarnas kvalitet
- Att undersöka implementeringen av de nya kunskaperna i det dagliga arbetet.

## Metod

Den utvärderingsmodell som valdes till detta projekt var framförallt mål-resultat modellen (24). Projektets ledningsgrupp beslutade i samråd med de två samverkansgrupper som är huvudansvariga för projektet (Arbetsgrupp södra samt västra psykiatri) att utvärdera projektets övergripande måluppfyllelse samt varje utbildnings kvalitet och nytta med hjälp av enkäter. Mål-resultatmodellen avsåg ge svar på två frågor. Dels om målsättningen har uppnåtts och därefter om insatsen som gjordes har bidragit till det (24).

En inledande litteratursökning genomfördes den 19/4 i databaserna Pubmed och Psychinfo. Syftet med den var att ge en ökad kunskap om faktorer som påverkar projektets resultat, utifrån vad nuvarande forskning kan påvisa. Sökorden som användes (MeSH termer) var attitudes, mental health personnel, client participation, professional-patient relations, empowerment och education och de kombinerades på flera sätt för att hitta relevanta träffar. Totalt identifierades då 179 artiklar. Vid en genomgång av dem bedömdes 25 som intressanta utifrån projektets innehåll o målsättning. Artiklar som berörde ämnet brukarinflytande + attityd hos personal inom psykiatrisk vård och omsorg fanns men var inte många. 5 av de sammanlagt 25 artiklarna identifierades med kombination av de två sökorden. Det tydde på att det var ett relativt outforskat ämne.

En artikel var från Sverige och den var av kvalitativ karaktär. Den undersökte psykiatrisjuksköterskors upplevelser av patienters autonomi i relation till sin yrkesroll på medicindelningssjukhus (depot clinic) (25)

Förutom sökning i databaser gjordes också en manuell sökning. Två verksamma forskare i ämnet kompetensutveckling respektive brukarinflytande fick yttra sig om intressanta artiklar de kände till i ämnet effekter av kompetenssatsningar för personal och brukare inom psykiatrisk vård och omsorg på brukarinflytande samt hur påverkar personalens förhållningssätt/bemötande brukarinflytandet? På det sättet identifierades ytterligare 7 artiklar, ingen av dem beskrev forskning gjord i Sverige.

För en fullständig förteckning över identifierade artiklar och urval, se bilaga 1.

## **Metod för att mäta måluppfyllelse**

Måluppfyllelsen undersöktes både utifrån personals och brukares perspektiv. Bådas bild av måluppfyllelsen vägdes samman för att bli till en sammansatt bild av hur lång projektet nått i att uppnå målsättningen. I denna utvärdering fanns frågor av kvantitativ karaktär, t.ex. finns det någon skillnad mellan vad brukare och personal tycker angående möjligheten till brukarinflytande, finns det någon skillnad mellan hur man ser på och bemöter brukare/patienter mellan kommun och landstingspersonal, hur ser man på samverkan innan och efter projektet. Svaren på dessa frågor om samband, skillnader mellan grupper, osv. har belysts med kvantitativa metoder. Statistiska data har bearbetats med hjälp av SPSS. Frekvenstabeller samt korrelationer mellan olika variabler har tagits fram. Korrelationerna har undersökts genom chi-2 test.

Vissa frågor kräver en kvalitativ metod för att kunna besvaras, andra en kvantitativ metod. Frågor kan ibland inte besvaras med en av dessa utan behöver belysts utifrån flera metoder (26). För att ge en större förståelse för resultatet fanns även frågor med öppna svarsalternativ med i enkäterna till brukare och personal. Handlingar och förhållningssätt har en mening men den meningen är endast synlig för den som gör handlingen/har förhållningssättet. Det går inte att utläsa utifrån. Därför var det intressant att ta del av beskrivningar med egna ord från just de som utfört vissa handlingar eller haft ett visst förhållningssätt (26).

Det kvalitativa materialet har framförallt bearbetats med hjälp av en innehållsanalys. Vilka ord som använts, om det finns några skillnader mellan personal från kommun respektive landsting är exempel på vad som undersökts i de frågorna som haft öppna svarsalternativ.

## **Övergripande enkät**

I de övergripande enkäterna fanns frågor utifrån flera olika områden. Bland annat om bakgrundsfaktorer och målsättningen med projektet. Frågorna till enkäten formulerades utifrån projektets övergripande målsättning för att kunna fånga upp resultatet av de aktiviteter som genomförts. Till exempel formulerades frågan ”Hur fungerar samverkan mellan kommun och landsting när de brukare du har kontakt med har behov av samordnade insatser” för att fånga upp samverkan och samsyn mellan olika huvudmän. De frågorna som handlar om målsättningen med projektet har framförallt en 4 gradig skala från instämmer inte alls – instämmer helt. Vid vissa frågor fanns möjlighet att lämna egna kommentarer (bilaga 2). Frågorna till brukarnas enkät omformulerades något för att vara relevanta och möjliga att besvara utifrån deras perspektiv. Utifrån exemplet ovan så var frågan i brukarnas enkät formulerad ”hur fungerar samverkan mellan kommun och landsting när du har behov av samordnade insatser”. (bilaga 3). Bakgrundsfaktorer såsom ålder, kön, erfarenhet, organisationstillhörighet har också undersökts i enkäten.

En testversion av enkäten lämnades ut till personal som arbetade i psykiatriska verksamheter och till brukare för att inhämta synpunkter på frågor eller utformning. Därefter gjordes några mindre justeringar, bl.a. lades det till en möjlighet att kommentera sitt svar angående om man arbetar med brukarinflytande.

Den första enkäten delades ut inför första utbildningstillfället. Den följdes upp med en enkät i december när alla aktiviteter i projektet var slutförda. All personal och alla brukare som deltagit i projektets utbildningar erbjöds svara på enkäten. Den delades ut både i elektronisk form via mail och kompletterades med pappersformat för de som önskade det. Tidsperioden som gått mellan att de svarat på första och uppföljande enkät kan variera beroende på när i tid personalen gick sin utbildning. En fråga som berör tidpunkten för när den svarande gick den första utbildningen finns därför med i den uppföljande enkäten.

## ***Utbildningarnas kvalitet***

Detta undersöktes via utbildningsenkäter. Direkt efter varje utbildning har respektive utbildare genomfört en egen enkätundersökning. Enkäterna har utformats av respektive utbildningsanordnare, men kompletterats med ytterligare frågor från projektet i vissa fall som då har lagts till i enkäten. Personal och brukare svarade på frågor kring den aktuella utbildningen. Det kunde till exempel handla om helhetsintrycket av utbildningen eller i vilken mån man tror att brukare kommer ha nytta av den metod som utbildningen handlat om. Det undersöktes också i vilken utsträckning utbildningarna bidragit till en känsla av sammanhang, dvs. har de varit begripliga, meningsfulla och hanterbara för personal och brukare.

## ***Implementering***

I vilken utsträckning som metoder och ny kunskap har implementerats i det dagliga arbetet har undersökts på två sätt. Dels via chefer som vid två seminarietillfällen med nio månaders mellanrum fått ange i vilken utsträckning nya arbetsmetoder används i det dagliga arbetet. Dels via frågor i den uppföljande enkäten till personal som berör i vilken utsträckning arbetsplatsen har bidragit till att implementera eller ge förutsättningar för att använda den nya kunskapen.

## ***Etiska aspekter***

Vad en utvärdering ska innehålla och vem som bestämmer det är en fråga om makt. Därför har det varit viktigt att i utvärderingen av projektet inkludera både brukare och personals syn på om målsättningen med projektet har uppnåtts eller ej. Det gjordes utifrån förförståelsen att det kan finnas olikheter i upplevelser för brukare respektive personal. Det finns också utrymme för att fördjupa utvärderingen utifrån vad som intresserar brukare eller uppdragsgivare, utifrån vad som framkommer i denna rapport, eller om det är något perspektiv som saknats.

Enkäterna som använts utformades för att ställa motsvarande frågor till både personal och brukare, även om formuleringarna fick göras om något.

Till enkäterna medföljde information om att det var frivilligt att delta samt hur resultatet skulle komma att användas.

Det har också framförts muntligt när enkäterna delats ut vid utbildningstillfällena att det är frivilligt att delta. Var och en har då haft möjlighet att säga till om de velat ha en enkät eller ej. Möjligtvis har det för brukarnas del varit svårare att avstå från att besvara den. De har inte fått den utskickat via mail inför sitt utbildningstillfälle utan fått den utdelad på plats.

Förhoppningen är att de ändå fått möjlighet att göra ett val, och vissa brukare har valt att inte fylla i eller skicka in den vilket kan vara ett tecken på att de utövat sin möjlighet till att göra det frivilligt.

Materialet har bearbetats gruppvis och individuella svar kommer inte att redovisas så att det går att härleda vem som tyckt vad. Däremot kommer citat från de öppna frågorna att presenteras, dock åtskilt från bakgrundsuppgifterna. De brukare som besvarat enkäterna är betydligt färre än personal. Därmed är det svårare att generalisera deras resultat. Men det har ändå varit viktigt att ta med deras synpunkter i redovisningen av resultatet.

Enkäterna har inte frågat efter särskilt känsliga uppgifter som diagnos, sjukdomstillstånd eller liknande. Det har förhoppningsvis gjort att den inte påverkat personal eller brukare i form av känslomässig påfrestning. Det har funnits möjlighet att via övriga kommentarer uttrycka hur man upplevde att besvara enkäten. Brukare har där tagit tillvara på den möjligheten bl.a. genom att uttrycka vikten av att det leder till något konkret, den satsning som nu görs på brukarinflytande. Detta för att inte leda till ytterligare besvikelser för brukarnas del. För att stimulera den processen att det ska leda till att något händer även efter brukarutbildningarna genomförts så har det vid varje utbildningsomgång bjudits in lokala representanter för de kommuner som har brukare på utbildningen för att diskutera den frågan tillsammans med de som går utbildningen och utbildningsanordnarna. Det går dock inte att ge någon garanti för att det har lett till konkreta åtgärder på hemmaplan, möjligtvis har det ändå hjälpt brukarna att göra sin röst hörd i detta viktiga ämne.

## **Rollen som utvärderare**

Utvärderingen genomfördes av en intern utvärderare som arbetat i och nära projektet. Utvärderarens uppgift är att kritiskt granska och uttrycka ett värdeomdöme om den insats/det projekt som utvärderas. Ibland utförs utvärderingar av en objektiv utvärderare som inte har någon relation eller koppling till det projekt som genomförs och i andra fall används en intern utvärderare (27). En intern utvärderare kan ge ett resultat som är anpassat till nyttan hos mottagarna av utvärderingen, stärka grupperns möjlighet till inflytande och makt och ha lättare att värdera resultat utifrån sin förståelse av arbetsområdet. Eftersom utvärderaren är intern finns också en egen kunskap att relatera resultatet till vilket var en tillgång i arbetet. Det underlättade arbetet med att hitta frågor att ställa som var intressanta, aktuella inom området och också se och försöka förklara och förstå eventuella avvikelser från det förväntade och lyfta intressanta resultat (27).

Utvärderingens statistiska resultat har granskats av en oberoende statistiker som då kunnat se om resultatet förvrängts eller ändrats till förmån för att ge en mer positiv bild av vad det lett till. Det som justerades efter den granskningen var hur p-värden beräknats med hjälp av korstabeller, i övrigt stämde de siffror som utvärderaren fått fram.

Det har också funnits extern handledningen i utvärderingens genomförande och i granskningen av utvärderingsrapporten.

## **Resultat**

Nedan följer en presentation av projektets resultat. Först presenteras bakgrundsfaktorer så som ålder, kön, erfarenhet, vilka aktiviteter man deltagit i inom projektets ram m.m. Därefter presenteras resultatet av de övergripande enkäterna till brukare och personal, utifrån projektets målsättning. Övergripande resultat och samband redovisas sedan samt de övriga kommentarer som personal och brukare skrivit i enkäterna.

Utbildningarnas kvalitet beskrivs först utifrån en sammanfattande bedömning av i vilken mån utbildningarna som helhet bidragit till känsla av sammanhang. Sedan presenteras var och en av utbildningarna, med utgångspunkt från de olika utbildarnas eget utformade enkäter. För brukarnas del så utvärderades utbildningen i samma enkät som känslan av sammanhang i utbildningen undersöktes, därav finns utvärderingen av den utbildningen beskriven i den delen av rapporten.



Slutligen presenteras resultatet om implementering utifrån chefs- och personalperspektiv. Det handlar om metoder som personalen utbildats i används i verksamheten samt i vilken utsträckning arbetsplatsen har bidragit till att implementera eller ge förutsättningar för att använda den nya kunskapen.

## **Bakgrundsfaktorer**

Sammanlagt är det 410 personal och 39 brukare (antal individer) som gått någon utbildning inom Näckrosprojektet. Det var 290 personal och 33 brukare som besvarade den övergripande enkäten vid första tillfället. Det innebar en svarsfrekvens på 71 % för personal och 85 % för brukare.

Räknat utifrån den totala personalgrupp på 556 personer i södra och västra Sörmlands psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter är resultatet som presenteras här inhämtat från 50 % av det totala antalet personal. Vid en inventering av antalet brukare identifierades 339 brukare i västra länsdelen och 746 i södra. Det innebär att det är 3 % av totala antalet brukare som besvarat enkäten. Därmed är det svårt att säga om resultatet är representativt för hela gruppen, även om det är möjligt att det är så.

När svarstiden gått ut beslutade vi oss för att förlänga svarstiden och gå ut med ytterligare en påminnelse, eftersom den första påminnelsen hade ökat antalet svar på ett märkbart sätt. Mail med utskick samt påminnelse skickades då ut till 304 personer.

Efter att svarstiden förlängts inkom några ytterligare svar på enkäten. Slutligen blev det 183 som besvarade den uppföljande personalenkäten och 16 som besvarade brukarenkäten. Det ger en svarsfrekvens på 45 % för personal och 41 % för brukare på den uppföljande enkäten.

Bortfallet kan bero på att informationen inte nått fram till personal som skulle besvara enkäten, stress och tidspress i arbetet, att den glömts bort, att motivationen att fylla i den efter att projektet avslutats är något mindre än att göra det i inledningen, samt att det krävde ett större eget ansvar att besvara och skicka in den uppföljande enkäten. Den inledande enkäten kunde, för de som inte fyllt i den inför sin första kurs, fyllas i och lämnas in vid själva utbildningstillfället.

Vid en analys av bakgrundsfaktorer för den personal som besvarat enkäterna vid första respektive uppföljande tillfället visar det sig att det var samma fördelning mellan kvinnor och män. Medianen på ålder var densamma, men medelvärdet var något högre (44 respektive 46 år). Så även typvärdet (37 respektive 44 år). Organisationstillhörighet samt erfarenhet var snarlikt mellan grupperna av personal.

Vad gäller utbildning fanns det fler svarande i den uppföljande enkäten som hade gymnasieutbildning utan psykiatrisk inriktning (20 respektive 27%) medan gruppen med grundskole- samt annan utbildning minskade med 2-4%. Andra utbildningsgrupper var i princip oförändrade. De svarande representerar alla verksamheter. Det är en viss förändring i fördelningen av svaranden utifrån vilken verksamhet de arbetar i. Något färre svarande finns från gruppboende och något fler från öppenvård samt arbete/sysselsättning. Förändringen handlar om 4-6%. Möjligtvis finns det en koppling mellan utbildningsbakgrund och vilken verksamhet man arbetar inom, därav att det syns en viss skillnad på båda faktorerna mellan de två olika grupperna. De viktigaste jämförelserna görs mellan de två största organisationerna, kommun och landsting. Där fanns det inte någon betydelsefull skillnad mellan undersökningsgrupperna.

För brukarnas del fanns det inte någon skillnad i ålder mellan de som besvarat den inledande samt uppföljande enkäten. Det var en större andel kvinnor (43 respektive 53 %) som svarade på en uppföljande enkäten, vilket motsvarar ungefär 2 personer. Det var en stor skillnad

mellan de som var högskoleutbildade mellan första och andra mättillfället. Vid andra tillfället var det 6 % som hade högskoleutbildning jämfört med 23 % vid det första. Det var större del av de svarande som hade lång erfarenhet av att ha kontakt med psykiatrisk vård och omsorg utav de som besvarade uppföljande enkät. Eftersom det var en relativt liten grupp brukare som besvarade enkäten kan en sådan variation av bakgrundsfaktorer spela viss roll i tolkningen av resultatet, framför allt när man jämför bilden före och efter projektet. Förklaringen till bortfallet av brukare i den uppföljande enkäten kan vara detsamma som för personal, att det var ett större eget ansvar att fylla i och skicka in den. Det fanns inte någon på plats för att svara på eventuella frågor samt att motivationen att fylla i den i slutet av projektet kanske var lägre än den var inledningsvis.



**Tabell 1: Bakgrundsfaktorer personal**

		<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
<b>Ålder</b>	Medelvärde:	44 år	
	Median:	45 år	
	Typvärde:	37 år	
	Åldersintervall:	19-72 år	
<b>Kön</b>	Man	71	25%
	Kvinna	215	75%
	Ej vald	4	
<b>Utbildning</b>	Högskola m psyk inr	42	15%
	Högskola u psyk inr	40	14%
	Gymnasie m psyk inr	91	32%
	Gymnasie u psyk inr	58	20%
	Grundskola	16	6%
	Annan utb*	37	13%
<b>Erfarenhet</b>	<1 år	21	7%
	1-3 år	46	16%
	4-6 år	45	16%
	>6 år	171	60%
<b>Organisation</b>	Kommun	195	68%
	Landsting	78	27%
	Brukarorganisation	7	2%
	Privat verksamhet	5	2%
	Annat	2	1%
<b>Verksamhet</b>	Gruppboende	74	26%
	Boendestöd	52	18%
	Arbete/sysselsättning	52	18%
	Vårdavdelning	35	12%
	Öppenvård	27	10%
	Andra verksamheter*	43	15%
<b>Totalt:</b>		<b>290 svarande</b>	

\*Annan utb: av de som angett annan utbildning har 19 st högskoleutbildning (t.ex. förskolläraryt utbildning, socialpedagog, socionom), 4 kvalificerade yrkesutbildningar (t.ex. med psykiatriinriktning), 20 st gymnasieutbildning (t.ex. vårdskola, usk-utbildning), 9 st vuxenutbildning och 11 st övriga (t.ex. kognitiv psykoterapi, personlig assistans)

\*Andra verksamheter: Integrerad öppen/slutenvård, fritid, jourverksamhet, frivilligarbete/brukar eller anhörigorganisation, hemtjänst

Om man skulle göra en beskrivning av den vanligaste svarande så var det en person på 37 år, kvinna, hade en gymnasieutbildning med psykiatrisk inriktning. Hon hade arbetat över 6 år i psykiatrisk vård och omsorgsverksamhet. Nu var hon anställd inom kommunens verksamhet i ett gruppboende.

Vid en jämförelse mellan landstingets och kommunens svarande visade det sig att den största skillnaden var i andelen som hade högskoleutbildning med psykiatrisk inriktning. Där var det 6 % av kommunens personal som hade det och 43% inom landstinget. Kommunen hade fler personal med grundskoleutbildning samt gymnasieutbildning utan psykiatrisk inriktning. Bland landstingets personal var det också en högre andel som hade mer än 6 års erfarenhet (78% jämfört med 56% hos kommunen).

**Tabell 2: Bakgrundsfaktorer brukare**

		<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
<b>Ålder</b>	Medel:	48 år	
	Median:	48 år	
	Typvärde:	38 år	
	Åldersintervall:	32-68 år	
<b>Kön</b>	Man	13	57%
	Kvinna	17	43%
	Ej vald	1	
<b>Utbildning</b>	Högskoleutb	7	23%
	Gymnasieutb	14	47%
	Grundskola	8	27%
	Annan utb	1	3%
<b>Erfarenhet</b>	<1 år	0	
	1-3 år	4	13%
	4-6 år	2	7%
	>6 år	25	81%
<b>Verksamhet de haft kontakt med</b>	Boendestöd	23	74%
	Vårdavdelning	22	71%
	Öppenvård	21	68%
	Arbete/sysselsättning	21	68%
	Frivilligarb/brukarorg	10	32%
	Gruppboende	6	19%
	Fritid	4	13%
	Annan*	8	26%

**Totalt: 31 svarande**

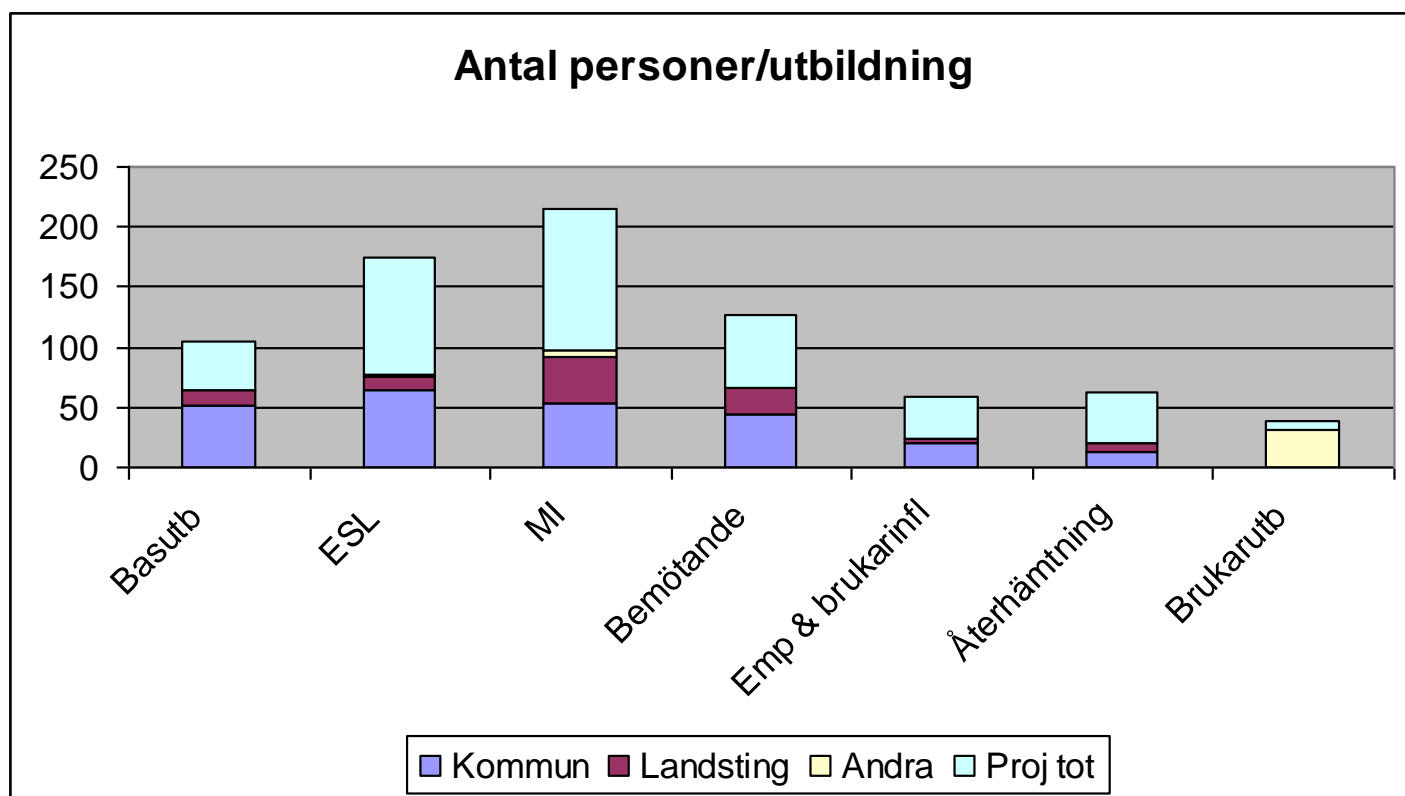
\*annan: Fontänhuset, kuratorkontakt, släkt, familj, daglig verksamhet, projekt, diakonin, RSMH

Skulle man göra en beskrivning av den vanligaste svarande bland brukarna så var det en person på 38 år, kvinna, hade över 6 års erfarenhet av psykiatrisk vård, hade en gymnasieutbildning. De flesta av brukarna hade haft kontakt med flera olika verksamheter. Vilka kombinationer av verksamheter de haft kontakt med varierade mycket och det fanns inte något genomgående mönster där.

