



”Vi kan ju inte hjälpa dem om vi inte frågar vad de vill ha hjälp med”

En rapport om brukarmedverkan på verksamhetsnivå inom psykiatri, missbruks- och beroendevården

Tomas Bons

Marianne Paunia

FoU Södertörns skriftserie nr 143/16
Rapport nr 24/2016 FoU Nordost i Stockholms län

Innehåll

Presentation av projektet	3
Syfte.....	3
Bakgrund	4
Metod och genomförande.....	7
Teori	10
Resultat	12
Varför brukarmedverkan?	12
Brukarmedverkan på individnivå	14
Information, samverkan och bemötande.....	14
Uppföljning av insatser	16
Att vara med och påverka sin egen behandling.....	19
Brukarmedverkan på verksamhetsnivå.....	21
Brukarrevision, brukarråd, husmöten och fokusgrupp	23
Återvändarträff.....	23
Praktiskt direkt brukarmedverkan	24
Träffpunkter mellan intresseföreningar och profession.....	24
Patientforum	25
”Minerade områden”	25
När det inte finns plats för brukarmedverkan	28
Slutdiskussion och avslutning	30
Referenser	34

Presentation av projektet

Brukarmedverkan inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har under en lång tid varit en aktuell fråga. Trots detta lyser brukarmedverkan med sin frånvaro inom många områden. Projektets syfte är att försöka ta reda på varför brukarmedverkan inte har utvecklats i större omfattning inom missbruks och beroendevården, vilka hinder det finns och vilka utvecklingsområden som är möjliga.

Under sommaren 2014 gjorde Verdandi, på uppdrag av Regionala samrådet för psykiatri- och beroendefrågor (f.d. Regionala samrådet för missbruk- och beroendefrågor, i den löpande texten förkortad till det Regionala samrådet), en kartläggning kring brukarinflytande/medverkan inom missbruks- och beroendevården inom de geografiska områdena Södertörn och Nordost i Stockholms län. Kartläggningen genomfördes via telefonintervjuer med företrädare för kommunernas missbruksvård och brukarrådsrepresentanter genom frågeformulär som utformats särskilt för ändamålet. Resultatet visade bland annat att:

- alla tillfrågade kommuner önskar en starkare brukarmedverkan/inflytande i sina respektive verksamheter, men att hindren och svårigheterna upplevs som många.
- professionen anser att det saknas samordning för brukarinflytande och att det är svårt att hitta former för bra samarbete
- det saknas riktlinjer och policydokument
- det i många kommuner saknas aktörer/brukarföreningar för samverkan
- brukarna anser att det behövs kompetensutveckling för brukare
- brukarna efterlyser ömsesidig respekt
- brukarmedverkan måste ses långsiktigt (Verdandi 2014)

Regionala samrådet för psykiatri- och beroendefrågor är ett råd bestående av chefstjänstemän från kommun, landsting, privata vårdgivare, kriminalvården och länsstyrelsen. Samrådet leds gemensamt av kommunförbundet i Stockholms län, KSL och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, HSN. Uppdraget är att leda och utveckla länets förebyggande arbete och missbruks- och beroendevård samt att stödja implementeringen av länets policy för missbruks- och beroendevård på lokal och regional nivå. (KSL & SLL, 2008)

FoU Nordost och FoU Södertörn skrev tillsammans med Verdandi en projektansökan om utveckling av samverkan/brukarinflytande på verksamhetsnivå mellan brukarorganisationer och huvudmän inom missbruks- och beroendevården. FoU-miljöerna skulle i projektet inbjuda till fokusgrupper med profession och brukare och Verdandi skulle utbilda brukare i brukarmedverkan samt rekrytera brukare till fokusgrupperna. Regionala samrådet beviljade 500 000 i projektmedel till FoU Nordost och FoU Södertörn för att påbörja ett utvecklingsarbete kring brukarinflytande på verksamhetsnivå. Det var tänkt att Brukarrådet i Stockholm i projektet skulle representeras av Verdandi. Brukarrådet i Stockholm tilldelades projektmedel men tackade av olika skäl senare nej till medverkan.

Syfte

Ett av målen med en ökad brukarmedverkan är att utveckla kommunerna och landstingets verksamhet genom att i en högre grad än tidigare använda brukares och brukarorganisationers synpunkter och erfarenheter i utformningen av verksamheterna.

Syftet med föreliggande projekt har varit att skapa ett kunskapsunderlag kring hinder och möjligheter att utveckla brukarinflytande/medverkan på verksamhetsnivå.

Bakgrund

I både Socialtjänstlagen (SoL) och i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anges att vården ska bygga på *respekt för människors självbestämmande och integritet*. I SoL anges att insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och i HSL anges att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (1 kap §1, 3 kap § 1 SoL, § 2a HSL).

En god vård inom Hälso- och sjukvården ska bland annat kännetecknas av att den är individfokuserad, jämlik och säker. En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med vård och behandling uppnås och att säkerhetsrisker kan förebyggas. Det ställer krav på att vårdgivare, chefer och hälso- och sjukvårdspersonal tillämpar den lagstiftning som reglerar patientens ställning och att det finns ett ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som också omfattar bemötande, information, delaktighet och kontinuitet.

I Socialtjänstlagen uttrycks vikten av att socialnämndens insatser för den enskilde skall *frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser* och att insatserna skall *utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne* samt att man ska *i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs*. Enligt 3 kap 5§ ska insatser för den enskilde