## Måluppfyllelse

### Gemensam kunskapsbas

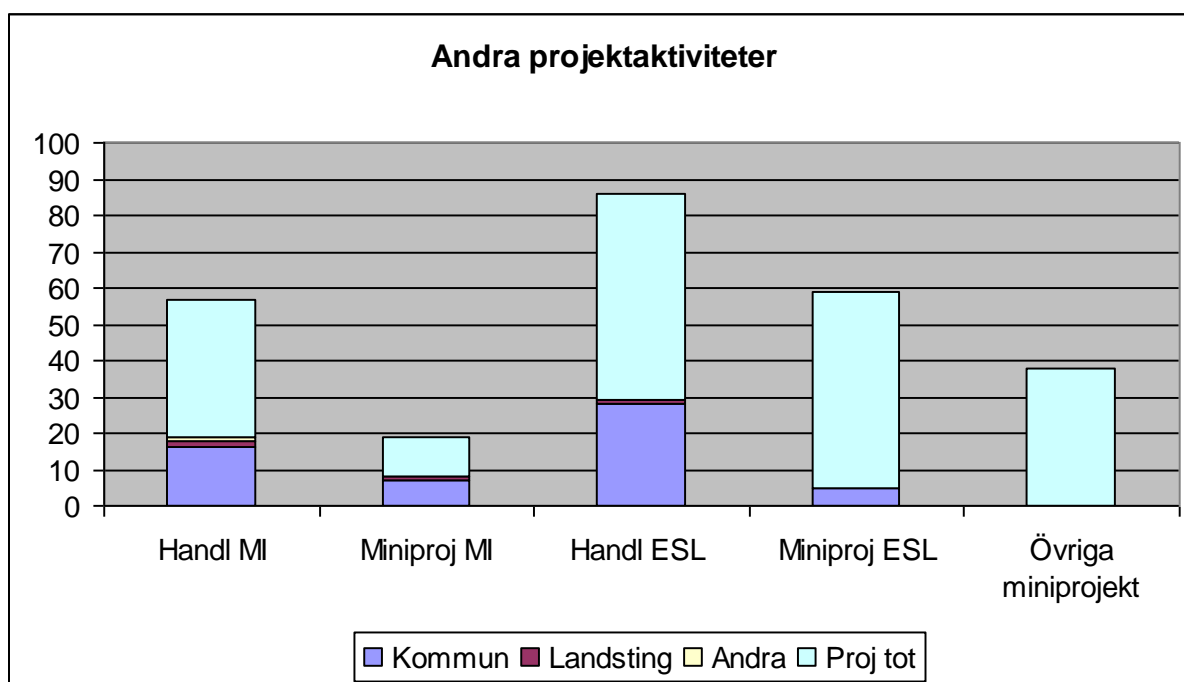
Ett sätt att undersöka om målet att ha en gemensam kunskapsbas är att undersöka i vilken utsträckning som personal från de olika organisationerna deltagit i utbildningar och aktiviteter inom projektet. Det ger en bild av i vilken utsträckning detta projekt bidragit till att skapa en gemensam kunskapsbas.



Figur 1

Detta ger en bild över vad de svarande i enkäten har deltagit i för utbildningar. De delar av stapeln som representerar kommun, landsting och andra är de som besvarat enkäten. Staplarnas höjd anger hur många som gått utbildningarna inom projektet totalt, och kan alltså vara både kommun, landstingsanställda, från privat verksamhet, brukarorganisation eller annat. Resultatet i enkäten visar att det är fler av kommunens anställda som deltagit i utbildningar inom projektet, vilket också visar sig i utbildningsstatistiken som förts under projektets gång. Värt att ha i åtanke är att det kan vara så att kommunerna som ingått totalt sett har fler anställda jämfört med landstinget.

Projektet har också innehållit andra aktiviteter, för att stimulera tillämpningen av kunskaperna i det vardagliga arbetet.



Figur 2

Det vanligaste är att personal deltagit i 1 utbildning/aktivitet (38 %), 2 utbildningar/aktiviteter (23 %) eller 3 st (18 %). Landstingets personal har i snitt deltagit i färre antal utbildningar/aktiviteter. Även om så är fallet har utbildningsgrupperna till största delen varit blandade, för att möjliggöra ett utbyte mellan personal från olika organisationer. De som besvarat enkäten har angett i vilken utsträckning de deltagit i andra projekt/aktiviteter, och syns här som kommun, landsting eller andra. Även i denna tabell är den totala höjden på stolparna i diagrammet motsvarande totalt antal deltagare i aktiviteterna som kommer från olika organisationer. Om en jämförelse ska göras mellan kommun och landsting så är det den delen av stapeln som representerar enkätsvaren som ska betraktas.

**Tabell 3: När de svarande av personalen har deltagit i sin första utbildning**

	Antal	Procent
<b>Höst 2009</b>	84	47 %
<b>Vår 2010</b>	48	27 %
<b>Höst 2010</b>	46	26 %
<b>Totalt: 178 svarande (5 internt bortfall)</b>		

Denna faktor är av intresse för att tiden från att kunskapen erhållits till att det går att märka en förändring kan ha betydelse. Tabellen ovan visar på att halva gruppen svarande gick sin första utbildning tidigt i projektet. Det finns inte några större skillnader mellan kommun och landstingspersonal i denna fråga.

**Tabell 4: När de svarande av brukarna har deltagit i sin första utbildning**

	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
<b>Höst 2009</b>	3	21 %
<b>Vår 2010</b>	3	21 %
<b>Höst 2010</b>	8	57 %
<b>Totalt: 14 svarande (2 internt bortfall)</b>		

Av de brukare som svarat är det en större andel som gått utbildningen sent i projektet, vilket delvis kan förklaras med att det då hölls två kurser under samma period. Totalt har 39 brukare gått brukarutbildningen, beskrivningen ovan är de brukare som besvarat den uppföljande enkäten och där angett när de gick sin första utbildning i projektet. Alla kommuner har haft någon brukare som gått utbildningen som minst 1 och som mest 12 brukare/kommun.

## **Framtida utbildningsbehov**

**Tabell 5: Framtida utbildningsbehov**

---

**Framtida utbildningsbehov hos kommunens svarande:**

### **Projektets utbildningar:**

- **Ett självständigt liv/ESL**
- **Motiverande samtal/MI**
- **Bemötandeutbildning**
- **Basutbildning psykiatri**

### **Andra utbildningar**

- **Samtal**
- **Psykiatri och andra sjukdomar/diagnoser t.ex. utvecklingsstörning, missbruk**
- **Missbruk och utvecklingsstörning**
- **Att hantera självskadebeteende**
- **Pedagogik**
- **Korta utbildningar inom specifika områden t.ex. olika diagnoser sjukdomar kopplat till olika arbetssätt**
- **Neuropsykiatri/neuropsykiatriska funktionshinder**
- **Äldreomsorg övergripande och kopplat till psykisk sjukdom**
- **Bemötande t.ex. av yngre personer, av patienter ADHD och Asperger**

### **Fördjupningar/fortsättningskurser:**

- **MI, bemötande, basutbildning och ESL fördjupning**
  - **Repetition och handledning**
  - **Högskoleutbildning med fördjupning bl.a. i psykologi, samtal, handledning**
  - **Psykiatri, fördjupning kring olika diagnoser**
-

---

## **Framtida utbildningsbehov hos landstingets svarande:**

### **Projektets utbildningar:**

- Motiverande samtal

### **Andra utbildningar:**

- Klientinriktat behandlingsarbete
- Utbildning i arbetssätt, t.ex. individuell plan, i enlighet med ny lagstiftning
- Missbruksvård
- ECT-behandlingar
- Akutpsykiatri
- Gruppdynamik
- Samtalsmetodik

### **Fördjupningar/fortsättningskurser**

- Hur man får tillgång till forskningsresultat

---

## **Framtida utbildningsbehov hos svarande brukare:**

### **Projektets utbildningar:**

- Bemötande

### **Andra utbildningar:**

- Allmänbildning generellt
- Kunskap om olika diagnoser/sjukdomar
- Lagar och regler, skyldigheter hos kommun och landsting
- Yrkesutbildning för att komma in i arbetslivet
- Engelska

### **Fördjupningar/fortsättningskurser**

- Fortsättning på brukarutbildningen, fördjupning

---

## **Framtida utbildningsbehov privat verksamhet och brukarorganisationer:**

### **Projektets utbildningar:**

- Bemötande

### **Andra utbildningar:**

- Kunskap om olika diagnoser
- Kunskap om medicinering och dess effekter på kort och lång sikt

### **Fördjupning/fortsättningskurser:**

- Handledning, återspeglning.
  - Fortsatt MI utbildning
  - Handledning MI
-



Utbildning var något som man såg som betydelsefullt, som det alltid finns behov och intresse av. Det fanns med i svaren hos alla organisationer. Exempel både på utbildningar inom och utanför projektets ram anges i svaren. Vissa gemensamma utbildningsbehov finns, vilket kan vara av intresse för framtida utbildningssatsningar. MI är ett sådant exempel. Det anges vara ett framtida utbildningsbehov som grundutbildning men också som fortsättning/fördjupning. Bemötandebildning anges inte av landstinget som ett framtida behov, däremot hos de andra organisationerna samt hos brukarna. Kunskap om olika diagnoser och behandling efterfrågas av kommun, brukare, privat verksamhet/brukarorganisationer. Ett behov av fördjupning av kunskaper finns och uttrycks på olika sätt av de svarande. Landstingets personal anger behov av att få tillgång till och använda forskningsresultat. För kommunens del anges intresse för en högskoleutbildning som fördjupning, bl.a., men även sådana saker som handledning. Tydligast behov av reflektion, återspeglning, handledning uttrycks av privat verksamhet/brukarorganisationer. Brukarna efterfrågar en fortsättningskurs på brukarutbildningen som en fördjupning t.ex. i föreningskunskap, mötesteknik. Det finns en öppenhet för att ta emot förslag på utbildningar hos brukarna.

## Ökad samsyn och förståelse för varandra

**Tabell 6: Samverkan innan och efter projektet enligt personal**

		<b>Före %</b>	<b>Efter %</b>
<b>Vilka samverkar du eller någon från din enhet/arbetsplats med i frågor som gäller de brukare du har kontakt med? (du kan välja flera alternativ)</b>	Kommun	75%	78%
	Landsting	69%	70%
	Anhöriga	70%	62%
	Brukarorganisation	19%	24%
	Övriga*	14%	11%
<b>Hur fungerar samverkan mellan kommun och landsting när de brukare du har kontakt med har behov av samordnade insatser?</b>	Fungerar mycket väl	6%	4%
	Fungerar ganska väl	67%	57%
	Fungerar inte särskilt väl	25%	37%
	Fungerar inte alls	2%	1%
<b>Jag betraktar den andra huvudmannens medarbetare som en jämlik partner som jag förstår, respekterar och värdesätter</b>	Instämmer helt	32%	27%
	Instämmer i hög grad	37%	42%
	Instämmer delvis	31%	28%
	Instämmer inte alls	1%	2%
<b>Totalt antal svarande:</b>		268-270 personal	171-177 personal

\*Övriga: Försäkringskassan (15), God man/förvaltare (15), Arbetsförmedlingen (13), Kommunen (10, t.ex. personligt ombud, socialtjänst, boende), Arbetsgivare (8), Frivården (7), Landsting (7, t.ex. barn och ungdomspsykiatri, öppenvård), övrigt (5, t.ex. skola), polis (4).

Resultatet visar att samverkan har försämrats något mellan den första och den uppföljande enkäten, enligt personal som svarat. Det är en större andel personal som anser att den inte fungerar särskilt väl vid uppföljningen medan det är en mindre andel som anser att den fungerar ganska väl. Vilka man samverkar med har förändrats vad gäller andelen svarande som samverkar med anhöriga, som minskat. Det finns en viss ökning i samverkan med brukarorganisationer, vilket ses som positivt. Flera av projektets aktiviteter har förlagts i brukarorganisationernas lokaler och de har fått möjlighet att presentera sin verksamhet för personal i samband med utbildningar. Blandade utbildningsgrupper där brukare deltagit kan också ha påverkat resultatet. Anhöriga har inte varit närvarande i samma utsträckning i projektets utbildningar, vilket skulle kunna förklara att den samverkan inte ökat. De har inte heller haft samma möjlighet att presentera sin verksamhet i samband med utbildningstillfällen. Generellt sett är det inte så att det sker samverkan med fler aktörer efter projektet genomförts. En viss förändring går att se i att det är färre som uppgett att de inte samverkar med någon efter projektet genomförts. Om man analyserar den samverkan som kommunens respektive landstingets anställda har så visar det sig att landstinget samverkar med fler aktörer än kommunens anställda gör. Landstinget samverkar också i högre utsträckning med brukarorganisationerna och med anhöriga, jämfört med kommunen.

**Tabell 7: Samverkan innan och efter projektet enligt brukare**

		<b>Före</b>	<b>Efter</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Hur fungerar samverkan mellan kommun och landsting när du har behov av samordnade insatser?</b>	Fungerar mycket väl	20%	13%
	Fungerar ganska väl	32%	53%
	Fungerar inte särskilt väl	44%	20%
	Fungerar inte alls	4%	13%
<b>Totalt antal svarande:</b>		31	15
		brukare	brukare

Det går att se att brukarna anser att samverkan fungerar sämre jämfört med personalens uppfattning om det. Det är större andel av personalen som anser att det fungerar ganska väl jämfört med att det är fler brukare som anser att det inte fungerar särskilt väl. Men samtidigt är det en större variation i vad brukarna tycker. För de skattar samtidigt att samverkan fungerar mycket väl i högre utsträckning än vad personalen själva gör. Kanske finns det situationer där det endast är personalen som upplever att samverkan inte fungerar där det inte får några negativa konsekvenser för brukaren? Det kan också vara så att personalen är försiktigare i sina omdömen, dvs. de håller sig mer kring de mittenalternativ som finns.

Det är färre brukare än personal som besvarat enkäten, därmed behöver det finnas en försiktighet i antagandet att deras syn på frågan är representativ för alla brukare.

Om personal delas upp i två grupper som motsvarar kommun och landstingsanställda så visar det sig att det inte finns några säkerställda skillnader i hur man ser på den andra huvudmannen samt hur man anser att samverkan fungerar vid den första enkäten.

**Tabell 8: Samverkan uppdelat på organisation (inom parentes resultat från uppföljande enkät)**

		<b>Kommun %</b>	<b>Landsting %</b>
<b>Hur fungerar samverkan mellan kommun och landsting när de brukare du har kontakt med har behov av samordnade insatser?</b>	Fungerar mycket väl	7% (3%)	3% (6%)
	Fungerar ganska väl	64% (49%)	75% (74%)
	Fungerar inte särskilt väl	25% (47%)	23% (20%)
	Fungerar inte alls	3% (2%)	0% (0%)
<b>Jag betraktar den andra huvudmannens medarbetare som en jämlik partner som jag förstår, respekterar och värdesätter</b>	Instämmer helt	32% (26%)	32% (31%)
	Instämmer i hög grad	33% (41%)	49% (46%)
	Instämmer delvis	34% (30%)	20% (24%)
	Instämmer inte alls	1% (4%)	0% (0%)
<b>Totalt antal svarande:</b>		180 pers (109 pers)	75-76 pers (54 pers)

En djupare analys av resultatet visar att det framförallt är de svarande som tillhör kommunen som anser att samverkan fungerar sämre vid den uppföljande enkäten. Det visar sig också att det vid uppföljningen blivit större skillnader mellan hur kommun och landstingspersonal tycker att samverkan fungerar. Ett omvänt förhållande finns vad gäller synen på den andra huvudmannen. Där har kommunens personal en bättre syn efter projektet genomförts och sambandet mellan organisationstillhörighet och syn på den andra huvudmannen verkar ha försvagats. Det verkar som att bilden av den andra huvudmannen blivit mer samstämmig i samband med att projektet genomförts samtidigt som kommunens personal anser att samverkan försämrats. Landstingets personal gör ungefär samma uppskattning av samverkan innan och efter projektet.

## Ökad samsyn kring förhållningssätt och bemötande

**Tabell 8: Förhållningssätt och bemötande, skillnader före respektive efter projektet utifrån personal**

		<b>Före %</b>	<b>Efter %</b>
<b>Jag bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att påverka sin situation</b>	Instämmer helt	47%	43%
	Instämmer i hög grad	38%	45%
	Instämmer delvis	14%	11%
	Instämmer inte alls	1%	1%
<b>Totalt antal svarande:</b>		282 pers	179 pers

Det går att utläsa vissa skillnader i synen på brukaren och bemötandet före respektive efter projektet. Den finns framförallt i att det är en större andel av personalen som instämmer i hög grad. En djupare analys av materialet visar att det framförallt är landstingets personal som står för den förändringen.

**Tabell 9: Förhållningssätt och bemötande, skillnader före respektive efter projektet utifrån brukare**

		<b>Före %</b>	<b>Efter %</b>
<b>Jag blir bemött av personal som en kompetent person med egna resurser att påverka min situation</b>	Instämmer helt	27%	20%
	Instämmer i hög grad	30%	20%
	Instämmer delvis	33%	53%
	Instämmer inte alls	10%	7%
<b>Totalt antal svarande:</b>		31 pers	16 pers

Det går att utläsa att personal anser att de bemöter brukaren som en kompetent person i högre utsträckning än brukarna anser det. Även här är det en skillnad mellan antalet svarande mellan personal och brukare, samt få brukare som fått uttrycka sin syn på frågan. Därmed finns en viss osäkerhet i resultatet. Brukarnas svar tyder på en försämring i hur de upplever bemötandet efter projektet har genomförts, eller så är det ett utslag av att färre svarat på enkäten.

**Tabell 10: Förhållningssätt och bemötande uppdelat på huvudman och brukare.**

		<b>Kommun %</b>	<b>Landsting %</b>
<b>Jag bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att påverka sin situation</b>	Instämmer helt	47% (48%)	47% (33%)
	Instämmer i hög grad	41% (42%)	34% (51%)
	Instämmer delvis	12% (9%)	20% (16%)
	Instämmer inte alls	1% (1%)	0% (0%)
<b>Totalt:</b>		<b>189 (116) pers</b>	<b>77 (55) pers</b>

En större andel av kommunens personal instämmer i hög grad i påståendet vid den inledande enkäten, jämfört med landstinget. Vid den uppföljande enkäten är skillnaderna mellan grupperna större, förändringen finns framförallt hos landstingets personal. Förändringen har skett genom att andelen som instämmer helt har minskat hos landstingets personal medan de som instämmer i hög grad har ökat. Kommunens personal har förändrat sin syn på brukaren i mindre utsträckning än landstinget. Resultatet visar då att kommunen har en mer positiv syn på brukaren jämfört med landstinget, vid den uppföljande enkäten.

---

**Före projektet: Skriv ner tre principer som du tycker beskriver ditt synsätt på brukaren/patienten:**

---

**Likheter mellan organisationer (kommun, landsting, privata och brukarorganisationer)**

Autonomi/självbestämmande  
Delaktighet  
Eget ansvar  
Egna resurser/hitta det brukaren är bra på/se möjligheterna  
Förståelse  
Inflytande/självbestämmande  
Integritet  
Intresse/se människan/bekräftelse  
Lyhördhet  
Respekt  
Stöd  
Trygghet  
Lyssnande

**Likheter kommun och landsting**

Ödmjukhet  
Stärka självkänsla  
Helhetsperspektiv  
Samarbete  
Meningsfullhet  
Medkänsla  
Gemenskap  
Förmåga till förändring  
Flexibilitet/individanpassa  
Empati  
Tolerans/icke dömande

**Likheter privat verksamhet/brukarorganisationer och kommun**

Personligt ansvar  
Brukaren i centrum/huvudperson  
Förtroende  
Omhändertagande/omsorg

---

---

**Skillnader, endast:****Landsting**

Bekräftelse  
Engagemang  
Närvaro  
Struktur  
Valfrihet  
Visa hänsyn  
Värme

**Kommun**

Alla har samma värde, jämlikhet  
Bra bemötande  
Det finns alltid hopp/tro på brukaren /Lyckas/  
Glädje/ha kul/underhållande  
God relation  
Hjälpa  
Hålla överenskommelser  
Inspirera  
Kompetens  
Motivera  
Må gott  
Olika behov  
Professionellt  
Rättvisa  
Solidaritet  
Tillgänglig  
Viljan  
Vägleda  
Värdegrund  
Värdighet  
Ärlighet  
Öppenhet

**Privat**

**verksamhet/brukarorganisation/  
övriga**

Snäll

---

---

**Intressanta fynd:**

Det finns många likheter i hur alla svarande beskriver sin syn på brukaren/patienten.

Värdegrundsord som t.ex. solidaritet, rättvisa, värdighet, jämlikhet förekommer oftare i de ord som kommunens personal angett. Det är samtidigt viktigt att se att de är fler svarande och därför kan de ange fler svar och olika ord.

En positiv syn dvs. "att lyckas", "hopp" ser ut att användas av kommunens svarande medan det inte anges av landstinget. Likaså glädje/att ha roligt. Engagemang är det endast landstinget som använder, likaså närvaro och struktur.

Landstinget använder ordet valfrihet vilket inte anges av kommunen.

Kanske kan motsvarigheten hos kommunens personal vara "olikhet" som beskriver variation men inte pratar om val av insats

Individperspektivet lyfts fram av alla svarande oavsett vilken organisation de tillhör. Att se människan, bekräfta, självbestämmande.

Brukaren i centrum, personligt ansvar OCH omhändertagande beskrivs av kommunen och brukarorganisationen.

Fler skillnader finns om materialet analyseras ytterligare.

---

---

**Samma fråga ställd efter projektet: Skriv ner tre principer som du tycker beskriver ditt synsätt på brukaren/patienten:**

---

**Nya ord Landsting**

Expert på sig själv  
I behov av hjälp och stöd  
Jämlik  
Kompetent  
Kunskap  
Unik  
Värdighet  
Ärlighet

**Nya ord kommunen**

Beröra  
Bollplank/dialog  
Egna mål  
Hänsyn  
Normalisering  
Regler  
Struktur  
Trovärdighet  
Värdefull  
Ömsinnet

**Nya ord privat verksamhet/brukarorganisationer**

Flexibilitet  
Jämbördig människa  
Medkänsla

---

---

**Intressanta fynd:**

Alla berörda organisationer visar upp nya ord när de beskriver brukaren. Detta sker trots att det är färre svarande vid den uppföljande enkäten. Intressant är att de tagit till sig olika ord till största delen. En likhet finns, då jämbörig/jämlig återfinns både i landstingets och övriga organisationers beskrivningar, vilket det inte gjorde innan utbildningarna. Det verkar som att en förändring i synen på patienten/brukaren finns men att de olika organisationerna tagit till sig olika delar av varandras eller utbildningarnas värdeord.

I flera fall finns det ord som förts över från en organisation till en annan. De ord som förts över är markerade med blå färg. Det tycks då som att landstinget och brukarorganisation/privat verksamhet är de som tagit till sig fler ord från de andra organisationerna, medan kommunen tagit till sig nya ord som inte fanns hos de andra.

Några ord går att relatera till innehåll i de olika utbildningarna som erbjudits. Exempel är "expert på sig själv" – används både i MI och ESL utbildningen. "Struktur" - används bland annat i ESL utbildningen i relation till kognitiva funktionsnedsättningar. Jämbördighet/jämlighet berörs i stor utsträckning i RSMH:s utbildningar om bemötande och brukarinflytande.

---



## Ökat brukarinflytande

Tabell 11: Brukarinflytande enligt personal

		Före %	Efter %
<b>Arbetar din verksamhet idag med att ge patienter/brukare inflytande?</b>	Ja	84%	80%
	Nej	4%	2%
	Vet ej	12%	17%
	Ej svar		
<b>När brukaren/patienten uttrycker sin vilja så leder det till att jag förändrar mitt arbetssätt.</b>	Instämmer helt	13%	19%
	Instämmer i hög grad	48%	46%
	Instämmer delvis	38%	34%
	Instämmer inte alls	1%	1%
<b>Totalt antal svarande:</b>		<b>275- 278 p</b>	<b>180-183 p</b>

Det är färre av de svarande som anger att deras verksamhet arbetar med brukarinflytande vid den uppföljande enkäten. Tendensen verkar vara att det är en större andel som instämmer helt i att de förändrar sitt arbetssätt i enlighet med brukarens vilja. Motsvarande minskning kan ses i svarsalternativen ”i hög grad” och ”delvis”. Det visar på att det individuella brukarinflytandet kan ha ökat under projektiden. Ökningen finns hos personal från alla organisationer. En jämförelse mellan kommun och landsting visar att det framförallt är hos landstingets personal som färre svarar nej på frågan om de arbetar med brukarinflytandet, medan antalet ”vet ej” ökar.

### Beskrivning av hur de arbetar med brukarinflytande:

#### Gemensamma sätt att beskriva arbetet med brukarinflytande:

##### - Individnivå

Delaktighet i beslut, bestämma tillsammans, dialog

Lyssna

Vårdplaner/genomförandeplaner/rehabiliteringsplaner/sätta upp gemensamma mål

Utbildning

Information

Självbestämmande/autonomi/eget ansvar

Individuella lösningar

##### - Verksamhets/gruppnivå

Brukarråd, husmöten, brukarmöten

---

## Specifika sätt att beskriva arbetet med brukarinflytande

---

### Landstinget:

Läkarsamtal  
Respekt  
Nätverksmöten

---

### Kommunen:

Erbjuda stöd  
Fokusgrupper  
Valfrihet  
Arbeta med inte åt brukaren  
Se till förmåga/se till det friska  
Supomisvuoromodellen  
ESL

---

En analys av resultatet efter att projektet genomförts visar på att det finns vissa nytillkomna ord i beskrivningen av hur man arbetar med brukarinflytande. Några har en koppling till de aktiviteter som genomförts i projektet andra inte. Det går inte att se några tydliga tendenser till förändring av den här frågan, vilket också visar sig i resultatet där det inte är tydligt om man arbetar med brukarinflytande i större utsträckning. Några saker värda att notera kan t.ex. vara att:

Inom landstinget beskrivs brukarinflytande med ett eget ord, vilket inte gjordes i första enkätsvaran. De nämner också att uppmuntra till brukarfokuserade kurser och evenemang som ett sätt att arbeta med brukarinflytande.

Inom kommunen har ordet ”gemensam” nämnts vilket inte gjordes inledningsvis: Gemensamma planeringsdagar, gemensam genomförandeplan. De ger också exempel på att brukare kan vara med vid antställningsintervjuer som ett sätt att arbeta med brukarinflytande. Det är en organisation som nämner brukarinflytande på övergripande nivå vid den uppföljande enkäten och det är brukarorganisationer. De anger att de representerar i projekt och nämnder som ett sätt att arbeta med brukarinflytande. Den nivån av inflytande nämns inte varken av kommun eller landsting.

**Tabell 12: Brukarinflytande enligt brukare**

		<b>Före</b>	<b>Efter</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Arbetar den verksamhet där du har mest kontakt med att ge patienter/brukare inflytande?</b>	Ja	50%	56%
	Nej	20%	19%
	Vet ej	30%	25%
<b>När jag uttrycker min vilja så leder det till att personalen ändrar sitt arbetssätt.</b>	Instämmer helt	27%	13%
	Instämmer i hög grad	30%	13%
	Instämmer delvis	33%	60%
	Instämmer inte alls	10%	13%
<b>Totalt:</b>		29 p	15-16 p

Frågan om de arbetar med brukarinflytande i den verksamhet där brukaren har mest kontakt besvaras av brukarna som att det görs i mindre utsträckning jämfört med personal. Det är något större andel som anser att det görs vid den uppföljande enkäten. Det går också att se att andelen som svarar vet ej, har minskat. Tittar man istället på det individuella brukarinflytandet, dvs. möjlighet att påverka personalens arbetssätt, så är resultatet det omvända. Brukarna anser att det går att göra i mindre utsträckning vid den uppföljande enkäten. Värt att notera är att det är få svarande vilket gör att det inte går att säga om resultatet är representativt eller ej. Det visar sig också i och med att det är lite blandade resultat i de svarsalternativ som finns.

---

### **Specifika sätt att beskriva arbetet med brukarinflytande**

---

#### **Brukare:**

##### **Individnivå:**

Stöd att tänka annorlunda

Boendestöd

Att genom sina synpunkter påverka åtgärder

Samråd mellan läkare och pat. angående mediciner och prover

Information

Stöd att själv kunna göra sysslor

Dialog

Bra kommunikation/lyhördhet

##### **Verksamhetsnivå:**

Att genom sina synpunkter påverka åtgärder

Lyhörd personal som tar in förslag

Brukarutbildning

ESL kurs

Morgonmöten

De tar till sig av kunskaper hos brukare

Kunna påverka innehållet i arbetsuppgifter

Gemensamma beslut

##### **Övergripande/organisatorisk nivå:**

Påverka politiker i kommunen

---

Vissa beskriver att de inte vill ha inflytande utan istället närvara för att delta i verksamhetens aktiviteter

---

## **Övergripande resultat och analys av samband mellan faktorer som berör projektets målsättning**

### **Deltagande i projektets aktiviteter och dess koppling till resultat**

En av frågorna som är intressant att ställa sig i samband med en mål- resultatutvärdering är: I vilken utsträckning är det de genomförda aktiviteterna/insatserna som haft effekt och lett fram till det resultat som visar sig?

För att undersöka den frågan gjordes en analys av materialet utifrån antalet aktiviteter som personalen deltagit i och om det har ett samband med hur samverkan fungerar, bemötandet/förhållningssättet gentemot patienten/brukaren samt brukarinflytandet. Det kan ge en viss kunskap om projektets aktiviteter kan ha påverkat dessa faktorer. Ofta handlar det om komplexa samband som gör det svårt att säkert uttala sig om detta, men det kan gå att utläsa tendenser. Det var också intressant att se om de som deltagit i handledning fått en större effekt på ovanstående frågor än de som endast deltagit i utbildningar, eftersom handledning var en sådan aktivitet som syftade till att underlätta användandet av den nya kunskapen i det direkta arbetet. På grund av att korstabellerna blev alltför stora gick det inte att utläsa några statistiskt säkerställda samband mellan antalet aktiviteter och resultat.

**Tabell 13: Samband mellan deltagande i handledning och resultat  
Jämförelser mellan resultat för de som deltagit och inte deltagit i handledning**

<b>Syn på andra huvudmannen</b>	Likvärdigt	
<b>Arbete med brukarinflytande i verksamheten</b>	I högre utsträckning hos deltagare i handledning	Andel ja: 78% alla svarande 90% svarande med handl
<b>Individuellt brukarinflytande</b>	I högre utsträckning hos deltagare i handledning	Andel "instämmer helt" & "instämmer i hög grad" högre bland personal i handledning
<b>Hur samverkan fungerar</b>	Likvärdigt	
<b>Bemötandet av patienten/brukaren</b>	Mer positivt hos deltagare i handledning	Andel "instämmer i hög grad" samt "instämmer helt" högre bland de som gått handledning.

**Totalt: 37-38 svarande som deltagit i handledning**

En jämförelse av resultatet har gjorts genom att jämföra andelen svarande på respektive svarsalternativ. Gruppen personal som deltagit i handledning har då jämförts med resultatet hos alla svarande. Det verkar som att de som deltagit i handledning har ett bättre bemötande av brukaren på det sättet att det är fler som instämmer helt och i hög grad i att man ser brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att påverka sin situation. Det är också så att lägsta nivån (andelen som instämmer delvis eller inte alls) är sämre i gruppen som inte deltagit i handledning. Utifrån detta resultat är det då intressant att se vad

skillnaderna som visar sig kan bero på. Är det skillnad i bakgrundsfaktorerna mellan grupperna som gör att resultatet skiljer sig, eller kan det vara handledningen i sig som påverkat personalen? Vid en analys av bakgrundsfaktorerna visar det sig att det som skiljer sig framför allt är erfarenhet av psykiatrisk vård. Det större andel som har 4-6 års erfarenhet bland de som deltagit i handledningen jämfört med hela gruppen, där det istället är större andel som har mer än 6 års erfarenhet. Andelen män som deltagit i handledning är något lägre jämfört med hela gruppen. Övriga faktorer är det inte några större skillnader på mellan grupperna.

## Analys av samband - Faktorer som inverkar på gemensam kunskapsbas

Det fanns en skillnad mellan kommunens och landstingets personal vad gäller utbildningsbakgrund i inledningen av projektet. Det innebär att det till viss del är en skillnad i vilken kunskapsbas man har i sitt arbete.

**Tabell 14. Korstabell. Samband mellan organisationstillhörighet och utbildningsnivå.**

	Landsting	Kommun	Privat verksamhet	Brukarorg + Annat
<b>Grundskola</b>	1%	7%	20%	11%
<b>Gymnasie u psykiatri</b>	10%	24%	60%	11%
<b>Gymnasie m psykiatri</b>	21%	38%	0%	22%
<b>Högskola u psykiatr</b>	22%	10%	0%	33%
<b>Högskola m psykiatr</b>	38%	6%	0%	11%
<b>Annan</b>	8%	15%	20%	11%
<b>Totalt:</b>	77 pers	191 pers	5 pers	9 pers

Det går att se att det inte finns samma utbildningsbakgrund i en jämförelse mellan landstingets och kommunens anställda. Inom landstinget var det större andel personal med högskoleutbildning med psykiatrisk inriktning jämfört med kommunen. Inom kommunen var det en större andel grundskoleutbildade och gymnasieutbildade utan psykiatrisk inriktning. Det kan påverka behovet av framtida utbildning och utformningen av utbildningar till personalen.

Det tycks finnas ett samband mellan organisationen man tillhör och den utbildningsnivå personalen har, det finns alltså en skillnad mellan organisationerna vad gäller kunskapsbas. Det är en högre andel av landstingets personal som har högskoleutbildning samt högskoleutbildning med psykiatrisk inriktning, jämfört med kommunen. Av de som gått gymnasieutbildning var det större andel av kommunens anställda som gått inriktning mot psykiatri.

## Analys av samband - faktorer som inverkar på bemötande och förhållningssätt

Den enda undersökta faktorn som visar sig ha ett samband med bemötande var utbildning. Den utbildning man har verkar påverka förhållningssättet/bemötandet av brukaren/patienten. De andra delarna (organisation, ålder, kön, erfarenhet) visade inte något sådant samband.

**Tabell 14. Korstabell. Samband mellan utbildning och syn på brukaren. "Jag bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att påverka sin situation" (inom parentes anges resultatet vid den uppföljande enkäten)**

	Grund	Gy u	Gy med	Hög u	Hög med	Annan
<b>Instämmer inte alls</b>	6% (0%)	2% (2%)	0% (0%)	0% (0%)	0% (0%)	0% (0%)
<b>Instämmer delvis</b>	37,5% (14%)	11% (13%)	14% (17%)	5% (0%)	19% (10%)	18% (6%)
<b>Instämmer i hög grad</b>	37,5% (57%)	39% (43%)	42% (43%)	33% (44%)	38% (53%)	35% (28%)
<b>Instämmer helt</b>	19% (29%)	49% (43%)	45% (40%)	62% (56%)	43% (37%)	47% (56%)
<b>Totalt:</b>	16 pers (7 pers)	57 pers (47 pers)	89 pers (53 pers)	39 pers (25 pers)	42 pers (30 pers)	34 pers (16 pers)

Gy u= Gymnaseutbildning utan psykiatrisk inriktning

Gy med= Gymnaseutbildning med psykiatrisk inriktning.

Hög u= Högskoleutbildning utan psykiatrisk inriktning

Hög med= Högskoleutbildning med psykiatrisk inriktning

I tabellen går att utläsa att den andel som anger att de instämmer i hög grad ökar, oavsett utbildningsbakgrund. Det tycks finnas ett visst samband mellan faktorerna, där de med högre utbildning instämmer i högre grad i påståendet men inte statistiskt säkerställt. Bäst resultat i bemötandefrågan får de personer som har en högskoleutbildning, utan psykiatrisk inriktning. Där är det 95-100% av de svarande som instämmer i hög grad eller helt i att de bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser. Andelen som instämmer delvis minskar för alla utbildningsbakgrunder förutom de med gymnaseutbildning, oavsett om det är med psykiatrisk inriktning eller ej. Det är en minskning i alla utom två av utbildningsbakgrunderna vad gäller andelen som instämmer helt i påståendet ovan. Det är endast de med grundutbildning samt annan utbildning som ökar. Vid mätningen efter projektet genomförts tycks det som att sambandet mellan utbildningsbakgrund och bemötande har minskat.

De som har störst andel personal med högskoleutbildning utan psykiatrisk inriktning, vilket senare också visade sig vara de som hade mest positivt förhållningssätt i relation till brukaren, var de som kom från brukarorganisationer. Dock var de få svarande vilket kan göra att det är svårt att uttala sig om det resultatet är representativt.

## Analys av samband – faktorer som inverkar på brukarinflytande

Det som visar sig ha ett samband med brukarinflytande var organisationstillhörighet.

**Tabell 14. Korstabell. Samband mellan organisationstillhörighet och arbete med brukarinflytande i verksamheten. "Arbetar din verksamhet idag med att ge patienter/brukare inflytande?" (inom parentes anges resultatet vid den uppföljande enkäten)**

	Landsting	Kommun	Privat verksamh	Brukarorg	Annat
<b>Ja</b>	69% (61%)	89% (88%)	80% (100%)	100% (100%)	50% (50%)
<b>Nej</b>	12% (2%)	1% (3%)	0% (0%)	0% (0%)	0% (0%)
<b>Vet ej</b>	19% (37%)	10% (10%)	20% (0%)	0% (0%)	50% (50%)
<b>Totalt:</b>	74 pers (54 pers)	187 pers (116 pers)	5 pers (6 pers)	7 pers (3 pers)	2 pers (2 pers)

Det finns en skillnad mellan organisationstillhörighet och arbetet med brukarinflytandet i verksamheten. Den kvarstår efter att projektet genomförts. Kommunen arbetar med brukarinflytande i högre utsträckning jämfört med landstinget. Den organisation som arbetar med brukarinflytande i högst utsträckning är brukarorganisationerna.

Detta brukarinflytande hamnar på verksamhetsnivå, eftersom frågan handlar om de arbetar med brukarinflytande i verksamheten. Tittar man på brukarinflytande på individnivå så finns inte samma skillnad beroende på organisationstillhörighet.

Inom de olika organisationerna ryms olika typer av verksamhet. Det kan vara intressant inför det fortsatta arbetet att också titta på om det finns skillnader mellan olika typer av verksamheter och i vilken utsträckning man arbetar med brukarinflytande. De verksamheter som gör det **i störst utsträckning** är:

### **Kommunala verksamheter**

Gruppboende (94%)

Arbete/sysselsättning (93%)

Boendestöd (80%)

### **Därefter kommer:**

Frivilligarbete (endast 1 svar)

Annat (78%)

Landstingets verksamheter arbetar med brukarinflytande i ungefär samma utsträckning i de verksamheter där man gör det i högst grad jämfört med andra verksamheter i samma organisation:

Öppenvård (68%)

Vårdavdelning (65%)

Jourverksamhet (67%)

**Tabell 15. Korstabell. Samband mellan organisationstillhörighet och individuellt brukarinflytande. "När brukaren/patienten uttrycker sin vilja så leder det till att jag förändrar mitt arbetssätt." (inom parentes anges resultatet vid den uppföljande enkäten)**

	Landsting	Kommun	Privat verksamh	Brukarorg	Annat
<b>Instämmer inte alls</b>	1% (0%)	1% (2%)	0% (0%)	0% (0%)	0%
<b>Instämmer delvis</b>	42% (40%)	35% (31%)	40% (50%)	67% (0%)	50%
<b>Instämmer i hög grad</b>	45% (46%)	51% (48%)	60% (17%)	17% (0%)	50%
<b>Instämmer helt</b>	12% (15%)	13% (20%)	0% (33%)	17% (100%)	0%
<b>Totalt:</b>	74 pers (55 pers)	189 pers (117 pers)	5 pers (6 pers)	6 pers (2 pers)	2 pers

Resultatet ovan visar att det individuella brukarinflytandet kan ha ökat något och att det fördelar sig på flera av de deltagande organisationerna.

**Tabell 16 Korstabell. Samband mellan syn på/bemötande av brukaren/patienten och individuellt brukarinflytande. "Jag bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att förändra sin situation (kolumn)" och "När brukaren/patienten uttrycker sin vilja så leder det till att jag förändrar mitt arbetssätt." (rader) (inom parentes anges resultatet vid den uppföljande enkäten)**

	Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer i hög grad	Instämmer helt
<b>Instämmer inte alls</b>	0% (100%)	0% (0%)	0% (1%)	2% (0%)
<b>Instämmer delvis</b>	50% (0%)	71% (58%)	43% (33%)	24% (30%)
<b>Instämmer i hög grad</b>	50% (0%)	24% (37%)	52% (61%)	53% (37%)
<b>Instämmer helt</b>	0% (0%)	5% (5%)	6% (5%)	21% (34%)
<b>Totalt:</b>	2 pers (1 pers)	41 pers (19 pers)	103 pers (77 pers)	131 pers (74 pers)

Synen på brukaren/patienten verkar ha ett samband med benägenheten att ändra sitt arbetssätt i enlighet med brukarens/patientens vilja.



## Analys av samband – faktorer som inverkar på samverkan:

Här är det flera faktorer som påverkar hur samverkan fungerar. Det är utbildning, erfarenhet och hur man betraktar den andra huvudmannen (gäller kommun och landsting). De som anser att samverkan inte fungerar har en högre utbildning, kortare erfarenhet och betraktar i mindre utsträckning den andra huvudmannen som en jämlik partner som man respekterar och värdesätter. För att fördjupa den analysen gjordes en multivariat analys. I den analysen gick att utläsa att utbildning och hur man ser på den andra huvudmannen påverkar varandra.

Det finns ett samband mellan hur man ser på den andra huvudmannens medarbetare och hur man anser att samverkan fungerar.

**Tabell 17. Korstabell om samband mellan hur man betraktar den andra huvudmannens medarbetare och hur samverkan fungerar (uppföljande enkätresultat inom parentes)**

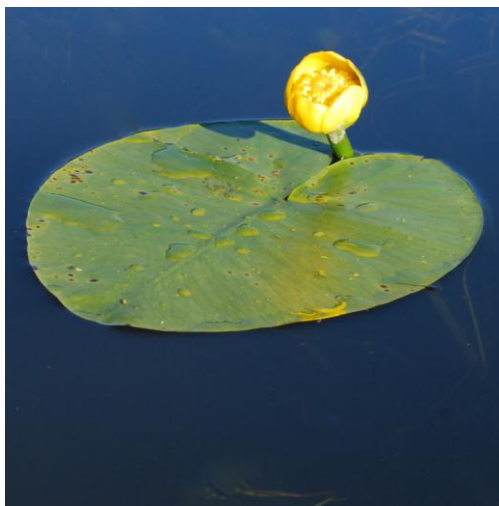
	Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer i hög grad	Instämmer helt
<b>Fungerar inte alls</b>	0% (0%)	5% (2%)	1% (1%)	1%(0%)
<b>Fungerar inte särskilt väl</b>	50% (75%)	34% (42%)	23% (29%)	11% (41%)
<b>Fungerar ganska väl</b>	50% (25%)	59% (56%)	75% (68%)	71% (46%)
<b>Fungerar mycket väl</b>	0% (0%)	2% (0%)	1% (1%)	17% (13%)
<b>Totalt 257(170) svarande</b>	100%	100%	100%	100%

Sambandet verkar ha försvagats i den uppföljande enkäten, vilket beror på att synen på den andra huvudmannen blivit något bättre samtidigt som samverkan fungerar sämre.

## Övergripande kommentarer utifrån enkäterna

Detta är ett urval ur kommentarerna som getts, valda för att visa på de olika synpunkter som funnits.

- Det har märkts att Näckrosutbildningarna är väl skötta. Bra information och lite strul vad jag vet.
- Det är roligt att komma ut och få mera kunskap.
- Hoppas få delta på fler kurser inom Näckrosprojektet
- Utbildningarna har varit bra, men mycket har varit upprepning av det man redan kan. Positivt är att brukare har varit involverade, både att de har haft möjlighet att delta och att de har hållt föredrag.
- Jag hoppas att vi kommer att använda oss mer utav våra nya kunskaper när flera har gått utbildningar. Jag gick lite före dom andra pga. Restplatser vid tidigare tillfällen.
- Relation är viktigare än metod, alltså mer av egna erfarenheter typ bemötandebildning med Ami.
- Mycket bra kurs, underbar kursledare
- Basutbildningen var mycket bra med bra kursupplägg och bra studiematerial. Dock var någon del för svår och lite överkurs.



## Utbildningarnas kvalitet

Inom projektet har det erbjudits 885 utbildningsplatser totalt sett till personal. När projektet genomförts visade det sig att 750 av dem hade använts. Några platser kunde inte användas pga. att verksamheterna hade svårt att hitta vikarier och kunde inte släppa personal som skulle gå utbildning den dagen. En annan förklaring är att det varit många utbildningar, samtidigt, vilket gjort att verksamheten inte kunnat skicka en del personal även om önskan funnits. Slutligen är informationsbrist, dvs. deltagarna fick inte kännedom om att de hade en plats på kursen, samt sjukdom och personliga skäl förklaringar till att några platser inte kom till användning. Sammanlagt användes 85 % av alla platser.

Till brukare erbjöds sammanlagt 48 utbildningsplatser. Det blev 39 av de platserna som användes, sammanlagt användes då 81 % av alla platser på brukarutbildningen.

## Utbildningarnas meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet

Först följer en sammanlagd upplevelse av utbildningarna som helhet. Det är flera av personalen som gått flera utbildningar samt några av brukarna. De har blivit uppmanade att skatta enligt sin samlade upplevelse av alla utbildningarna. Efter denna helhetsbedömning kommer var och en av utbildningarna att redovisas så att dess kvalitet och användbarhet kan bedömas.

Tabell 18. Meningsfullhet i utbildningarna

		Personal %	Skillnader kommun/ landsting	Brukare %
<b>Jag har känt mig delaktig i utbildningen/utbildningarna</b>	Instämmer helt	36%	*	44%
	Instämmer i hög grad	43%		52%
	Instämmer delvis	16%		4%
	Instämmer inte alls	4%		
<b>Jag har varit motiverad till utbildningen/utbildningarna</b>	Instämmer helt	56%		70%
	Instämmer i hög grad	32%		22%
	Instämmer delvis	11%		7%
	Instämmer inte alls	1%		
<b>Utbildningen/utbildningarna har känts meningsfulla</b>	Instämmer helt	45%	*	59%
	Instämmer i hög grad	32%		30%
	Instämmer delvis	22%		11%
	Instämmer inte alls	1%		
<b>Utbildningarna har skapat engagemang</b>	Instämmer helt	32%	*	48%
	Instämmer i hög grad	40%		44%
	Instämmer delvis	26%		7%
	Instämmer inte alls	2%		
<b>Totalt:</b>		<b>178-180 p</b>		<b>27 b</b>

\* Det går att utläsa skillnader mellan kommunens och landstingets personal. Det är en större andel av kommunens personal som instämmer helt i påståendena. Landstingets personal skattar alternativet instämmer i hög grad mer än instämmer helt.

Kommunens personal har i viss mån upplevt sig som mer delaktiga, engagerade och att utbildningarna varit mer meningsfulla vad gäller projektets utbildningar. Det skiljer sig i nivåerna vad man skattar på tre av fyra frågor som rör meningsfullhet i projektets utbildningar.

Generellt sett så skattar brukare högre meningsfullhet i projektets utbildningar jämfört med personal. Värt att notera är att det inte är samma utbildningsutbud för personal och brukare. Vissa utbildningar har både brukare och personal kunnat gå (ESL, Bemötande, Empowerment och brukarinflytande, Återhämtning) och vissa har varit specifikt inriktade mot brukare (Brukarutbildningen) eller personal (MI, Basutbildning).

<b>Tabell 19: Begriplighet i utbildningarna</b>		<b>Personal</b>	<b>Skilln</b>	<b>Brukare</b>
		<b>%</b>	<b>k/l</b>	<b>%</b>
<b>Utbildningarna har varit lätta att förstå</b>	<b>Instämmer helt</b>	<b>34%</b>	<b>*</b>	<b>46%</b>
	<b>Instämmer i hög grad</b>	<b>54%</b>		<b>46%</b>
	<b>Instämmer delvis</b>	<b>12%</b>		<b>9%</b>
	<b>Instämmer inte alls</b>			
<b>Jag har fått bra information om utbildningen/ utbildningarna</b>	Instämmer helt	27%	*	41%
	Instämmer i hög grad	46%		50%
	Instämmer delvis	26%		5%
	Instämmer inte alls	1%		5%
<b>Utbildningen/ utbildningarna har haft en bra struktur</b>	Instämmer helt	28%	*	55%
	Instämmer i hög grad	51%		41%
	Instämmer delvis	18%		5%
	Instämmer inte alls			
<b>Totalt:</b>		<b>176-</b>		<b>22 b</b>
		<b>179 p</b>		

\* Det finns skillnad mellan kommun och landstingspersonal i hur man skattar alla faktorer som rör begriplighet. Skillnaderna består av att kommunens personal gett mer positiv skattning (t.ex. större andel som instämmer helt).

Denna faktor, begriplighet, får något lägre skattning jämfört med meningsfullheten i utbildningarna. Begripligheten och de faktorer som den här beskrivs med påverkas både av faktorer inom och utanför projektet. Till exempel ”jag har fått bra information” kan påverkas av den information som getts av utbildarna, av projektet angående utbildningarna, eller av chefen som är den som förmedlat information om inbjudan till respektive personal. Utbildningarnas struktur samt om utbildningarna varit lätta att förstå påverkas däremot enbart av utformningen inom projektets aktiviteter.

Brukarnas skattning visar att de upplevt de utbildningar de deltagit i (vilket bara delvis är samma som för personal) som begripliga i högre utsträckning än personalen gjort.

Tabell 20: Hanterbarhet i utbildningarna		Personal %	Skilln k/l	Brukare %
Jag har haft möjlighet att påverka utbildningen/ utbildningarna	Instämmer helt	2 %	*	14%
	Instämmer i hög grad	23 %		50%
	Instämmer delvis	45 %		37%
	Instämmer inte alls	30%		
Belastningen i utbildningen/ utbildningarna har varit rimlig	Instämmer helt	34%	*	52%
	Instämmer i hög grad	44%		48%
	Instämmer delvis	18%		
	Instämmer inte alls	1%		
Jag har fått resurser för att klara av det som krävs av mig i utbildningen/ utbildningarna	Instämmer helt	49%		Frågan fanns ej med i brukarenkäten
	Instämmer i hög grad	33%		
	Instämmer delvis	17%		
	Instämmer inte alls	1%		
Jag har via utbildningarna fått redskap som är till hjälp i mitt arbete***	Instämmer helt	29%	*	30%
	Instämmer i hög grad	40%		41%
	Instämmer delvis	30%		30%
	Instämmer inte alls	1%		
Utbildningen/utbildningarna har medfört att min förmåga att reflektera och kritiskt granska har påverkats	Positivt	31%		Frågan fanns ej med i brukarenkäten
	Ganska positivt	52%		
	Inte alls	17%		
	Ganska negativt	1%		
	Negativt	1%		
Utbildningen/utbildningarna har medfört att min förmåga att utföra mitt arbete har påverkats	Positivt	33%	**	Frågan fanns ej med i brukarenkäten
	Ganska positivt	57%		
	Inte alls	11%		
	Ganska negativt	0%		
	Negativt	0%		
<b>Totalt:</b>		<b>176-178</b>		<b>21-27 b</b>
		<b>p</b>		

\* Det går att utläsa skillnader mellan kommunens och landstingets personal. Det är en större andel av kommunens personal som instämmer helt i påståendena. Landstingets personal skattar alternativet instämmer i hög grad mer än instämmer helt.

\*\* Det går att utläsa skillnader mellan kommunens och landstingets personal. Det är en större andel av kommunens personal som skattar positivt (41%) jämfört med landstinget (13%). Hos landstingets personal är det störst andel som skattar "ganska positivt". 24% av landstingets personal anser att deras förmåga att utföra sitt arbete inte alls har påverkats, motsvarande siffra för kommunen är 5%.

\*\*\* Motsvarande fråga i brukarenkäten var formulerad: " Jag har via utbildningen lärt mig sånt som är till hjälp i mitt arbete eller min vardag".

Utbildningarna har påverkar hanterbarheten i arbetet för personal genom att de påverkat förmågan att utföra sitt arbete på ett positivt sätt (anser 90 %), de har fått en positiv utveckling i sin förmåga att reflektera och kritiskt granska (anser 83 %), de har fått redskap som är till hjälp i arbetet (anser 99%). För brukarnas del är det arbetsbelastningen som får mest positiva omdömen i skattningarna av faktorer för hanterbarhet. Alla brukare har i någon utsträckning fått med sig sådant som är till hjälp i deras arbete eller vardag, det varierar endast hur mycket de tycker utbildningen har gett.

## Basutbildningen

Tabell 21: Uppfattning om utbildningen		Andel	Typvärde	Totalt
<b>1. Vilket totalomdöme ger du utbildningen?</b>	<b>1, Mycket dålig</b>	<b>0 %</b>	<b>8</b>	
	<b>2</b>	<b>0 %</b>		
	<b>3</b>	<b>0 %</b>		
	<b>4</b>	<b>0 %</b>		
	<b>5</b>	<b>1 %</b>		
	<b>6</b>	<b>1 %</b>		
	<b>7</b>	<b>12 %</b>		
	<b>8</b>	<b>35 %</b>		
	<b>9</b>	<b>21 %</b>		
	<b>10, Mycket bra</b>	<b>31 %</b>		<b>95 svar</b>
<b>2. Högst värderade programpunkter</b>	1. Neuropsykiatri (75% skattat en 4:a) 2. Hur ska vi förstå och möta den psykotiska patienten? (69% skattat en 4:a) 3. Personlighetsstörningar (63% skattat en 4:a) 4. Erfarenhetsutbyte med övriga deltagare (55% skattat en 4:a)			95 svar
<b>3. Lägst värderade programpunkter</b>	1. Bipolär sjukdom (17% skattat en 1:a) 2. "Det var inte mitt fel" (13% skattat en 1:a) 3. Ätstörningar (11% skattat en 1:a) 4. Hot och våld (9% skattat en 1:a)			95 svar
<b>Totalt har 105 personer gått utbildningen vilket ger svarsfrekvens på: 90%</b>				

Ca. 99 % av de som skattat helhetsomdömet på basutbildningen har gett den mellan 7-10 på en 10 gradig skala. Utvärderingen är gjord så att varje programpunkt har värderats mellan 1-4. De som deltagit har sedan fått möjlighet att kommentera för varje punkt med egna ord. Denna sammanställning ger en bild av de högst värderade samt lägst värderade programpunkterna, för mer ingående svar hänvisas till de ursprungliga data som finns som grund för utvärderingen. Olika programpunkter har haft olika föreläsare. Samma programpunkt har i vissa fall genomförts av olika föreläsare, även om det vanligaste har varit att samma person föreläst i samma ämne i samtliga utbildningsgrupper. Detta resultat ger därför en översiktlig bild men omdömet kan variera mellan olika utbildningsomgångar och föreläsare.

### **Kommentarer/öppna svar angående totalomdömet av utbildningen:**

Överlag beskrivs utbildningen som lärorik och intressant. Det kan illustreras med citatet:  
”Mycket bra utbildning. Väl sammansatt, hög kvalitet på föredragshållarna utan att det blev abstrakt. Bland de bästa kurser jag varit på. Tack!

Det har också upplevts som värdefullt att få träffa personer från andra verksamheter, arbetsplatser och organisationer.

”Kul att träffa andra i samma bransch men som man inte träffar i vanliga fall. Bra att knyta nya kontakter och att få ansikte på dem man pratar med i telefon.”

I kursen har det funnits kunskap att ta till sig både i form av föreläsningar, diskussioner och skrivna dokument och böcker. Det är något som kursdeltagarna uppskattat.

”Jätteintressant att få all kunskap. Livet känns så mycket rikare. Bra med utskrivet material”

Mer kommunperspektiv, mer om bemötande, samt mer koppling till fler kommuners verksamhet är sådana synpunkter/förbättringsområden som nämns.

”Det skulle vara bra med lite förskjutning till Kholm, Flen och Vingåkers perspektiv i förhållande till att ha perspektivet Nyköping. För vi är ändå verksamma här”.

”Jättebra och varierande utbildning. Ger inte full pott pga att jag hade velat ha mer utifrån bemötandeperspektiv”.

Några av deltagarna beskriver att de blivit inspirerade och vill ha mer/en fortsättning på basutbildningen. Kursledaren för hela utbildningen omnämns av flera i positiva ordalag som någon som ger inspiration, kunnig, ha förmågan att ge nya perspektiv och intressanta diskussioner.

### **Programpunkter**

Nedan ges några exempel på kommentarer utifrån de olika programpunkterna som värderats högst respektive lägst av deltagarna. Det kan ge en inblick i vad det var som uppskattades mest och vad som skulle kunna förbättras.

Exempel på kommentarer utifrån de högst värderade programpunkterna:

#### **1. Neuropsykiatri.**

- Intressant att höra en som lever med diagnosen.
- Mycket intressant att få uppleva ADHD och inte bara höra om det.

#### **2. Hur ska vi förstå och möta den psykotiske patienten?**

- Engagerad, förklarade bra.
- Intressant o matnyttigt i dagliga arbetet

#### **3. Personlighetsstörningar**

- Mycket bra – gjorde det lättförståeligt trots att det är ett komplicerat ämne.
- Mycket intressant. Fick nya insikter.

#### **4. Erfarenhetsutbyte med övriga deltagare**

- Mycket bra att få delge varandra från olika arbetsplatser.
- Jättebra med både landsting och kommuner i samma forum.

Exempel på kommentarer utifrån de lägst värderade programpunkterna:

### **1. Bipolär sjukdom**

- Intressant men gjort för den lite högre skolan
- Svårt att hänga med och förstå allt

### **2. "Det var inte mitt fel"**

- Skulle velat höra om hennes historia som den omtalade boken  
(Fanns endast en kommentar)

### **3. Ätstörningar**

- Kanske pratat mer om behandling mot ätstörning
- Väntat mig mera. Bra information men svårt att omsätta i mitt dagliga arbete

### **4. Hot och våld**

- Svårt att orka lyssna på. Mycket statistik
- Hade velat ha praktik också





## Ett självständigt liv

Tabell 22: Uppfattning om ESL utbildningen	Medel	Intervall	Totalt
<b>1. Hur skattar du de två utbildningsdagarna som helhet?</b>	<b>1-10</b> 1=Lägsta värde 10= Högsta värde	<b>8,7</b>	<b>5-10</b>  <b>176 svar</b>
<b>2. Hur skattar du materialet Steg för Steg (manual och handbok)</b>	1-10 1=Lägsta värde 10= Högsta värde	8,8	5-10  <b>176 svar</b>
<b>3. Hur skattar du det 10-sidiga arbetsmaterialet (det "Gröna häftet")?</b>	1-10 1=Lägsta värde 10= Högsta värde	8,8	5-10  <b>176 svar</b>
<b>4. Hur stor nytta tror Du att brukarna kan ha av Steg för Steg?</b>	1-10 1=Lägsta värde 10= Högsta värde	8,4	2-10  <b>176 svar</b>
<b>5. Hur skattar du kursledarens kompetens?</b>	1-10 1=Lägsta värde 10= Högsta värde	9,6	7-10  <b>175 svar</b>
<b>Totalt har 176 personer gått utbildningen vilket ger svarsfrekvens på: 100%</b>			

Kommentarer har kunnat ges till respektive fråga. Här redovisas ett urval av vad kursdeltagarna har tyckt, för att belysa vad skattningen står för. Utvärderingen genomfördes efter två utbildningsdagar. Det ingick och genomfördes också en tredje, uppföljande, utbildningsdag.

### **Kommentarer till fråga 1, utbildningsdagarna som helhet.**

”Mycket lärorikt, nya idéer och tankar att använda i dagligt arbete.

”Mycket givande med att träffa personal från andra verksamheter. Jag har fått en bra information om vad ESL är , och kan arbeta med det sedan.”

”Mastiga dagar, känns som det kanske behövt vara 3 dagar, kändes ibland stressigt för att hinna med”.

### **Kommentarer till fråga 2, materialet Steg för steg för brukare.**

”Lättläst, förståeligt. Bra hjälpmedel. Bra frågemallar, gott underlag att använda”.

”Bra, lätt att använda, man kan välja att plocka ut det som ska användas”

”Lite tungt med så många olika delar. Men lätt att förstå och bra övningar”

### **Kommentarer till fråga 3, arbetsmaterialet för personal.**

”Jättebra enkel överblick över hela ESL innehållets viktigaste delar”.

”Kanonbra. Speciellt den enkla listan över kognitiva funktionshinder”

”Bra material, lätt att förstå och ta till sig och kommer göra det lättare att förklara och förmedla till brukare och arbetskollegor”.

**Kommentarer till fråga 4, nytta för brukarna.**

”Att brukarna kan få ett annat tänk och förståelse om sig själv och egna verktyg att använda i sitt dagliga liv”

”Brukaren blir tagen på allvar, viktig information om personen och dennes önskemål, resurser tas tillvara, hoppfullhet.”

”Kan kanske inte användas på alla brukare men där det kan användas är det en klar 10”

**Kommentarer till fråga 5, kursledarens kompetens.**

”Bjuder på sig själv. Lätt att förstå, levande med exempel, bra varva teori och praktik”

”Hon vet vad hon pratar om, man får kunskapen på ett bra begripligt språk och är underhållande”.

”Kompetent och bra med humorn som instrument”.

”Kunnig och empatisk, har ”brukarsyn”.



## Motiverande samtal

Det var en fråga som innehöll en skattning med siffror, övriga frågor besvarades med ett öppet svar utifrån egna ord från kursdeltagarna. Följande är ett urval av vad som uttryckts, som valts ut för att spegla synpunkter från kursdeltagarna:

<b>Tabell 23: Uppfattning om utbildningen</b>		<b>Andel</b>	<b>Typvärde</b>	<b>Totalt</b>
<b>1. Hur nöjd är du med denna MI workshop?</b>	<b>1= lägsta värde</b>	<b>0 %</b>	<b>5</b>	
	<b>2</b>	<b>0 %</b>		
	<b>3</b>	<b>0 %</b>		
	<b>4</b>	<b>13 %</b>		
	<b>5</b>	<b>53 %</b>		
	<b>6= högsta värde</b>	<b>34 %</b>		

---

**158**

### 1. Varför sätter du just den siffran?

Jättenöjd. Ett fungerande förhållningssätt gentemot patienterna. Bra kursledare som tar konkreta exempel från sin erfarenhet och blandar med teori och praktiska övningar. Lärt mig mycket om mig själv och om ett respektfullt sätt att samtala med mötande, både klienter och övriga.

Sätter den därför att jag tycker det varit en mycket lärorik utbildning. Tycker dock att den varit för kort. Blir mycket att ta in på kort tid, därför satte jag inte en 6:a Helheten. Otroligt kunnig kursledare. Verkliga exempel, kul. Bra varvning mellan teori och praktik. Jättebra helt enkelt!

### 2. Vad har varit mest givande för dig under denna utbildning?

Att få träffa andra från andra verksamheter/grupparbete med träning i samtal (MI). Bekräftelsen att jag arbetat i den andan innan och att jag nu har fler verktyg att använda. Det har gett mig ett verktyg att nå mina brukare på deras villkor. Känns riktigt att arbeta så. MI-tänket!! Hur man använder Börs i samtal. Bra att se film och "se" ett samtal, att höra förändringsprat.

Praktiska övningarna var nyttiga men jobbiga.

### 3. Om du fick föreslå förbättringar i utbildningen, vilka skulle det i så fall vara?

Flera dagar för mer kunskap och träning

Jag vet inte, Tycker det har varit kanon och du är en mycket bra lärare.

Mer konkreta fall med de målgrupper jag arbetar med.

Tydligare instruktioner inför övningarna.

Ytterligare ett uppföljningstillfälle längre fram i tiden.

---

#### **4. Anser du att du kan använda dig av MI som förhållningssätt och arbetsmetod i ditt arbete? På vilket sätt?**

Allt ifrån vardagligt bemötande av klienter i motivationsarbete till strukturerade möten med genomförandeplaner.

Dels att bli bättre på börs och att använda patienten som "expert". Att bli bättre på att bolla tillbaka till patienten. Kommer att använda de olika verktygen.

I verksamheten, mitt i vardagsarbetet och ibland i avskilda samtal.

Ja, man skulle kunna jobba med MI när man skriver genomförandeplan i samtal med brukare.

Ja, som ett sätt att motivera brukarna till förändringar som är nödvändiga.

Ja, tänka på MI i samtalen med brukarna. Strukturera samtalen och skapa samarbete och inte motstånd. Mer uppmärksamma förändringsprat.

Jag tror att jag kommer att använda en del av det vi gått igenom.

Mer som förhållningssätt, förmedla samarbete och autonomi.

---

#### **5. Är du beredd att i nuläget använda dig av MI i ditt arbete? På vilket sätt?**

Ja, jag använder det redan. Kommer träna mer på börs t.ex., även verktygen.

Ja, men efter mycket övning och handledning.

Ja, vi gör det, men har inte vetat att det är just MI, kommer att jobba mera på det.

Jag har redan börjat använda MI och tycker att det har fungerat jättebra. Ska försöka använda mig av verktygen nu med, vet redan flera det skulle fungera på.

Nej, behöver träna med arbetskamrater mer först.

Ja, så fort fler i arbetsgruppen gått utbildningen.

---

#### **6. På vilket sätt fick du information om denna workshop?**

**(Svar på denna fråga redovisas ej, bedöms ej som relevant för projektets utvärdering)**

---

#### **7. Övriga kommentarer**

Tack för en bra kurs! Den har varit strukturerad och innehållsrik.

Väldigt bra humanistiskt tänk över att nå fram och kunna förstå och hjälpa människor på. En bra lärare hade vi dessutom.

Önskar att alla i min personalgrupp skulle få möjlighet att gå kursen.

Väldigt bra kursledare!

Mycket bra, intressant och lärorikt. Kommer verkligen att ta med mig detta i mitt arbete!!

Tack Carina.

Som ni redan fått påpekat har kurserna avlöst varandra vilket lett till att vi i vår grupp diskuterat vilken metod som är bäst istället för att använda det.

Bra att få öva och träffa människor från andra verksamheter!

Har varit på en mängd arbetsrelaterade kurser/workshops o de här dagarna har varit "outstanding". Din metod hur allt är presenterat så effektiv, är oslagbar!

Den mest givande utbildningen jag varit på under mina 5 år inom psykiatri som går att applicera i praktiken.

---

**Totalt har 215 personer gått utbildningen vilket ger svarsfrekvens på: 74 %**

---

## Bemötande

Det fanns tre frågor med skattning och fyra frågor med öppna svar där kursdeltagarna fick beskriva sina synpunkter med egna ord. Nedan finns en sammanställning där några av de saker som uttryckts kommit fram, som speglar variationen/olikheterna i svaren eller likheterna.

<b>Tabell 24: Uppfattning om utbildningen</b>		<b>Andel</b>	<b>Median</b>	<b>Typvärde</b>	<b>Totalt</b>
<b>1. Vad är ditt helhetsintryck av utbildningen?</b>	<b>1, Dåligt</b>	<b>0 %</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	
	<b>2, Halvbra</b>	<b>3 %</b>			
	<b>3, Godkänt</b>	<b>14 %</b>			
	<b>4, Mycket bra</b>	<b>61 %</b>			
	<b>5, Utmärkt</b>	<b>21 %</b>			
					<b>119 svar</b>
<b>2. I vilken utsträckning har utbildningen gett dig nya insikter om bemötande?</b>	1, Dåligt	0 %	4	3	
	2, Halvbra	9 %			
	3, Godkänt	39 %			
	4, Mycket bra	36 %			
	5, Utmärkt	16 %			
					<b>119 svar</b>
<b>3. Vad är ditt intryck av kursledarnas förmåga att ge kunskap/insikt och inspiration i ämnet bemötande</b>	1, Dåligt	0 %	4	5	
	2, Halvbra	3 %			
	3, Godkänt	12 %			
	4, Mycket bra	50 %			
	5, Utmärkt	35 %			
					<b>119 svar</b>
<b>Totalt har 127 personer gått utbildningen vilket ger svarsfrekvens på: 94 %</b>					
<b>Frågor med öppna svar:</b>					

### 4. Vad var det bästa på kursen?

Det var kursledarens berättelse som var mycket gripande, men som gav hopp att brukare/patienter kan bli friska och leva ett normalt liv efter svår psykisk sjukdom. Det inspirerar mig mycket att arbeta med det jag gör idag.

Mycket, mycket bra med föreläsare som har egen erfarenhet av att vara patient och i behov av vården inom psykiatri.

Reflektion, höra berättelse från brukare, bra diskussioner.

Berättelse ur livet.

Att möta olika yrkeskategorier och dela erfarenheter. Att lyssna på en person med egen erfarenhet av att vara patient.

Mycket diskussioner och rollspel, mycket bra sätt att sätta sig in i andras situationer.

Heta stolen fick man reflektera över bemötande. Olika erfarenheter.

---

### **5. Var det något du skulle vilja ta bort, förändra eller lägga till?**

Tycker det var mycket bra.

Rollspelet, fast diskussionerna var bra. Mer teoretiskt angående bemötande, lite mer vetenskapligt.

Skulle vilja att kursen var ytterligare en till två dagar. Det finns mer att diskutera.

Mer av patienternas egna berättelser och hur de upplevde vården och vad de önskar att vården ska bli bättre på.

Höra mer av kursledarnas åsikter om bemötande utifrån deras erfarenhet.

Ett annat upplägg, ta bort rollspel och heta stolen.

Bra som det var, gärna fler utbildningar.

Forumspel

---

### **6. Hur har utbildningen gett dig förutsättningar för att tillämpa kunskaperna i ditt arbete?**

Fått nya idéer och mer kunskap.

Ja, vara mer lyhörd och ödmjuk.

Att hela tiden få reflektera över hur jag bemöter människor.

Att våga ge arbetskamrater feedback i situationer där jag inte tycker att de har ett bra bemötande och förhoppningsvis gör de detsamma mot mig.

Inget nytt, men ändå positivt.

En tankeställare. Nytank.

Det har varit en påminnelse om hur mycket bemötande betyder i jobbet.

Jag önskar att min arbetsgrupp kan lyfta fram dessa frågor mer på min arbetsplats.

Ännu mer. Tänka på hur jag bemöter varje patient även om jag tycker att jag idag gör det bra, så kan det ALLTID bli bättre.

---

### **7. Tror du att utbildningen har bidragit till något brukarna/klienterna/patienterna kommer att ha nytta av? I så fall på vilket sätt?**

Att jag som personal kommer försöka bli ännu bättre att bemöta, bidrar till att brukarna får bra stöd.

Att man diskuterar och pratar med varandra i arbetsgruppen, när det blir fel.

Att det finns hopp på en jobbig diagnos. Att det går att leva ganska normalt.

Att personalen inom vården tänker mer på sina värderingar och hur vi bemöter.

Ja, mer förståelse för brukaren.

Jag tror att det är bra med nya erfarenheter. Kanske att brukare kunde få vara med på den här utbildningen.

Nej, det skulle vara mer möjligt om bemötandefrågor var återkommande på schemat.

Tror vi blir mer medvetna om hur vi är, pratar, m.m.

Ökad insikt och bättre bemötande hos personal bidrar till en nytta hos brukaren.

---

---

## 8. Övriga synpunkter

All sjukvårdspersonal, chefer borde gå den här utbildningen.

Bra och intressanta kursledare, kunniga och erfarna. Bra med lite skratt.

Det är alltid bra med utbildning, speciellt att människor med egna erfarenheter kan vara med som föreläsare.

Mycket bra utbildning. Bra med brukarupplevelser.

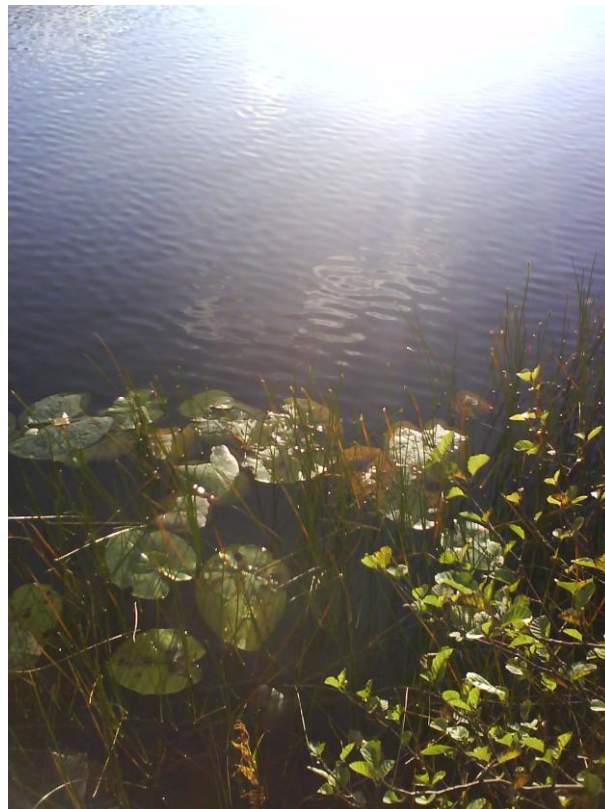
Tack för att du delade med dig av din historia XX, fantastisk återhämtning. Kram/XX

Läskigt med rollspel, men nöjd med att ha gjort det!

Mer "djupare" nivå om hur vi ska jobba med "sjuka" människor (kunskap).

Bra med lite påfyllning, viktigt att få gå utbildningar för att kunna utvecklas i sin yrkesroll.

---



## Empowerment och brukarinflytande

Det fanns tre frågor med skattning och fyra frågor med öppna svar där kursdeltagarna fick beskriva sina synpunkter med egna ord. Nedan finns en sammanställning där några av de saker som uttryckts kommit fram, som speglar variationen/olikheterna i svaren eller likheterna.

Tabell 25: Uppfattning om utbildningen		Andel	Median	Typvärde	Totalt
<b>1. Vad är ditt helhetsintryck av utbildningen?</b>	<b>1, Dåligt</b>	<b>0 %</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>47 svar</b>
	<b>2, Halvbra</b>	<b>0 %</b>			
	<b>3, Godkänt</b>	<b>11 %</b>			
	<b>4, Mycket bra</b>	<b>55 %</b>			
	<b>5, Utmärkt</b>	<b>34 %</b>			
<hr/>					
<b>2. I vilken utsträckning har utbildningen gett dig nya insikter om empowerment och brukarinflytande?</b>	1, Dåligt	0 %	4	4	<b>47 svar</b>
	2, Halvbra	2 %			
	3, Godkänt	17 %			
	4, Mycket bra	49 %			
	5, Utmärkt	32 %			
<hr/>					
<b>3. Vad är ditt intryck av kursledarnas förmåga att ge kunskap/insikt och inspiration i ämnet empowerment och brukarinflytande?</b>	1, Dåligt	0 %	4	5	<b>47 svar</b>
	2, Halvbra	0 %			
	3, Godkänt	6 %			
	4, Mycket bra	45 %			
	5, Utmärkt	49 %			
<hr/>					
<b>Totalt har 58 personer gått utbildningen vilket ger svarsfrekvens på: 81 %</b>					

### Frågor med öppna svar:

#### 4. Vad var det bästa på kursen?

Kursledarnas egna erfarenheter. Mycket bra diskussioner./ Personliga erfarenheter/berättelser. /Brukarerfarenhet, mycket intressant att få höra på.

Kursledarnas engagemang och intresseskapande. De praktiska övningarna. "Heta stolen" fick en att ta ställning och tänka till.

Övningarna var väldigt givande och fick igång intressanta diskussioner.

Upplägget, blandningen av att lyssna och vara engagerad och diskutera.

Blandningen av teori och praktik. Att föreläsarna har egen erfarenhet. Att få träffa så många nya människor.

Deltagare från olika områden med varierande erfarenhet. Att vi inte bara var passiva lyssnare utan engagerades i frågorna.



---

### **5. Var det något du skulle vilja ta bort, förändra eller lägga till?**

Inte något jag kan komma på i nuläget.

Önskemål om att hela arbetsgruppen skulle få ta del av tankar/visioner/önskemål/svårigheter. Ta inte bort något!

Kanske något mindre övningar. Lite mer konkreta exempel på empowerment lokalt.

Skulle vilja att hela personalgruppen fick gå samtidigt.

Nå ut till fler personal och även boende/brukare

---

### **6. Hur har utbildningen gett dig förutsättningar för att tillämpa kunskaperna i ditt arbete?**

Att tänka ännu mer ur brukarperspektiv. Dela med mig till övrig personal.

Bra med konkreta idéer/metoder att arbeta med värderingsfrågor.

Jag tar med mig de praktiska övningarna till personal och brukare och ska fortsätta med att skapa intresse kring det.

Jag kan idag se andra metoder att prova att arbeta med.

Kunna se möjligheterna- hur vi kan börja arbeta med ökat brukarinflytande.

Nya tankar och andras berättelser har förhoppningsvis gett mig nya idéer och ett nytt sätt att tänka.

Kommer tänka mycket mer på vilken inverkan jag har i maktsituationer. Har fått många idéer om hur vi kan utveckla hela personalgruppen i Empowerment.

Nya tankar, större medvetenhet

---

### **7. Tror du att utbildningen har bidragit till något brukarna/klienterna/patienterna kommer att ha nytta av? I så fall på vilket sätt?**

Ja, att brukarna hela tiden ska vara delaktiga.

Ja, genom ett förbättrat gemensamt synsätt på frågor gällande inflytande.

Ja, inspiration att fortsätta med brukarinflytande. Ja, om det blir så att jag kan få med mig hela eller större delar av arbetsgruppen i detta "tänk", få tid att diskutera så att vi tillsammans kan utveckla, vilket skulle leda till bl.a. större brukarinflytande/brukaranpassning osv.

Vikten av brukarinflytande.

Ja, idéer, utbyte av erfarenheter med andra deltagare i kursen.

Tänka på att lyfta över "makten" till klienterna ännu mer

---

### **8. Övriga synpunkter**

Tack för superintressant, inspirerande och givande utbildning! Mycket intressant att ni ville dela med er av era upplevelser, det visar på att det går att göra livet bra igen. (Bra för brukare att se, ger hopp).

Jag är nöjd det tar väl några dagar att smälta. Kanon utbildare!

Mer konkreta förslag på vilka områden det är möjligt med ökat brukarinflytande. Vi behöver höra av brukare där det fungerar.

## Återhämtning

Tabell 26: Uppfattning om utbildningen		Andel	Median	Typvärde	Totalt
1. Vad är ditt helhetsintryck av utbildningen?	1, Dåligt	0 %	4	4	42 svar
	2, Halvbra	0 %			
	3, Godkänt	24 %			
	4, Mycket bra	67 %			
	5, Utmärkt	9 %			
2. I vilken utsträckning har utbildningen gett dig nya insikter om återhämtning?	1, Dåligt	0 %	4	4	25 svar*
	2, Halvbra	0 %			
	3, Godkänt	28 %			
	4, Mycket bra	52 %			
	5, Utmärkt	20 %			
3. Vad är ditt intryck av kursledarnas förmåga att ge kunskap/insikt och inspiration i ämnet återhämtning?	1, Dåligt	0 %	4	4	25 svar*
	2, Halvbra	2 %			
	3, Godkänt	12 %			
	4, Mycket bra	60 %			
	5, Utmärkt	24 %			

**Totalt har 62 personer närvarat på utbildningen vilket ger en svarsfrekvens på 67% (undantag fråga 2 och 3)**

\* Vid det andra utbildningstillfället fanns inte fråga 2 och 3 med på utvärderingsformuläret. Därav är inte alla som deltog i utbildningen representerade i det resultatet.

### Frågor med öppna svar:

#### 4. Vad var det bästa på kursen?

Allt som berättas från "riktiga livet". Egna upplevelser.

Att kursledarna hade egna erfarenheter.

Bra med gruppövningar och gemensamma reflektioner.

Personliga berättelser varvat med forskningsbaserad kunskap.

De punkter som xx tog upp som hjälpte i återhämtningsprocessen. Vad begreppet kan innebära och diskutera om det.

Delade erfarenheter.

---

### **5. Var det något du skulle vilja ta bort, förändra eller lägga till?**

Skulle behöva mer tid, blev för intensivt. Hade velat hört mer från verkliga händelser.  
Behöver mer tid, blev komprimerat, ville ha mer, hinna tänka efter och kunna återkomma.  
Lägre takt, mer tid för diskussion.  
Tvådagarskurs istället.  
Ta bort dessa "lekar"  
Nej, allt var jättebra.

---

### **6. Hur har utbildningen gett dig förutsättningar för att tillämpa kunskaperna i ditt arbete?**

Att jag insåg att så många faktiskt återhämtar sig från psykisk ohälsa.  
Bär alltid med mig personliga berättelser. Ökad kunskap om återhämtningsbegreppet.  
Fått nytänkande vad gäller återhämtning, som vi annars aldrig pratar om.  
Kanske. Det mesta känns igen, men utbildningen sätter ord på det man gör.  
Ja, sprida information vidare till chefer och arbetskamrater.  
Fick många aha-upplevelser. Kommer nog plocka en hel del russin från kakaen.  
Ja, absolut. Det kommer jag att arbeta mer med nu. Känner mig mer inspirerad.  
Ja, i personliga direktkontakter med olika individer.

---

### **7. Tror du att utbildningen har bidragit till något brukarna/klienterna/patienterna kommer att ha nytta av? I så fall på vilket sätt?**

Ha med mig tron på återhämtning i större utsträckning i mitt möte med brukare. Se möjligheter och inte diagnos.  
Ja. Stärker personalens positiva syn på plats. Chanser till ett bra liv. Sprida att sprida hopp.  
Liknande synsätt kommun/landsting, mer förståelse.  
Att det finns mer möjlighet än vad jag tidigare trott.

---

### **8. Övriga synpunkter**

Bra föreläsare/kursledare med inspiration och humor/glädje. Alltid kul att få träffa andra som arbetar i olika verksamheter och får ansikten på dem.  
Allt var bara bra. Tack för en fantastisk dag.  
Ni är jättebra. Fortsätt erat viktiga arbete med att få oss "personal" att tänka efter !! Tack!!  
Tack för delvis nya kunskaper som ger mig förståelse i det jag möts av i mitt arbete.

---

Det vanligaste värdet som angavs, dvs. typvärdet, var 4. Det innebär att en majoritet av de som deltog i utbildningen ansåg att den var mycket bra utifrån faktorerna hur den var som helhet, i vilken utsträckning den gav nya insikter om återhämtning och kursledarnas förmåga. På ett väldigt tydligt sätt framgick det av de öppna svaren att det som var det bästa på kursen var att få lyssna på egna upplevelser av återhämtning.

## Brukarutbildningen

Resultatet från brukarutbildningen har framförallt undersökts genom att via en enkät ställa frågor om meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i utbildningen. Se därför resultat ovan, under de rubrikerna.

Förutom att skatta de faktorerna, fick brukarna också en möjlighet att skriva egna kommentarer samt utvärdera utbildningen muntligt under utbildningens gång. Här är en kommentar:

*”Utbildningen har varit bra, och man har träffat nya vänner, som är mycket trevliga”*

Kombinationen av att utbildningen har varit givande och också gett möjlighet till positiva sociala kontakter beskrivs i flera svar. Någon tycker att den kunde pågått längre, någon hoppas på en fortsättningskurs. Precis som det framgår i faktorerna som rör hanterbarhet så anger brukarna i de öppna svarsalternativen att utbildningen har varit strukturerad och lätt att förstå. Kursledarna har upplevts bra, både utifrån sitt bemötande och sin undervisning. Finns en önskan om en bättre faktadel i utbildningen men pedagogiken har engagerat. Den farhåga som finns är kring vad utbildningen ska leda till. Det uttrycks på följande sätt:

*”Hur ser fortsättningen ut. Förening, kooperativ, fontänhus eller brukarråd”*

*”Får inte brukarna något värdigt inflytande kommer det att bli ett stort misslyckande. ”*

## Implementering

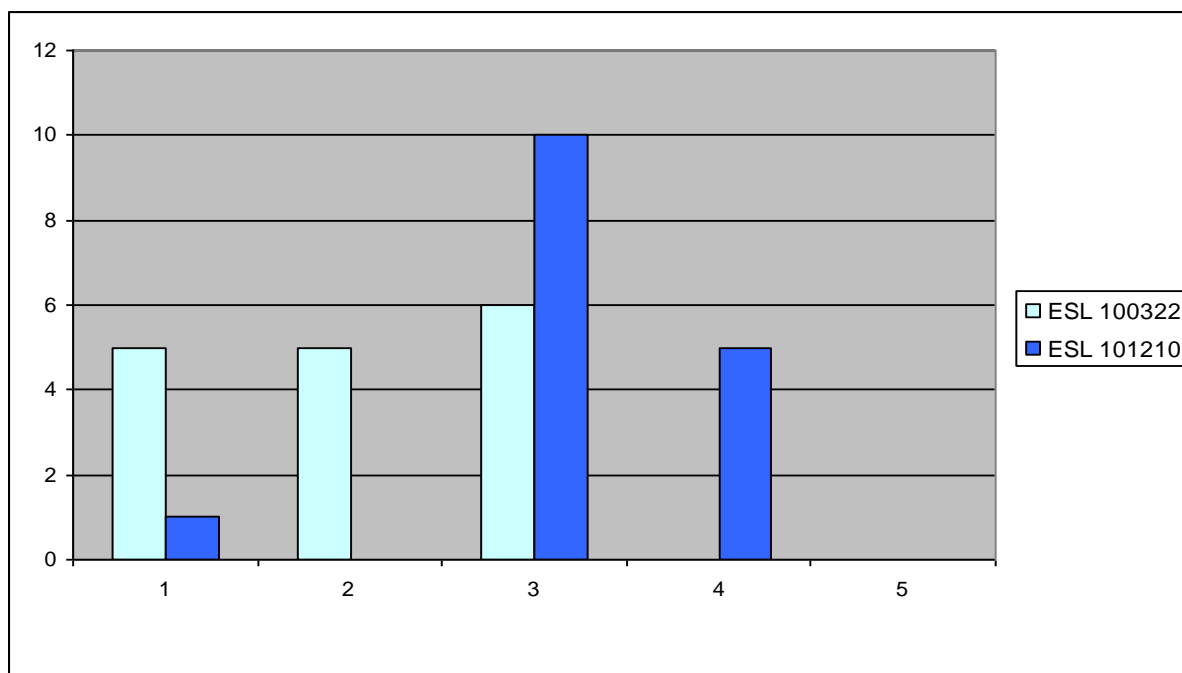
I Näckrosprojektet har några aktiviteter genomförts för att stödja implementeringsprocessen ute i verksamheterna. Huvudansvaret för att implementera de nya metoderna har funnits i verksamheterna, dock har det varit viktigt att inom projektet stödja den processen. Exempel på aktiviteter som syftat till att stödja införandet av nya metoder i enlighet med den kunskap som utbildningarna i projektet har tillhandahållit har varit utbildning för chefer, reflektion och diskussion för chefer kring hur långt de har kommit i införandet av nya metoder och delgivande av erfarenhet kring vad som varit framgångsrikt i det arbetet, handledning, information till arbetsgrupper, utbildning av nyckelpersoner och miniprojekt (se nedan för mer information om projektets olika aktiviteter).

Cheferna fick ge sin bild av hur långt implementeringen kommit i det dagliga arbetet.

De två utbildningar som hade en tydlig metod att använda var de som var utgångspunkt för mätningen, dvs. ESL och MI. Här är en beskrivning av de svar som cheferna vid två seminarier med en tids mellanrum utifrån sitt svar på frågan ”Hur långt har ni kommit i att tillämpa kunskaper i ESL/MI”. De olika färgerna visar resultaten vid det första samt uppföljande seminariet som genomfördes 9 månader senare. Följande skala användes för skattningen:

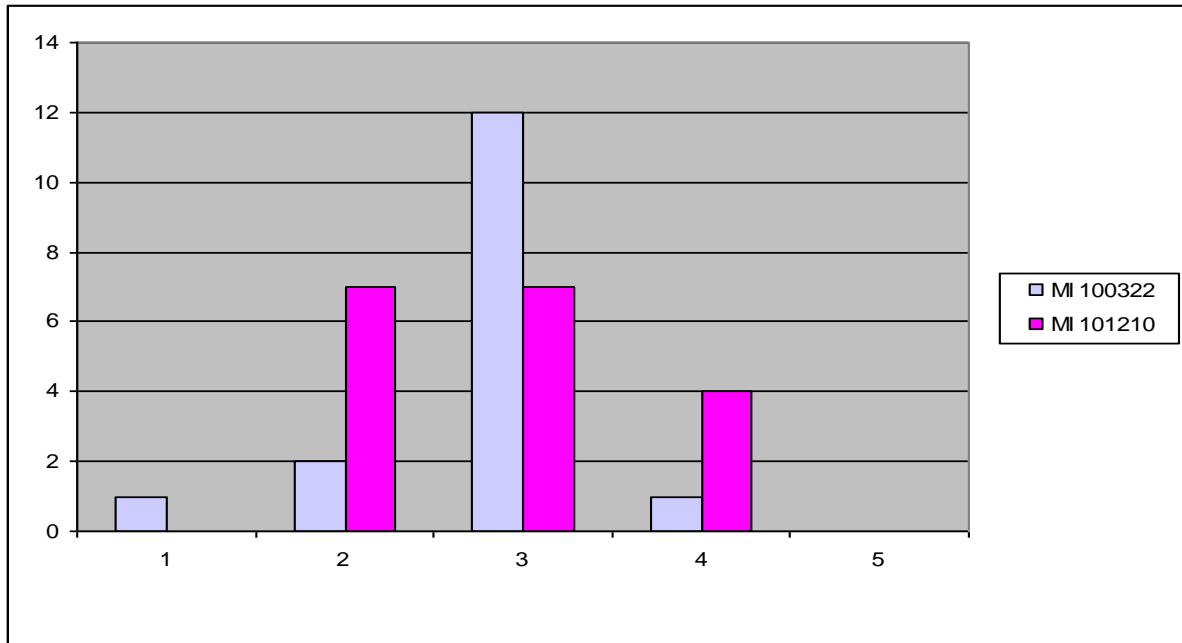
1	Vi har inte kommit igång alls på min enhet/er.
2	Några har gått utbildning, men ingen har provat använda kunskaperna.
3	De nya arbetsmetoderna har testats och vi har kunnat se vissa förbättringar.
4	Vi har kunnat se påtagliga förbättringar och personalen använder sig av kunskaperna i sitt dagliga arbete
5	Vi gör ett samlat förbättringsarbete på enheten kring MI och ESL vilket har lett till långsiktiga positiva effekter och goda resultat.

### ESL



Figur 3

## MI



Figur 4

Tendensen som kan skönjas är att man vid andra mättillfället hade kommit längre i att använda sig av kunskaperna i verksamheterna. Av ca 30 chefer var det ca 18 som svarade på denna fråga. Det är en positiv tendens som visar sig. Dock är det endast 4 arbetsplatser (MI) respektive 5 (ESL) som vid mättillfälle 2 anger att personalen använder sig av kunskaperna i sitt dagliga arbete. Det är inte någon av arbetsplatserna som anger att de genomfört ett samlat förbättringsarbete kring metoderna. Eftersom arbetsplatsen/chefen och organisationen inte genomfört några samlade aktiviteter för att införa de nya metoderna kan det vara så att en större del av det ansvaret hamnat på enskilda personer i personalen. Viktigt att notera är att chefer under genomförandet av projektet signalerat att förutsättningarna i verksamheterna inte är optimala för att utbilda sig och börja använda nya arbetsmetoder, pga. Tid och resursbrist. De har upplevt en frustration i att det har varit många utbildningar, samtidigt, och att de inte haft tid och t.ex. vikarier för att kunna använda utbildningsplatserna till fullo.

## Förutsättningar för implementering av den nya kunskapen

Tabell 27: Förutsättningar för implementering		Kommun	Landsting	Totalt
Arbetsgivaren har gett mig resurser att tillämpa mina nya kunskaper i mitt arbete	Instämmer helt	20%	4%	15%
	Instämmer i hög grad	39%	28%	35%
	Instämmer delvis	33%	56%	41%
	Instämmer inte alls	8%	13%	10%
Arbetsgivaren har gett mig förutsättningar för att delge mina arbetskamrater nya kunskaper	Instämmer helt	22%	4%	16%
	Instämmer i hög grad	30%	22%	28%
	Instämmer delvis	41%	59%	47%
	Instämmer inte alls	7%	15%	9%
Arbetsgivaren har gett oss på arbetsplatsen resurser att tillämpa nya kunskaper från kollegor som gått utbildning/utbildningar i projektet	Instämmer helt	15%	0%	10%
	Instämmer i hög grad	27%	12%	22%
	Instämmer delvis	38%	73%	49%
	Instämmer inte alls	20%	16%	19%
Jag har personligen tagit initiativ till att använda mig av de nya kunskaperna i mitt arbete	Instämmer helt	<b>Vet ej</b>	<b>Vet ej</b>	17%
	Instämmer i hög grad			34%
	Instämmer delvis			45%
	Instämmer inte alls			3%
<b>Totalt:</b>				<b>165-171</b>

Kommunens personal verkar ha upplevt mer stöd av sin arbetsgivare i samtliga delar av implementeringen. Både vad gäller att använda kunskaperna i det egna arbetet och att ta del av kollegors kunskaper som deltagit i någon av projektets utbildningar. Positivt är att det är ca 86 % som i någon mån tagit initiativ till att använda de nya kunskaperna i sitt arbete.

## Diskussion

Satsningen i detta projekt innehåller en förhoppning om att personalens förhållningssätt och bemötande kommer att förändras. Bland annat så att det går mer i linje med ökat brukarinflytande, empowerment, att ta tillvara på personens egna resurser och lösningar. Eftersom det är ett relativt nytt sätt att betrakta personer med psykisk sjukdom/funktionshinder på, jämfört med historians betraktelse om paternalism och att det är ett sjukdomstillstånd som ska behandlas med kollektiva metoder och vårdformer- så kan man kalla det ett nytt kunskapsområde för personalen. Nya kunskaper är svårare att ta till sig, om man inte har en tankemodell eller förståelse för den sedan innan. Därmed kan man kanske vänta sig att lärandet i denna relativt nya inriktning tar längre tid och är svårare än om man skulle bygga på tidigare konstaterade sanningar. Det är svårare att se effekter och reflektera kring det som händer och ta till sig nya erfarenheter. Fortsatt utbildning för att ge mentala modeller/kunskapsbas om t.ex. brukarinflytande och empowerment behövs därmed, likaså handledning som fortsätter över tid. En tanke är också att det kan gå lång tid från det att en personal ändrar sitt bemötande tills att effekten märks i brukarens liv och mående, eftersom det är många faktorer som samspelar i vård och omsorg om människor och också andra delar av deras liv spelar stor roll. Det är därmed inte helt enkelt att lära sig och ta till sig erfarenheter av nya perspektiv och förhållningssätt.

### **Metoddiskussion**

Statistiken som presenteras i denna rapport förväntas ge en bild över viktiga aspekter som berör målsättningen med projektet. Det går att säga något om förändringar, skillnader, skeenden, och vad som påverkat det i högre eller mindre grad. Däremot går det inte att säga att vi fångat hela bilden av det som sker. Det har funnits komplexa samband med mekanismer både inom projektet, i respektive organisation, hos respektive medarbetare och brukare/patient, i omvärlden, som samspelat. Vi kan därför endast göra anspråk på att förklara en liten del av det som skett (26).

En kritik mot användningen av mål- resultat modellen är att eventuella bieffekter inte märks i resultatbeskrivningen av projektet (27). Bieffekter kan inte förutses och behöver därför utvärderas på ett annat sätt. Bieffektsmodellen liknar mål- resultatmodellen på det sättet att den fångar bieffekter, men bara de bieffekter som är relaterade till målsättningen. Dvs. sidoeffekter till de huvudeffekter som projektet/aktiviteten avser att påverka. Att fånga upp bieffekter anses vara underskattat i utvärderingsarbetet (27). Med anledning av det var frågan om bieffekter något som aktualiserades av utvärderaren vid presentation av utvärderingsrapporten på ett seminarium som hölls för uppdragsgivaren. Vid det mötet deltog representanter för de två samverkansgrupperna AVP (Arbetsgrupp västra psykiatri), ASP (Arbetsgrupp södra psykiatri) samt projektets ledningsgrupp. De som deltog vid mötet fick möjlighet att ange vad de ansåg att projektet hade gett – positiva eller negativa effekter – vid inledningen av seminariet. Detta kan vara exempel på bieffekter som projektet lett till. De hade också en del tankar om innebörden av resultatet som visat sig i utvärderingen samt tolkningar av det (bilaga 4).



## **Bortfallets betydelse i resultatet**

De som besvarade den uppföljande enkäten hade små avvikelser jämfört med första gruppen, utifrån hur den såg ut som helhet i bakgrundsfaktorer som ålder, kön, utbildning, organisationstillhörighet m.m. Det var endast utbildningsbakgrund som skiljde sig nämnvärt. Enligt forskning som granskats inför denna rapport finns det tecken på att erfarenhet och utbildningsnivå kan ha betydelse för i vilken utsträckning attityder kan påverkas med hjälp av en utbildningsinsats. Det kan därmed vara så att en del eller hela förklaringen till skillnader mellan resultatet vid det första och andra enkättillfället för den övergripande enkäten består i skillnader i utbildning. Något som talar emot det är att det inte var fler som hade en högre utbildning motsvarande högskoleutbildning vid uppföljningen, det var i jämförelse mellan grundskole, övrig samt gymnasieutbildning som skillnaderna låg.

Det kan delvis vara andra personer som svarat på enkäten vid uppföljningen jämfört med inledningsvis i projektet vilket kan ha påverkat resultatet. Jämförelsen av bakgrundsfaktorer påvisar dock flertalet likheter mellan grupperna i sådana fall.

För brukarnas del kan variation av bakgrundsfaktorer mellan de som svarat den inledande och uppföljande enkäten spela viss roll i tolkningen av resultatet. Eftersom det är få svarande så kan det få en stor inverkan på resultatet om gruppen svarande skiljer sig före och efter. Det är fortfarande samma personer som svarat på enkäten, men bortfallet påverkade gruppens sammansättning. Å andra sidan är styrkan i materialet som beskriver brukarnas bild att få en annan syn på det som sker, utifrån deras perspektiv. Det går inte att säga säkert om de svarandes bild är representativt för alla brukare, eller om det är denna grupps åsikt. Deras perspektiv är värdefullt även om antalet svarande är begränsat.

## **Utvärderarens betydelse**

Som nämndes i inledningen fanns det hos utvärderaren redan innan utvärderingen genomfördes ett ställningstagande för brukarinflyandets värdefulla bidrag till den psykiatriska vård och omsorgen. Det kan påverka rapporten på det sättet att den frågan får ett särskilt fokus. Vilket stämmer överens med intentionerna i projektet. Andra antaganden hos utvärderaren var:

Brukares röst behöver stärkas för att den ska kunna påverka den psykiatriska vård och omsorgens utformning

Personal och brukare kan se olika på samma situation, för brukaren är det det egna livet som påverkas medan det för personal handlar om att utföra arbetsuppgifter.

Både personals och brukares upplevelser är viktiga för att värdera måluppfyllelsen

Förutsättningar på arbetsplatsen som den anställda verkar under påverkar

kompetenssatsningens genomslag i det praktiska vardagsarbetet

Detta har påverkat utvärderingens genomförande på följande sätt. Brukare har tillfrågats i enkäter motsvarande de som ges till personal och resultatet har analyserats och blivit en viktig del i rapporten, även om de är färre antal personer. Det har varit viktigt att göra deras röst hörd. Det finns också en beredskap för att komplettera resultatet med intervjuer i grupp för brukare om det skulle finnas behov av det för att fördjupa kunskapen i någon fråga.

Både personal och brukare får uttrycka i vilken grad projektet uppnått målsättningen, via de enkäter som delas ut.

Förutsättningarna som personalen fått på arbetsplatsen för att börja använda den nya kunskapen ansågs viktig och därmed fanns det med frågor som berörde det i deras enkät.

Detta togs med även om det inte tillhörde projektets målsättning att undersöka förhållanden på arbetsplatsen för personalen. Det kan i sig vara en viktig kunskap att få för att kunna avgöra om projektet i sig bidragit till det resultat som visat sig.

Utvärderaren har kontinuerligt rapporterat om resultat för att möjliggöra kontinuerliga förbättringar i projektets genomförande. Ett sådant exempel är att synpunkter på respektive utbildning (enkät 2) används för att ge feedback till utbildningsanordnaren och gemensamt formulera önskade förändringar i utbildningen, så den bättre anpassas till projektets mål. Ett annat exempel är att svar på frågan om hur personal betraktar brukaren (enkät 1) används som argument för att värdera betydelsen av utbildning i bemötande i personalgrupper där det anses vara mindre viktigt.

Utmaningar med att ha en intern utvärderare är att det kan finnas risk för att fokusera på att lyfta fram bra resultat och tona ner det som misslyckats. En annan risk är att utvärderaren uppfattas som illojal, eller som en provokatör, om resultatet pekar på oönskade och känsliga sanningar som verksamheten och dess företrädare inte vill kännas vid.

För att så långt som möjligt undvika ovanstående fallgropar genomfördes utvärderingen med extern handledning i alla moment. Både utformning av frågor, utvärderingens metod och sammanställning av resultat har genomförts under handledning. Det har varit mycket viktigt att det resultat som presenteras stämmer med det som samlats in.

Utvärderaren var intern men samtidigt neutral emellan de olika intressenterna. Eftersom arbetet och utvärderingen genomförts i projektform fanns det inte några nära kopplingar eller lojaliteter gentemot någon särskild av kommunerna, verksamheterna eller arbetsgrupper/ledare.

Projektets målsättning var en gemensam kunskapsbas, ökad samsyn och förståelse för varandra, ökad samsyn och förhållningssätt kring bemötande samt ökat brukarinflytande. Har vi uppnått det vi tänkte och har utbildningarna bidragit till det?

## **Resultatdiskussion**

### **Övergripande resultat**

Tidigare utvärderingar av statliga kompetensutvecklingsåtgärder har visat på att det spelar stor roll för resultatet när i tid utvärderingen görs. Näckrosprojektets utvärdering bör därför tolkas in i ett större sammanhang och ses som en del av en mer långsiktig åtgärd. Resultatet bör utläsas med det i åtanke att det tar tid att genomföra förändringar i de målsättningar projektet har. Samt att resultatet kan bli mer synligt över tid. Denna inledande utvärdering bör därför följas upp efter 3, 5 och 10 år för att kunna ge ett rättvist resultat på vad åtgärden har bidragit med till brukarnas insatser och vardagsliv.

Tidigare forskning har visat att utbildningar kan ha påverkan på personalens attityder, men att även andra faktorer spelar roll såsom erfarenhet, utbildning och kön. Därför behöver utbildning inte vara det enda sättet att arbeta med personalens attityder. Rekrytering t.ex. kan spela roll om man där tar hänsyn till sådana faktorer som ovan och t.ex. strävar emot att ha en hög utbildning bland personal. Det har i denna utvärdering visat sig att hög utbildning verkar ha betydelse, men inte alltid avgörande om den har en psykiatrisk inriktning eller ej. Lite överraskande är att den personal som hade mest positiv bild av brukare/patienter var de som hade en högskoleutbildning utan psykiatrisk inriktning. Det kan finnas anledning att fundera över i vilken utsträckning psykiatriskt inriktade högskoleutbildningar idag tar ansvar för vilken bild man förmedlar av brukare/patienter. Framställs de som kompetenta personer som bör vara delaktiga i sin egen vård och behandling, eller som individer med olika sjukdomstillstånd som ska botas? Eller har det att göra med att denna personal i hög utsträckning arbetade inom brukarorganisationer? Om så är fallet så borde det vara så att de redan innan anställningen hade en mer positiv av brukare, i och med att det är ett viktigt ställningstagande för brukarorganisationerna samt att brukare i vissa fall har inflytande över anställningsprocessen där.

Brukarnas uppfattning om i vilken grad man upplever att personal och verksamheter lever upp till de faktorer som projektet berör, verkar vara genomgående sämre i jämförelse med personal. Ska det vara så? Är det ett tecken på att man som organisationer och personal inte har uppfattat hur brukarna anser att t.ex. ett ökat brukarinflytande bör se ut. Resultatet blir då att personalens bild förbättras medan brukarnas bild inte gör det. Det verkar också finnas en mer försiktig inställning hos personal att använda de yttre svarsalternativen jämfört med brukarna.

### **Gemensam kunskapsbas**

Det går att säga att personal inom kommuner och landsting har en mer gemensam kunskapsbas nu jämfört med när projektet startade. Skälet är att det varit personal från båda organisationerna som deltagit i samma utbildningsgrupper under projektiden. De har då fått möjlighet att få samma kunskaper oavsett organisatoriskt tillhörighet. Många av personalen som deltagit har i öppna svar beskrivit det som värdefullt att få utbyta tankar och erfarenheter med personal som arbetar i andra verksamheter. Det finns dock mer att göra för att uppnå en gemensam kunskapsbas. Bland annat har landstingets personal högskoleutbildning jämfört med kommunens personal. Utbildning är en faktor som kan inverka på flera andra delar som undersökts i projektet. Det är därmed ett viktigt mål att ha kvar. Det är fler kommunanställda jämfört med landstingsanställda som gått utbildningar inom projektet.

Det skulle vara intressant att också jämföra hur stor andel av all personal som gått utbildningar inom projektet från respektive huvudman, för att justera för eventuella olikheter i antal personal som finns inom respektive organisation.

## **Ökad samsyn och förståelse för varandra**

När frågan om samverkan ställs innan respektive efter projektets genomförande visar det sig att det inte förekommer en ökad samverkan. Det finns troligtvis fler faktorer som inverkar på samverkan, än de aktiviteter som genomförts inom projektets ram. Det skulle vara intressant att diskutera med båda huvudmännen vad som skett under tiden, utanför projektet, som kan ha inverkat på det. Som resultatet visar sig så har projektet inte påverkat samverkan i positiv riktning.

Det verkar dock som att samverkan med brukarorganisationer ökat något, vilket är en god utveckling.

Resultatet visar att landstinget samverkar med fler aktörer jämfört med kommunen. Kanske är det naturligt utifrån att patienter/brukare inom landstinget mer har tidsbegränsade insatser, medan de befinner sig inom kommunens verksamhet över längre tid. Det är alltså viktigare för landstinget att knyta nya kontakter till sig vad gäller patienten/brukaren. Positivt är att samverkan med brukarorganisationerna har ökat. En rekommendation till kommande projekt är att anhörigorganisationer får bli mer synliga på projektets utbildningar, eftersom det verkar ha varit positivt för samverkan med brukarorganisationerna att utbildningar hållits i deras lokaler samtidigt som de då fått presentera sin verksamhet.

I vilken grad man betraktar varandra som en jämlik partner som man förstår, respekterar och värdesätter har förändrats efter projektet genomförts. Det är fler som instämmer i hög grad på det påståendet. Det går dock inte att utläsa en tydlig förändring. Medan en ökad samsyn har uppnåtts vad gäller synen på varandra som organisationer mellan kommun och landsting, har samverkan upplevs som sämre efter projektet. Förändringen har framförallt skett hos kommunens anställda. Vad beror det på? Har tiden betydelse där, dvs. det tar tid från att bilden av den andra huvudmannen förändrats till att det har någon verklig inverkan på samverkan i sig?

## **Ökad samsyn kring förhållningssätt och bemötande**

Det går inte att se några stora skillnader i hur man ser på brukaren innan respektive efter projektet genomförts. Möjligtvis är det något större andel som instämmer i hög grad på påståendet att de bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att påverka sin situation. Det är landstingets personal som står för den förändringen i första hand. Samtidigt så har andelen som instämmer helt i påståendet minskat inom landstinget. Det kan bero på att kommunens personal redan innan projektet genomfördes hade en mer positiv syn på brukaren. Deras syn på brukaren är mer konstant innan respektive efter projektet. De är också en större grupp personer vilket innebär att resultatet kanske blir mer likt innan respektive efter. Kanske kan skillnad i utbildning och erfarenhet hos personal inom kommunen respektive landsting vara en av de saker som gör att det går att utläsa skillnader mellan kommun och landsting vad gäller bemötandet och synen på brukaren, inledningsvis. Men det borde inte vara den enda faktorn eftersom dessa skillnader då borde bestå i en innan respektive eftermätning.

Personal beskriver sitt bemötande och sin syn på brukaren som mer positiv än de själva upplever det. Vad beror det på? Ser man olika på vad som är ett bra bemötande eller ej? Överskattar personal sin förmåga att bemöta och har en orealistisk bild över sin förmåga? Vem har "makt" att avgöra om ett bemötande är bra eller ej? Sätter man detta i relation till forskning om vårdpersonals attityder så visar det sig att de ser uppföljning av behandling som en viktig del medan patienter kan se det som negativt att ha kontakt med psykiatrisk vård i form av minskad självständighet och större risk för stämpling. Kan det vara ett exempel på hur personals perspektiv skiljer sig från brukarnas vad gäller bemötandet? Detta kan vara en intressant fråga att undersöka vidare t.ex. med fokusgruppsintervjuer. Vad är ett bra bemötande enligt brukare jämfört med personal?

Att ha en högskoleutbildning utan psykiatrisk inriktning var den grupp personal som hade mest positivt förhållningssätt till brukaren, dvs. instämde i högst utsträckning i påståendet att de bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att påverka sin situation. Vad beror det på att de instämmer i högre utsträckning i det påståendet, jämfört med personal som har högskoleutbildning med psykiatrisk inriktning? Är det så att personal med psykiatrisk högskoleutbildning under sina studier i någon mån "lär sig" att betrakta brukaren/patienten som något mindre kompetent? Eller har de en mer realistisk förväntan på brukaren pga. egen erfarenhet under praktik och liknande? I viss mån har de kommit under större inflytande av psykiatrins kultur och uttalad eller outtalad syn på brukaren/patienten och kan därför präglas av den.

Landstingets personal angav inte bemötande som en utbildning de har behov av framöver, vilket kommunens personal samt privata verksamheter och brukarorganisationerna gör. Hur kan det komma sig? Vid en jämförelse mellan bemötandet/synen på patienten/brukaren verkar det inte vara så att de är märkbart bättre på det, jämfört med kommunens personal. Snarare är det så att kommunens personal har en något mer positiv syn på brukaren. Behovet av bemötandeutbildning anges också av brukarorganisationer, som har ett särskilt fokus på att möta brukaren på ett positivt sätt. Därför kanske man kan dra slutsatsen att det inte är säkert att det är förmågan att bemöta som direkt avgör om landstingets personal anser att det är ett behov av framtida utbildning eller ej. Brukarnas skattning, även om de är färre svarande än personal, visar att de inte skattar personalens bemötande lika högt som de själva gör. Dessa frågor kan vara intressanta att fundera vidare på inom och mellan organisationerna. Är det så att bemötandet betonas olika mycket i de olika organisationernas övergripande arbete? Är det något annat som gör att det inte förs fram som ett utbildningsbehov?

Vad är det som gör att det finns ev. skillnader mellan kommunens och landstingets sätt att se på brukaren/patienten? Kan det vara att det finns ett mer sjukdomsinriktat/patogent fokus inom landstinget? Landstinget ser brukaren/patienten i det läge där han/hon är mest sjuk, men får inte alltid ta del av hur det går sen... och se när det lyckas. Kommunens personal ser personen i ett livssammanhang och kan ofta följa honom/henne över lång tid. Men. Kommunen har ofta kontakt med de som behöver långa rehabiliteringsperioder. Dvs. de som är i störst behov av stöd. Vad gör att de ändå behåller sin bild av brukaren som mer kapabel? Kan det vara något som är värt att undersöka i fokusgruppsintervjuer?

## Brukarinflytande

Det är inte en större andel personal som anger att de arbetar med brukarinflytande i verksamheten vid den uppföljande enkäten. Det som går att utläsa är att det är en större andel personal som anser att de instämmer helt i påståendet att de förändrar sitt arbetssätt när brukaren/patienten uttrycker sin vilja. En korstabell visar på ett samband mellan synen på brukaren/bemötandet och i vilken grad man är villig att förändra sitt arbetssätt i enlighet med brukaren/patientens vilja. Därmed skulle det kunna vara så att när man ett annat förhållningssätt och bemötande, så skulle också det individuella brukarinflytandet öka. I nuläget har det förmodligen gått alltför kort tid för att kunna utläsa sådana förändringar, ifall de är på gång.

Brukarinflytande på den övergripande/ organisatoriska nivån nämns av brukarorganisationer som ett sätt att arbeta med frågan, men inte av kommun eller landsting. Det kan vara ett förbättringsområde för att öka brukarinflytandet, tillsammans med ett fortsatt arbete för att öka inflytandet på individ och verksamhetsnivå där det arbetet verkar ha kommit något längre. Det går inte att utläsa att brukarinflytandet skulle ökat på verksamhetsnivå. Det kanske är en längre process att nå dit, medan en tendens till ökning av brukarinflytandet på individnivå kan skönjas. Brukare själva anger att vara med och påverka politiker i kommunen som ett sätt som verksamheten arbetar med brukarinflytande. Det kan vara ett tecken på att den vägen finns och att medvetenheten om att påverkansmöjligheter finns gentemot politiker, när man vill. Är det så att personalen inte är lika medvetna om brukarinflytandet på organisatorisk nivå? Har det blivit ett glapp mellan personal och politiker i arbetet med brukarinflytande? Eller är det så att det inte förekommer lika mycket på organisatorisk nivå som i verksamhet och individnivå.

Brukare själva anger inte vårdplanering/genomförandeplan/rehabiliteringsplan som ett sätt att få inflytande. Det är däremot något som anges både av kommun och landsting. Fyller den ett annat behov hos verksamheterna mer än det leder till inflytande för brukare/patienter?

Brukarråd nämns inte heller som ett sätt att få inflytande av brukarna själva. Kan det ha att göra med att de själva inte deltar i brukarråd? Får de information och möjlighet att påverka via ombud i brukarrådet? I övrigt finns flera delar som överensstämmer mellan brukares och personals bild över vad brukarinflytande är. Lyhörddhet, olika typer av husmöten, gemensamma beslut, kunna påverka innehållet och utformningen av individuella insatser m.m.

Det ges som exempel i att arbeta med brukarinflytande att utbilda personal och brukare. Utbildningar i bemötande, delaktighet och inflytande för personal inom kommun och landsting, vilket ligger i linje med Näckrosprojektets aktiviteter. Att utbilda personal leder inte automatiskt till ett ökat brukarinflytande. Finns det några kritiska tankar kring att ta sig an problemet via utbildning? Eget Ex. Vi gör ju i alla fall det... som undanflykt? (tänka ut mer kring detta) Vet inte om det kommer ha avsedd effekt.

Resultatet tycks visa att kommunen arbetar med brukarinflytande på verksamhetsnivå i högre utsträckning än landstinget gör.

Det är också fler inom landstinget som "ej vet" om de arbetar med brukarinflytande i deras verksamhet efter projektet genomförts. Vad kan det bero på? Har de fått ökad insikt om vad brukarinflytande är och därmed blivit mer osäkra på om de arbetar med det i verksamheten? Eller beror det på andra saker? Det kan vara intressant att diskutera.

Brukarinflytandet är mer vanligt att man arbetar med inom kommunen respektive landstinget. Efter att projektet genomförts går det inte se att det arbetas med brukarinflytande i högre utsträckning än innan, på verksamhetsnivå. Däremot finns tecken på att det individuella brukarinflytandet kan ha ökat något, då det är fler som instämmer helt i påståendet att de ändrar sitt arbetssätt om brukaren uttrycker sin vilja.

Kan det ha att göra med att det är en faktor som man själv kan påverka i högre utsträckning, sitt eget arbetssätt, medan verksamhetens arbete med brukarinflytande inte är lika lätt att förändra? Där är man mer beroende av kollegors inställning, chef och ledning, omvärldsfaktorer m.m.

Det skulle också kunna bero på att brukarinflytandet är något som tar tid att uppnå, bl.a. pga. Psykiatrins tidigare historia, inriktningen på projektet där det fanns begränsningar i möjligheten att utbilda chefer och andra beslutsfattare, som kanske krävs för att ett ökat inflytandet ska vara möjligt för brukare/patienter. Ska det bli möjligt behöver också någon lämna ifrån sig en del av sin egen makt.

Tidigare forskning visar att det kan vara så att personal är något ovilliga att ge patienter/brukare mer inflytande, bl.a. pga. paternalism som historiskt sett har haft ett stort inflytande över psykiatrisk vård och omsorg. Det beskrivs också att det behöver finnas ett program för genomförande av brukarinflytande för att det ska ha effekt, en process som förändrar bilden av att brukarinflytande ska bli en del av en befintlig organisation och struktur till att handla om att anpassa organisationen och strukturen så att brukarinflytandet blir en självklar del i det som görs. Sådana förändringar tar tid och projektet har inte på ett direkt sätt försökt styra de processerna. Det har däremot försökt stimulera en fortsatt utveckling av brukarinflytande inom de olika verksamheterna och kommunerna. Hur det har sett ut historiskt sett inom psykiatrin har förmodligen viss betydelse för i vilken utsträckning projektet lyckas bidra till ett ökat brukarinflytande.

Brukarinflytandet stimuleras i detta projekt via en utbildning som handlar om just inflytande. Tidigare forskning visar på att det kan finnas fler sätt att öka det individuella brukarinflytandet. Till exempel skulle en utbildning i vilka vård och stödinsatser som finns samt vilka effekter de insatserna kan leda till, öka förutsättningarna för att påverka den egna vården. Det kan vara intressant att ha med sig i kommande kompetensutvecklingsinsatser för brukare.

Det individuella brukarinflytandet kan bl.a. utläsas genom i vilken utsträckning man får påverka sina egna vård och stödinsatser. En forskningsstudie som genomförts visar på att personal i de fall deras åsikt avviker från brukarens/patientens om i vilken utsträckning vård ska ges, anser att han/hon behöver fler stödinsatser. Är så fallet även i denna utvärdering, när personal anger att de inte ändrar sina insatser när brukaren/patienten uttrycker sin egen vilja? Det går inte att utläsa av denna utvärdering men kan vara intressant att undersöka vidare. Ett sätt att utveckla möjligheten till brukarens inflytande över sin egen vård och behandling kan vara att de får mer kunskap om de olika vård och stödinsatser som finns, för att därmed kunna välja i högre utsträckning. Vårdpersonal kan också behöva fundera över om det alltid är mer insatser som är det bästa för brukaren/patienten och ställa det i relation till den positiva effekt som patienter kan uppleva av att vara självständiga och fria från att ta emot vårdinsatser i form av utebliven stämpling.

En egen upplevelse, som också får stöd av erfarna brukarrepresentanters uppfattning ute i landet (10), är att brukarinflytandet skiljer sig åt mellan olika kommuner, organisationer och verksamheter. Förutsättningarna för att öka brukarinflytandet har därmed sett olika ut bland de intressenter som ingått i projektet.

Ett exempel på hur det märks är i hur information når fram till brukare. Finns det aktiviteter som pågår för att öka brukarinflytandet, så når det fram lättare och har större genomslag om det redan innan finns en grund för brukarinflytande. Att det värdesätts och arbetas med i verksamheten sedan tidigare. Ska man undersöka nivån och kvaliteten på brukarinflytande och i vilken mån projektet inverkat positivt på brukarinflytandet måste därför de olika förutsättningarna som fanns innan projektet startade tas med i den betraktelsen.

## Utbildningarnas kvalitet

Utbildningarna har under projektets gång varit mycket uppskattade, vilket också visar sig i utvärderingen av dem. Det finns inte någon av utbildningarna som jag inte skulle kunna rekommendera att genomföra med fler av kommunens och landstingets personal. Föreläsarna har hållit i givande dagar både utifrån kunskapen som förmedlats men också tagit tillvara på att det varit personal från olika verksamheter och organisationer. Det anges på flera av utbildningarna som något positivt. Helhetsbilden blir att det varit kompetenta och kunniga kursledare med bra förmåga att leda utbildningsgrupperna till nya insikter.

99 % av personalen som besvarat den övergripande enkäten anser att de i någon utsträckning har fått redskap som är till hjälp i deras arbete. 83% anger att deras förmåga att reflektera och kritiskt granska har påverkats positivt i någon mån. Slutligen har 90 % angett att deras förmåga att utföra sitt arbete har påverkats positivt i någon mån.

Kommunens personal verkar ha upplevt utbildningarna som något mer meningsfulla samt att de lett till en större hanterbarhet i arbetet, jämfört med landstingets personal. Det återkommer på flera av faktorerna. De har också deltagit i fler aktiviteter och haft fler kollegor som gått utbildningarna. Kan det resultatet hänga ihop? Finns det kopplingar till utbildningsbakgrund? Eller är det något annat som lett det? Hänger det ihop med det stöd som personalen fått från arbetsgivaren att använda sina kunskaper?

Samma tendens går att utläsa vad gäller hur utbildningarna påverkat hanterbarheten i arbetet. Där går det att utläsa på två av faktorerna. Vad är det som gör att 24% av landstingets personal inte anser att deras förmåga att utföra sitt arbete påverkats positivt?

Begripligheten i utbildningarna visar på samma tendens i jämförelser mellan kommun och landstingspersonal. Det kan bero på skillnader i utbildningsnivå.

Landstingets personal verkar ha upplevt att utbildningarna till viss del inte gav tillräckligt med ny kunskap. Det kan bero på utbildningsbakgrunden bl.a. Men tittar man på faktorer som förhållningssätt och bemötande, så ger inte den kunskapen utslag i en mer positiv bild/förväntan på patienten/brukaren hos landstinget jämfört med kommunen. Hur kommer det sig? Är det något annat än kunskap/utbildning som gör att kommunens personal har en mer positiv syn på brukaren? Är det någon annan typ av kunskap än den teoretiska som skulle kunna ge landstingets personal en mer positiv bild?

Utbildarna har förmedlat kunskap på liknande sätt i jämförelse med varandra. Variation av innehåll och genomförande har varierat något, men framförallt har det varit en blandning av föreläsning och reflektion/diskussion. Vissa av utbildningarna har också innehållit uppgifter att genomföra på hemmaplan. Tidigare forskning visar att olika sätt att distribuera ny kunskap kan ha betydelse för i vilken grad den används. Det skulle kunna vara så att det varit mer effektivt att ta fram olika typer av utbildningsmaterial och format för att möjliggöra att personer med olika lärstilar kan ta till sig samma kunskap.



I de utbildningar där brukare var med som kursledare (bemötande, empowerment och brukarinflytande samt återhämtning) så är det det som tydligast lyfts fram i utvärderingen. Det ses som mycket värdefullt av kursdeltagarna att få ta del av upplevelser från någon som själv vet hur det är att vara patient/brukare. Flertalet kursdeltagarna anger det som det bästa med kursen. Det bör därför vara ett moment som finns med även i kommande utbildningar.

Motiverande samtal och Ett självständigt liv är ett förhållnings- och arbetssätt som strävar efter att ta tillvara på individens resurser och egen kunskap om sig själv. Något som ligger i linje med vad brukare uttryckt saknas i den psykiatriska vård och omsorgen. Den enskildes ses som expert på sig själv och personal får i dessa två utbildningar redskap för att ta tillvara på det via samtal, arbetssätt, arbetsmaterial och förhållningssätt.

Tidigare forskning visar på att det finns flera faktorer i utbildningarna som kan påverka personalens möjligheter att använda kunskapen i sitt arbete. I Näckrosprojektet har flera av de delarna uppfyllts, enligt denna utvärdering. Utbildarna har upplevts som kunniga och trovärdiga, det har funnits uppgifter/övningar att göra, det har funnits studiematerial i flera av dem. En brist kan dock ha varit att inte tillräckligt många i arbetsgruppen fick utbildningen, vilket personal och chefer har kommenterat vid flera tillfällen. Därför kan det vara viktigt att samma utbildningar fortsätter så fler får möjlighet att gå dem.

Utbildningen var i vissa fall på en alltför grundläggande nivå för att kunna ge ny kunskap och insikter enligt utvärderingarna, dock sågs det ofta som värdefullt att få uppdatera sig. Chefernas stöd verkar ha varierat något, i sitt stöd till personal för att använda den nya kunskapen. Det har bl.a. varit mindre stöd för landstingets personal i implementeringen enligt enkäten i projektet. Att det varit så många utbildningar samtidigt kan påverka förutsättningarna att omsätta kunskapen eftersom det innebär en brist på tid i det ordinarie arbetet.

Forskning om utbildningsinsatser som gjorts tidigare har tittat på förändringar i personalens attityder före jämfört med direkt efter utbildningarna genomförts. Det skiljer sig från denna utvärdering, där det kan vara olika för personalen hur lång tid som gått mellan att de gått utbildningen och att de genomför den uppföljande enkäten. Det kan vara en brist som gör det svårt att jämföra utvärderingens och annan forsknings resultat. Det finns inte några säkra tecken på att den forskningens resultat skulle hålla i sig om en ny uppföljnings gjordes över tid. Det kan också innebära att det funnits en tillfällig förändring av personalens attityder som inte upptäcks i denna utvärdering, i och med att tiden som gått från utbildningstillfället till mättillfället kan spela roll. Det mest intressanta torde ju vara vilken effekt dessa utbildningar får över tid, och i den vardagliga verksamheten. Därmed är det intressant att följa upp resultatet efter ett eller flera års tid. Men tecknen som finns i forskningen är att det går att påverka vårdpersonalens attityder med en relativt kort utbildningsinsats vilket stödjer projektets initiativ med flera relativt korta utbildningar, med gemensam värdegrund i ett ökat brukarinflytande och autonomi, som ges till många personal.

Andra fynd i tidigare forskning var att utbildningens utformning kan spela roll i vilket resultat som kan uppnås vad gäller personalens attitydförändring. Kanske behöver den se olika ut beroende på tidigare utbildningsbakgrund? Det bör i sådana fall ställas emot värdet av att ha gemensamma utbildningar, vilket tydligt har uttryckts av personal som något positivt i detta projekt.

## **Implementering**

I projektet har det vid två tillfällen gjorts en kartläggning för att uppskatta hur långt cheferna anser att verksamheten och personalen kommit i att tillämpa de nya kunskaperna i sitt dagliga arbete. En viktig kartläggning som i sin tur ger en viktig utgångspunkt i tolkningen av resultatet av utvärderingen. Att veta i vilken utsträckning den nya kunskapen används ger en bild av i vilken utsträckning det går att förvänta sig att resultatet av utvärderingen har påverkats av de nya metoderna. Det går att utläsa vad som skett i implementeringen över tid eftersom kartläggningen gjordes med 9 månaders mellanrum.

Implementeringen har visat sig ha kommit längre vid det andra chefsseminariet. Det har vid utvärderingens genomförande visat sig att inte alla arbetsplatser använder de nya kunskaperna i det vardagliga arbetet, ännu. Det försvårar tolkningen av i vilken utsträckning projektets aktiviteter i sig haft en inverkan på de faktorer som ingår i utvärderingen. En fortsatt uppföljning i takt med att implementeringen följs kan ge ett tydligare svar på den frågan.

De som är anställda inom landstinget har i mycket mindre utsträckning deltagit i miniprojekt och handledning, dvs. de aktiviteter som syftar till att underlätta implementeringen av den nya kunskapen. De har också upplevt en begränsning i stödet från arbetsplatsen/chefen i att börja använda de nya kunskaperna i arbetet. Resultatet för landstingets del kan påverkas av detta faktum, tillsammans med att det är färre antal personal som gått utbildningar. Genomslaget av utbildningarnas innehåll kan därför förväntas vara mindre än för kommunen.

Kommunens personal upplever sig ha fått mer stöd i implementeringen av kunskapen i arbetet jämfört med lanstinget. Vad är anledningen till det?

Chefen är enligt statliga direktiv inte föremål för satsningen. Andra projekt har tagit med kompetensutveckling för chefer i sin projektplan men inte fått tilldelat medel till det. Eftersom chefen har en viktig roll i att implementera den nya kunskapen i personalens arbetssätt så kan det ha påverkat resultatet att cheferna endast deltagit i utbildningar i liten utsträckning. Tidigare forskning visar på betydelsen av stöd från organisation och ledning för att kunna börja använda kunskaperna i sitt arbete.

## **Användning**

Utvärderingens resultat kan användas och bli till nytta i det fortsatta utvecklingsarbetet i kommunerna och landstingets arbete med samverkan, bemötande, förhållningssätt, kompetensutveckling och brukarinflytande i södra och västra Sörmland. Det behövs också mer forskning och utvärdering i ämnet kompetensutveckling inom psykiatrisk vård och omsorg. Det finns få studier som undersöker det ämnet och flera av dem har få deltagare. Utvärderingen kan också bidra till kunskapsbyggande om kompetensutveckling via statliga satsningar som metod för att uppnå förbättringar inom psykiatrisk vård och omsorg nationellt och ge inspiration till andra kompetensutvecklingsprojekt ute i landet.

Det finns möjlighet att upprepa undersökningen efter längre tid för att följa satsningens effekt över tid. Därmed kan organisationerna också lära sig något om utformningen av kommande kompetenssatsningar.

I utvärderingsrapporten finns också delar som berör tidigare forskning vilket kan komma till användning i kommande projekt.

Det finns frågor som denna utvärdering har belyst som kan vara värda att undersöka vidare. Ett sådant exempel är vad som påverkar samverkan. Det verkar inte ha påverkats av detta projekts aktiviteter, utifrån vad som går att utläsa idag. Förändringen kan komma efter en längre tid, det är svårt att säga i nuläget. Men eftersom samverkan försämrats under projektets gång kan det vara intressant att titta djupare på vad som hänt under den här tiden som gör att samverkan upplevs fungera sämre.

En till intressant fråga att undersöka vidare kan vara hur det kommer sig att brukare generellt sett skattar verksamheterna och personalen som sämre på t.ex. samverkan, brukarinflytande, jämfört med vad de själva anser. Hur kommer det sig?

Parallellt med Näckrosprojektet har ett motsvarande projekt genomförts i norra Sörmland. Med vetskapen om att båda projekten skulle genomföras samtidigt men ha olika metoder för att uppnå sina målsättningar formulerades vissa gemensamma frågor. Dessa frågor har sedan ställts till personal som deltagit i Näckrosprojektet samt till personal som deltagit i Norra länsdelens projekt. Resultatet av dessa frågor kan användas för att följa upp hur projektens olika utformning påverkar utfallet.

Ett exempel på hur man skulle kunna gå vidare med fortsatt forskning/utvärdering inom området är att använda något av de instrument som är framtaget för att mäta attityder till, eller direkt mäta, brukarinflytandet. Gärna med någon form av kontrollgrupp, i anslutning till ytterligare utbildningsinsatser eller liknande. Ett exempel är den enkät som Dixon, Hackman och Lehman refererar till i sin artikel (9).

I studien från Nya Zeeland som gjordes på personals attityder i samband med en utbildningsinsats för att öka kunskapen om patienter med borderline personlighetsstörning nämns att fortsatt forskning behövs för att göra studier med fler deltagare, uppföljning för att se de långsiktiga effekterna samt en undersökning av i vilken mån förändrade attityder i en förlängning leder fram till en ändrad klinisk verksamhet och behandling (19).

## Referenser:

- 1) <http://www.socialstyrelsen.se/regeringsuppdrag/kompetensforstarkningforperson1>
- 2) Ambition och ansvar. Slutbetänkande Nationell Psykiatrisamordning. SOU 2006:100
- 3) Projektansökan Näckrosprojektet
- 4) Kompetenssatsning. Personal som kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Rapport till regeringen. 2010.  
[http://www.socialstyrelsen.se/regeringsuppdrag/Documents/Regeringsuppdrag00-6438-2008Rapport\\_till\\_regeringen.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/regeringsuppdrag/Documents/Regeringsuppdrag00-6438-2008Rapport_till_regeringen.pdf)
- 5) Personalutbildning i äldreomsorg – blir den till nytta för de äldre? En utvärdering av kompetensstegen. IMS. 2009-126-179
- 6) Johansson, P. Brukarinflytande i praktiken. Om planering, tydlighet och maktutjämning. Återgivna erfarenheter från andra länder. Rapport från inflytandeprojektet, 2006.
- 7) Nordén, H. Kunskap att hämta – brukarmedverkan för en bättre psykiatri. Stockholm: Gothia, 2008
- 8) Hansen, T. Hatling, T. Lidal, E. Ruud, T. The user perspective. Respected or rejected in mental health care. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2004; 11, 292-297.
- 9) Dixon, L. Hackman, A. Lehman, A. Consumers as staff in assertive treatment programs. Administration and Policy in Mental Health. 1997; 25 (2)
- 10) Hagberg, L. Om lika värde och rätt. 16 brukar- och anhörigrepresentanternas syn på möjligheten att påverka psykiatrin och socialtjänsten. En rapport från Inflytandeprojektet. Nationell psykiatrisamordning, 2006.
- 11) Brukarmedverkan I socialtjänstens kunskapsutveckling. Socialstyrelsen, 2003, artikel nr. 2003-110-10.
- 12) Mccann, T.V. Baird, J. Clark, E. Lu, S. Mental health professionals' attitudes towards consumer participation in inpatient units. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2008; (15), 10-16.
- 13) O'Neal, E.L. Adams, J.R. McHugo, G.J.. Van Citters, M.S. Drake, R.E. Bartels, S.J. Preferences of older and younger adults with serious mental illness for involvement in decision-making in medical and psychiatric settings. American Journal Geriatric Psychiatry. 2008; 16 (10)
- 14) Ellström, P-E. Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Stockholm: Publica, 1992.
- 15) Sjöberg, A. Att gå utbildning är en sak, men vad händer sedan i den praktiska yrkesvardagen? FoU i Sörmland. Rapport 2008:1.

- 16) Fixsen, D.L. Naoom, S.F. Blase K.A. Friedman, R.N. Wallace, F. Implementation research. A synthesis of the literature. Tampa, FL; University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231), 2005
- 17) Kettles, A.M. Kiger, A.M. Philip, K. Caldwell, J. An evaluation of a Mental Health Act educational resource. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008; (15), 662-669.
- 18) Gaundlett, A.N. Evaluation of a postgraduate training programme for community mental health practitioners. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006; 12, 223-230.
- 19) Commons Treloar, A. Lewis, A. Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42, 981-988
- 20) Crowe, T.P. Deane, F.P. Oades, L.F. Caputi, P. Morland, K.G. Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. 2006; 57 (10), 1497-1500.
- 21) Cleary, M Matheson, S. Walter, G. Malins, G. Hung, GE. Demystifying research and evidence based practice for consumers and carers: development and evaluation of an educational package. *Mental health nursing*, 2008; 29, 131-143
- 22) Valentine, G. Jamieson, B. Kettles, AM, Spence M.J. Users' involvement in their care. A follow up study. *Journal of psychosocial nursing*. 2003; 41 (4).
- 23) Kidd, S. Kenny, A. Endacott, R. Consumer advocate and clinician perceptions of consumer participation in two rural mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007; 16 (3), 214-222.
- 24) Vedung, E. Utvärderingsmodeller. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2002; nr 2-3
- 25) Svedberg B, Lützén K. Psychiatric nurses' attitudes towards patient autonomy in depot clinics. *J Adv. Nursing* 2001 Aug; 35(4):607-15
- 26) Djurfeldt, D. Larsson, Rl. Stjärnhagen, O. Statistisk verktygslåda- samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder. Lund: Studentlitteratur, 2010.
- 27) Karlsson, O. Utvärdering – Mer än metod. Stockholm: Svenska kommunförbundet, 1999.

# Bilaga 1: Översikt över artiklar

## Urval av träffar på artiklar

Läste titel, abstract, för att få en inblick i vad artikelns innehåll/fokus var. Totalt 32 artiklar varav 25 i databassökning och 7 övriga. Av dessa var det 11 som bedömdes som extra intressanta för denna rapport. Dessa är markerade med \* efter artikelns titel i tabellen nedan.

## Kriterier för bortvalda artiklar, ej inkluderade i tabellen nedan:

Valde bort de artiklar som har med andra sjukdomstillstånd att göra t.ex. demens, beroendeproblematik, cancer, familjeterapi

Valde bort de artiklar som har med grundutbildning/yrkesutbildning enbart

Valde bort de artiklar som innehöll specifika sjukdomstillstånd eller behandlingar

Valde bort de artiklar som var på andra språk än engelska

Valde bort de artiklar som diskuterade psykiatrisk vård – generellt.

Valde bort medicinska artiklar t.ex. om medicinering

Valde bort de artiklar som handlade om vårdpersonals attityder som ej var kopplat till brukarinflytande eller kompetensutveckling

## Kriterier för urval av artiklar, inkluderade i tabellen nedan:

Valde in de artiklar som har med ämnet psykiatrisk vård och omsorg, attityder/förhållningssätt i relation till brukar/patientinflytande, mätmetoder kring inflytande/empowerment, fortbildning.

Valde in artiklar som berörde brukarinflytande, men som beskrev det mer specifikt som t.ex. delta i beslutsfattande, delaktighet i behandling, consumers as staff, relationen patient/personal, val av vårdnadsgivare,

## Översikt över artiklar identifierade i databassökning:

### Design:

**E= Experimentell design**

**IE= Icke Experimentell design**

**Ö= Övriga studier**

### Bevisvärde:

**1= Högt (Fall-kontroll)**

**2= Medel (effektstudier före-efter)**

**3= Lågt (case studies)**

**K= kvalitativ design**

<b>Design</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Område</b>	<b>Bevisvärde</b>
<b>Ö</b>	<b>Goodwin, V. Happell, B 2007</b>	<b>Consumer and carer participation in mental health care: the carers perspective: part 1 and 2</b>	<b>Undersöker anhörigas erfarenhet av, attityd till delaktighet och delaktighet I psykiatrisk vård, och ssk:s roll i att uppmuntra till det. 1: tema respekt o kommunikation 2: tema systematiska barriärer</b>	<b>K</b>
<b>E</b>	<b>Kettunen, T. Liimatainen, L. Villberg, J. Perko, U. 2006</b>	<b>Developing empowering health counseling measurement. Preliminary results.</b>	<b>Utprovning av skala för empowerment</b>	<b>2</b>
<b>IE?</b>	<b>Herman SE, Onaga, E, Pernice-Duca F, Oh S, Ferguson, C. 2005</b>	<b>Sense of community in clubhouse programs: Member and staff concepts</b>	<b>Concept mapping (tankekarta/begrepps karta): Sense of community</b>	<b>K</b>
<b>E</b>	<b>Hansen T, Hatling T, Lidal E, Ruud T. 2004</b>	<b>The user perspective: respected or rejected in mental health care? *</b>	<b>Patientinflytande på utformning av vårdinsatser genom jämförelser av patient, vårdpersonal och teambedömning.</b>	<b>2</b>
<b>E</b>	<b>Valentine G, Jamieson B, Kettles AM, Spence M. J 2003</b>	<b>Users' involvement in their care. A follow up study*</b>	<b>Har personalens Attityder på vårdavdelning förbättrats efter insatser. Frågeformulär och kompl intervjuer.</b>	<b>2</b>
<b>Ö</b>	<b>Corrigan PW. 2002</b>	<b>Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities.</b>	<b>Effekter av /mål med empowerment</b>	<b>K</b>

<b>Ö</b>	<b>Svedberg, B. Lützén, K. 2001</b>	<b>Psychiatric nurses' attitudes towards patient autonomy in depot clinics</b>	<b>Hur psykiatrisjuksköterskor upplever patienternas autonomi i relation till sin yrkesroll på "depot clinics"</b>	<b>K</b>
<b>Ö</b>	<b>Tilley, S. Pollock, L. Tait, L. 1999.</b>	<b>Discourses on empowerment</b>	<b>Undersöker temat empowerment ur forsknings, policy och yrkesperspektiv?? Discourse analysis??</b>	<b>K</b>
<b>E</b>	<b>Chinman, M.J. Allende, M. Weingarten, R. Steiner, J. Tworkowski, S. Davidson, L. 1999</b>	<b>On the road to collaborative Treatment Planning: Consumer and Provider perspectives</b>	<b>Undersöker vårdgivare och vårdtagares deltagande och upplevelser av gemensam vårdplanering = collaborative treatment planning</b>	<b>2</b>
<b>E</b>	<b>Dixon, L. Hackman, A., Lehman, A. 1997</b>	<b>Consumers as staff in assertive community treatment programs*</b>	<b>Påverkas attityder och värderingar hos personal gentemot klienter med psykisk sjukdom av att arbeta tillsammans med brukarföreträdare (personer med egen erfarenhet)?</b>	<b>1(?) otydlig metoddel.</b>
<b>E</b>	<b>O'Neal,, E.L., Adams, JR, McHugo GJ, Can Citters AD, Drake RE, Bartels SJ. 2008</b>	<b>Preferences of older and younger adults with serious mental illness for involvement in decision-making in medical and psychiatric settings*</b>	<b>Jämför äldre och yngre personer med allvarlig psykisk sjukdom. Vilken grupp som är mest angelägna att vara involverade i sin vård, och hur de vill bli involverade i olika typer av inflytande i relation till vårdinsats (t.ex. medicinering, psykosociala insatser)</b>	<b>2</b>



E	Barreira P, Macias C, Rodian D, Gold PB. 2008	Choice of service provider: how consumer self-determination shaped a psychiatric rehabilitation program.	Undersöker klienters eget val av vårdgivare vid ett resurscenter, deras kontakt med personal. Informell social interaktion mellan klienter och personal gör det möjligt att välja kontaktperson och insatser.	2
E	Swanson, K. Bastani, R. Rubenstein, L. Meredith, L. Ford, D. 2007	Effect of mental health care and shared decision making on patient satisfaction in a community sample of patients with depression	Bidrar delaktighet i beslut om behandling till pat. tillfredsställelse och ifall könstillhörighet påverkade det förhållandet.	2 el 3?
E	Rijckmans, M Bongers I, Garretsen, H. Van de Goor IEN. 2007	A clients perspective on demand-oriented and demand-driven health care	Upplevelser av "demand oriented" hälsovård inom psykiatrisk vård	2
Ö	Speed E. 2006	Patients, consumers and survivors: a case study of mental health service user discourses	Undersöker m discourse analysis och fallstudie olika sätt att samtala om psykisk hälsa	K
E	Hansen T, Hatling T, Lidal E, Ruud T 2002	Discrepancies between patients and professionals in the assessment of patient needs: a quantitative study of norwegian mental health care. (se Hansen, 2004)	Undersöker skillnader mellan patienters och personals bedömning av patientens behov av vård o insatser.	2

<b>IE</b>	<b>Poskiparta, M. Liimatainen, L. Kettunen, T. Karhila, P. 2001.</b>	<b>From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling</b>	<b>Psykiatri? Undersöka och beskriva vad som utgör empowerment inriktad hälsorådgivning</b>	<b>K</b>
<b>E</b>	<b>Kettles AM, Kiger AM, Philip K, Caldow J 2008</b>	<b>An evaluation of a mental health act educational resource*</b>	<b>Utvärderar utbildningen till baspersonal i samband med införandet av The Mental Health Act I skottland 2003</b>	<b>2</b>
<b>E</b>	<b>Cleary M, Matheson S, Walter G, Malins G, Hung GE. 2008</b>	<b>Demystifying reserach and evidence based practice for consumers and carers: development and evaluation of an educational package*</b>	<b>Undersöker attityder hos klienter och anhöriga innan och efter utbildningsinsats om forskning, evidence based practice o dess betydelse I psykiatrisk vård.</b>	<b>2</b>
<b>Ö</b>	<b>Gauntlett, A.N. 2005</b>	<b>Evaluation of a postgraduate training programme for community mental health practitioners *</b>	<b>Vilken effekt har ett utbildningsprogram på färdigheter hos psykiatripersonal?</b>	<b>2</b>
<b>Ö</b>	<b>Holmesland, A-L. Danielsen, T.M. Groholt, B. 2004</b>	<b>Tverrfaglig vidareutdattning – et effektivt virkemiddel i psykisk helsevern for barn og unge?</b>	<b>Resonemang om vidareutbildning i facklig artikel</b>	<b>-</b>
<b>E</b>	<b>McCann TV, Baird J, Clark E, Lu S. 2008</b>	<b>Mental health professionals' attitudes towards consumer participation in inpatient units*</b>	<b>Beskriva personals attityder mot patientinflytande inom sluten psykiatrisk vård. Använde consumer participation and consultant questionnaire till 47 respondenter.</b>	<b>2</b>

<b>Ö</b>	<b>Kidd S, Kenny A, Endacott R. 2007</b>	<b>Consumer advocate and clinician perceptions of consumer participation in two rural mental health services*</b>	<b>Undersöker upplevelsen av brukarinflytande hos personal och "brukarföreträdare" I två nya områden med psykiatriska verksamheter. Syftet är också att undersöka hur breda politiska initiativ kring brukarinflytande, efterlevs i verksamheten</b>	<b>K</b>
<b>E</b>	<b>Soffe, J. Read, J. Frude, N 2004</b>	<b>A Survey of psychologists' views regarding service involvement in mental health services</b>	<b>Syftet är att få en djupare förståelse för kliniskt verkamma psykologers medvetenhet och syn på brukarmedverkan i south wales</b>	<b>2</b>
<b>E</b>	<b>Kent, H. Read, J. 1998</b>	<b>Measuring consumer participation in mental health services: are attitudes related to professional orientation?</b>	<b>Beskriver utvecklingen av consumer participation questionnaire för att mäta delaktighet I planerig, styrning och utvärdering av psykiatrisk vård, och attityden hos personal kring brukarmedverkan.</b>	<b>2</b>

Översikt övrig litteratur dvs. källor som identifierats av de som har kunskap om ämnet och som jag kommit i kontakt med under projektarbetet.

Design	Författare	Titel	Område	Bevisvärde
E	Commons Treloar AJ, Lewis AJ. 2008	Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial*	Studie för att bedöma vilken inverkan en riktad utbildning om borderline personlighetsstörning har på attityderna hos vårdpersonal som arbetar med patienter med självskaðebeteende. Jämför också personal utifrån olika arbetsfält, yrken och demografiska områden.	3
E	Crowe TP, Deane FP, Oades LG, Caputi P, Morland KG. 2006	Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery*	En studie som undersöker vilken effekt ett två dagars återhämtningsinriktat utbildningsprogram till personal har på kunskap, attityder och hoppfullhet om återhämtning. Använder en självskattning innan och efter.	2
E	Friedman T, Newton C, Coggan C, Hooley S, Patel R, Pickard M, Mitchell AJ. 2006	Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: influence of previous training and experience	Undersöker attityder hos akutvårdens personal gentemot patienter som skär sig själva. Och betydelsen av kunskap och erfarenhet för att gynna goda attityder.	2
E	Haddad M, Walters P, Tylee A. 2006	District nursing staff and depression: a psychometric evaluation of Depression Attitude Questionnaire findings	Utöka kunskapen om distriktssköterskans attityder till depression och undersöka egenskaper hos ett mätinstrument om attityder till depression när det används till denna yrkesgrupp.	2

<b>E</b>	<b>Middleby-Clements JL, Grenyer BF. 2007</b>	<b>Zero tolerance approach to aggression and its impact upon mental health staff attitudes</b>	<b>Jämför två utbildningsprogram för personal i aggressionshantering som är lika förutom i inställningen till aggression. Undersöker mha utvärderingar hur attityden, toleransen, självförtroendet och skickligheten i att hantera aggressioner påverkas.</b>	<b>2</b>
<b>E</b>	<b>Mistral W, Hall A, McKee P. 2002</b>	<b>Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK</b>	<b>Effekter av interventioner baserade på principerna i ett terapeutiskt samhälle utvärderas. Bl.a. utvärderas personalens attityd och atmosfär på avdelningen</b>	<b>2</b>
<b>E</b>	<b>Senn V, Kendal R, Trieman N. 1997</b>	<b>The TAPS project 38: level of training and its availability to carers within group homes in a London district. Team for the Assessment of Psychiatric Services</b>	<b>Undersöker personalens karaktäristika hos vårdpersonal i gruppboenden för psykiskt sjuka i London. Möjlighet till utbildning och attityder i relation till utbildning och karriärmöjligheter undersöks.</b>	<b>2</b>

**\* De artiklar som efter genomläsning av abstract bedömdes som extra relevanta och inkluderades i rapporten**

## Bilaga 2: Personalenkät 1

Det här är en enkät till dig att besvara innan du deltar i din första utbildning inom Näckrosprojektet. Har du besvarat näckrosprojektets enkät 1 tidigare ska du inte göra det igen. Det är frivilligt att delta.

I slutet av projekttiden (hösten 2010) kommer du få en liknande enkät att besvara (Näckrosprojektet enkät 2). Resultatet kommer att sammanställas så att det inte går att utläsa vad var och en har svarat, och dina svar är anonyma. Om du vill ta dig tid att besvara den så kan det bidra till att vi ser vad projektet har uppnått och vad som behöver göras ytterligare för att uppnå en bättre psykiatrisk vård och omsorg. Du får gärna ringa om du har frågor om enkäten. Sist i enkäten finns plats för att skriva egna kommentarer. Det är till för om det är något du vill förtydliga om en fråga eller har något annat du vill uttrycka som berör enkäten. Enkäten kommer att besvaras i pappersform för den/de första utbildningsgrupperna, och sedan överförs till elektronisk form att besvara via Internet.

1. Markera vilken organisation/verksamhet du tillhör/ arbetar inom (du kan välja flera alternativ)

- Landsting
- Kommun
- Privat verksamhet
- Brukarorganisation
- Annat. Vänligen ange vad: \_\_\_\_\_

2. Vilken slags verksamhet arbetar du med huvudsakligen (Vänligen ange endast ett alternativ)?

- Vårdavdelning
- Arbete/sysselsättning
- Öppenvård
- Integrerad öppen/slutenvård
- Boendestöd
- Gruppboende
- Fritid
- Jourverksamhet
- Frivilligarbete/brukar- eller anhörigorganisation
- Annat

3. Hur gammal är du?

4. Är du man eller kvinna?

Man

Kvinna

5. Vilken är din högsta utbildning?

Gymnasieutbildning med psykiatrisk inriktning

Gymnasieutbildning utan psykiatrisk inriktning

Högskoleutbildning med psykiatrisk inriktning

Högskoleutbildning utan psykiatrisk inriktning

Grundskola

Annan utbildning. Vänligen ange vad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Hur lång erfarenhet har du av att arbeta inom psykiatrisk vård och omsorg?

Mindre än 1 år

1-3 år

4-6 år

Mer än 6 år

7. Har du gått någon utbildning tidigare inom Näckrosprojektet?

Ja

Nej

Om du svarat ja på fråga 7 och besvarade enkäten vid den tidigare utbildningen ska du inte skicka in den här.

8. Om ja, vilken utbildning har du gått tidigare inom Näckrosprojektet? (du kan välja flera alternativ).

Observera att det endast gäller utbildningar inom projektet, inte om du gått dem vid något tidigare tillfälle

- ESL- Ett Självständigt Liv
- MI – Motiverande samtal
- Bemötandebildning
- Basutbildning
- Fördjupningskurs i brukarinflytande / Empowerment
- Återhämtningsinriktat arbetssätt

9. Vilka samverkar du eller någon från din enhet/arbetsplats med i frågor som gäller de brukare/patienter du har kontakt med? (du kan välja flera alternativ)

- Kommun
- Landsting
- Brukarorganisation
- Anhöriga
- Övriga. Vänligen ange vilka: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Nedan följer ett antal påståenden som du får ta ställning till. Markera det svarsalternativ som du tycker speglar din uppfattning bäst.

10. Hur fungerar samverkan mellan kommun och landsting när de brukare du har kontakt med har behov av samordnade insatser?

Fungerar inte alls

Fungerar inte särskilt väl

Fungerar ganska väl

Fungerar mycket väl

10b. Eventuell

kommentar: \_\_\_\_\_

---

---

---

11. Jag betraktar den andra huvudmannens (kommunen respektive landstinget) medarbetare som en jämlik partner som jag förstår, respekterar och värdesätter.

Instämmer inte alls

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

12. Jag bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att påverka sin situation

Instämmer inte alls

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

13. När brukaren uttrycker sin vilja så leder det till att jag förändrar mitt arbetssätt

Instämmer inte alls

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

14. Arbetar din verksamhet idag med att ge patienter/brukare inflytande?

Ja

Nej

Vet ej

15. Om ja, beskriv hur:

---

---

---

16. Skriv ner tre principer som du tycker beskriver ditt synsätt på brukaren/patienten.

---

---

---

17. Övriga kommentarer:

---

---

---

Tack för din medverkan!/Maria Skarin, Näckrosprojektet. Tel: 0150-74732/076-7647796

## **Bilaga 3: Brukarenkät 1.**

Näckrosprojektet är ett samarbete för mer kunskap inom psykiatrisk vård och omsorg. I projektet ingår flera olika utbildningar, både till brukare och personal. I den här enkäten finns frågor som vi vill ställa till dig eftersom du deltar i en utbildning i Näckrosprojektet.

Du måste inte svara på frågorna. Det får du bestämma helt själv.

Vi vill undersöka vad projektet har gett för något. Har det vi gjorde under projektet lett till det som var viktigt, till exempel ett bättre bemötande. Det gör vi genom att brukare och personal får skriva svar på frågor i en enkät innan och efter man går en utbildning inom projektet. I slutet av projektet (hösten 2010) kommer du därför att kunna svara på frågor igen, som liknar de här.

Om du vill svara på enkäten kan du fylla i den på papper eller via dator. Du kan också be om hjälp med att fylla i enkäten. Kryssa i sådana fall i att du har fått hjälp med att svara på frågorna, längre ner i enkäten.

I resultatet kommer det inte att gå att se vad just du har svarat, du är anonym. Inga namn eller andra uppgifter på er som har svarat på enkäten kommer vi att lämna ut till de som vill veta hur det gått i projektet. Det är för att du ska våga säga vad du tycker.

När vi samlat in allas svar så kommer vi att skriva om vad projektet har lett till i en rapport. Och vad som behöver göras mer för att uppnå en bättre psykiatrisk vård och omsorg. De som vill veta mer om projektet kommer att kunna läsa den. Du får också läsa den om du vill.

I framtiden kan det eventuellt bli aktuellt att använda svaren på enkäten i forskning. Med det menar vi att skriva om detta i en forskarrapport och i en forskartidning, så att fler kan lära sig av det vi gjort i projektet. Vi kan då jämföra projektet med andra liknande saker som görs, för att lära oss vad som fungerar bra och vad som inte fungerar så bra. Du kommer fortfarande vara anonym.

Du får gärna ringa om du har frågor om enkäten eller om du vill veta vad resultatet blir. Telefonnummer är 0150-747 32 eller 076-7647796.

**För att svara på enkäten via Internet**, gå in på den här länken:

[www.landstinget.sormland.se/nackrosb1](http://www.landstinget.sormland.se/nackrosb1)

**För att svara på enkäten på papper**, får du en enkät från kursledaren och lämnar sedan in den till honom/henne när du fyllt i den.

1. Vilken är din högsta utbildning ?

Grundskola

Gymnasieutbildning

Högskoleutbildning

Annan utbildning, nämligen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Hur gammal är du?

3. Är du man eller kvinna?

Man

Kvinna

4. Hur lång erfarenhet har du av psykiatrisk vård och omsorg?

Mindre än 1 år

1-3 år

4-6 år

Mer än 6 år

5. Vilken eller vilka verksamhet har du haft kontakt med inom psykiatrisk vård och omsorg?

*Markera alla verksamheter du haft kontakt med!*

- Vårdavdelning
- Arbete/sysselsättning
- Öppenvård
- Boendestöd
- Gruppboende
- Fritid
- Frivilligarbete/brukar- eller anhörigorganisation
- Annan, nämligen: \_\_\_\_\_

6. Vilken verksamhet har du haft mest kontakt med inom psykiatrisk vård och omsorg?

*Här ska du bara markera den verksamhet du haft mest kontakt med!*

- Vårdavdelning
- Arbete/sysselsättning
- Öppenvård
- Boendestöd
- Gruppboende
- Fritid
- Frivilligarbete/brukar- eller anhörigorganisation
- Annat

Nu kommer några frågor om hur det är i den verksamhet där du har haft mest kontakt.

7. Hur fungerar samverkan mellan kommun och landsting om du har behov av samordnade insatser?

Fungerar inte alls

Fungerar inte särskilt väl

Fungerar ganska väl

Fungerar mycket väl

8. Arbetar verksamheten där du har haft mest kontakt med att ge patienter/brukare inflytande?

Ja

Nej

Vet ej

9. Om ja, beskriv med egna ord hur de arbetar med det:

---

---

---

Nu kommer några frågor om hur du upplever personalen i den verksamhet där du har haft mest kontakt. Kryssa i det svar du tycker stämmer bäst.

10. Jag blir bemött av personal som en kompetent person med egna resurser att påverka min situation

Instämmer inte alls

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

11. När/Om jag uttrycker min vilja så kan jag påverka personalens arbetssätt

Instämmer inte alls

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

12. Hur tycker du att personalen ser på dig som brukare/patient? Skriv ner tre saker som du tycker beskriver det synsätt personalen har på dig.

---

---

---

**Som avslutning kommer några frågor om enkäten.**

13. Här kan du skriva fritt om det finns något mer du vill säga om projektet, enkäten eller utbildningen:

---

---

---

14. Kryssa i om du har fått hjälp att svara på frågorna i enkäten:

Ja, jag har fått hjälp att svara på frågorna

Nej, jag har svarat på frågorna själv

Tack för att du har svarat på frågorna! Du kan lämna in enkäten till kursledaren.

Ring mig om du undrar över något.

Vänliga hälsningar Maria Skarin, Näckrosprojektet. 0150-74732/076-7647796

# Bilaga 4: Bieffekter och kommentarer vid utvärderingsseminariet

Minnesanteckningar – Utvärderingsdag 2011-02-25, Åsa folkhögskola

## Utvärdering av Näckrosprojektet 2009-2010

### Nu är det dags att få svar på frågor som...

Har vi uppnått ett ökat brukarinflytande? Finns det skillnader mellan kommun och landstingets personal i hur man ser på brukaren? Vad har personal och brukare tyckt om utbildningarna i projektet? Hur upplever brukare att personalen ser på dem? Vad återstår att göra?

### Deltagare

- Representanter för AVP (Arbetsgrupp västra psykiatri, samverkansgrupp mellan kommun och landsting)
- Representanter för ASP (Arbetsgrupp södra psykiatri, samverkansgrupp mellan kommun och landsting)
- Projektledningsgruppen med representanter från brukar/anhörigorganisationer,

Deltagarna fick svara på frågan: Vad har Näckrosprojektet betytt för din verksamhet? – i en ambition av att fånga några av projektets bieffekter.

### Bieffekter:

- Ökat brukarinflytande
- Ökad kunskap
- Ökad förståelse för varandra
- Utbildningsmöjligheter i en tid med begränsade resurser
- Omvärldsperspektiv
- Kunskapsutbyte
- Större medvetenhet om brukarinflytande
- Lättare att hitta samverkanspartner
- Implementering – svårt att genomföra!
- Personal har fått möjlighet till nytt synsätt
- Nya redskap att använda i det dagliga arbetet/samtalet
- Reflektion
- Brukarråd
- Sug efter mer kunskap och att verkligen använda den kunskap man har/har fått
- Personliga möten som lett till bättre kontakter mellan kommun- och landstingspersonal
- Lite mer förståelse för varandras vardag, brukare – kommun - landsting
- Bra samverkan på länsdelsnivåerna
- Öppnat upp för ett tydligare brukarinflytande
- Ökad brukarmedverkan



- Personliga reflektioner över gränserna
- Ökad baskunskapsnivå
- Vårdares ökade medvetenhet om brukares livsvärld/perspektiv
- Fokus på användandet av evidenta stödmetoder, bättre individanpassat stöd
- Förståelse för varandras uppdrag
- Enklare kontaktvägar gällande samverkan
- Samverkan
- Kunskapshöjning
- Ökad medvetenhet hos personal kring brukaren
- Mer och bättre samarbete
- Processen har varit oerhört viktig och värdefull
- Möten mellan olika professioner, myndigheter och brukare
- Förstärkt arbetsmodellen med stor kunskap och många av personalen har börjat använda sig av delar i utbildningen i sitt arbete
- Höjt kunskapsnivån
- Alla har en gemensam kunskapsbas
- Brukarinflytande
- Gett förutsättningar för gemensam samsyn och kunskap

#### **Kommentarer om resultatet:**

Maria Skarin presenterade sedan resultatet från utvärderingen varvat med diskussioner om vad resultatet står för och hur det kan användas för att fortsätta i riktning mot målen gemensam kunskapsbas, förhållningssätt och bemötande, samsyn och brukarinflytande. Följande är en sammanfattning av vissa resultat samt seminariedeltagarnas reflektioner om vad resultaten står för.

#### **Gemensam kunskapsbas**

Utvärdering visar att det finns skillnader i kunskapsbasen mellan kommunen och landstinget.

Kommunen	Landstinget
6 % högskoleutbildning med psykiatrisk inriktning	43 % högskoleutbildning med psykiatrisk inriktning.
Fler med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning utan psykiatrisk inriktning	Större andel med mer än 6 års erfarenhet

Reflektioner om resultatet av seminariedeltagarna:

- Kommun och landsting har olika behov av kunskap, men det är fortfarande viktigt med gemensam kunskap och gemensamma utbildningar.
- Gemensam kunskap – är det samma som gemensamma perspektiv?

## Ökad samsyn och förståelse för varandra

Utvärderingen visar att samverkan fungerar sämre vid den uppföljande mätningen.

Vilka man samverkar med?	Samverkan med brukarorganisationer ökat
Hur fungerar samverkan?	Före: 67 % svarar att samverkan fungerar ganska väl Efter: 57 % ganska väl
Synen på andra huvudmannen	Fler instämmer i hög grad i påståendet att de betraktar den andre huvudmannen som en jämlik partner som de förstår, respekterar och värdesätter. Svaren ger ingen tydlig tendens.

Reflektioner om resultatet av seminariedeltagarna:

- Geografin har betydelse för samverkan. Fler har nu sett konsekvenserna av att slutenvården är koncentrerad till en ort/en länsdel. Det har påverkat upplevelsen av samverkan negativt och kan vara en förklaring till resultatet.
- Utbildningarna ger erfarenheter som vidgar vyerna, ökar medvetenhet och ger tankar om hur man ytterligare kan/borde samverka.
- Vid skattningar visar det sig att brukare har större spridning på sina svar än personal som håller sig mer i mitten, för brukaren gäller det "livet", för personalen gäller det jobbet.

## Ökad samsyn kring förhållningssätt och bemötande

Utvärderingen visar att personal anser att de bemöter brukaren som en kompetent person i högre utsträckning än brukarna anser det. Det finns också skillnader mellan kommun och landsting. Frågan löd: Jag bemöter brukaren/patienten som en kompetent person med egna resurser att påverka sin situation

Kommun (uppföljande resultat inom parentes)	Landsting
Instämmer helt: 47% (48%)	Instämmer helt: 47% (33%)
Instämmer i hög grad: 41% (42 %)	Instämmer i hög grad: 34% (51%)
Instämmer delvis: 12% (9%)	Instämmer delvis: 20% (16%)

Reflektioner om resultatet av seminariedeltagarna:

- Större skillnad mellan kommunen och landstinget efter projektet genomförts. Hur kan vi förstå det? Landstingets personal har förändrat sina resultat mest.
- Utbildningarna har gett nya insikter, därav skillnaden mellan inledande och uppföljande resultat för landstingets personal. De har kanske "trott" att de haft ett bra bemötande, men genom utbildningarna har de lärt sig mer om hur de kan bli bättre.

- Varför inte motsvarande förändring hos kommunens personal? Oförändrat?
- Utbildningarna har gett tankeställare.
- Miljön där man möts har betydelse
- Desto sämre en person mår, desto känsligare är personen för bemötandet
- Ett dåligt bemötande är lättare att minnas än ett bra bemötande.

### Ökat brukarinflytande

Utvärderingen visar att det individuella brukarinflytandet ökat något. Ej på verksamhetsnivå.

Kommun	Landsting
89 % svarar ja på att de arbetar med brukarinflytande i sin verksamhet. Mest arbete med brukarinflytande i gruppboende och arbete/sysselsättning	69 % svarar ja på att de arbetar med brukarinflytande i sin verksamhet. Likvärdigt oavsett verksamhet; i öppenvård, vårdavdelning, jourverks
Brukarorganisationer nämner brukarinflytande på övergripande nivå i beskrivningen av hur de arbetar med det. Inte någon av de andra organisationerna.	Rehabiliterings/vårdplan nämns ej av brukarna som ett sätt att få inflytande. Det anges av personal enbart. Hur kommer det sig? Brukarråd? Flera delar lika mellan brukare-personal i hur man beskriver att man arbetar med brukarinflytande, positivt.

Reflektioner om resultatet av seminariedeltagarna:

- Bra att utbyta erfarenheter mellan kommun och landsting i hur man kan arbeta med brukarinflytande.
- Vad menar man med brukarinflytande? Definitionen av brukarinflytande spelar stor roll för hur man sedan arbetar med det.
- Gemensamma utbildningar för personal och brukare.
- Det är individuellt hur mycket inflytande brukaren vill ha och vad man vill ha inflytande i. Kan vara viktigt att ta individuell hänsyn i arbetet med att ge individen inflytande.
- Utbilda/informera mer om hur olika saker fungerar, vilka insatser som finns att välja på, dess effekter o s v. är också ett sätt att öka brukarens möjligheter till inflytande. Med ökad kunskap om olika insatser kan brukaren i högre utsträckning välja den insats han/hon föredrar och därmed utöva sitt inflytande.

**Utbildningarna, hur de varit sammanfattningsvis:**

- Positiva omdömen för alla utbildningar
- Utbildare med egen erfarenhet uppskattas mycket
- Många positiva reaktioner på blandade utbildningsgrupper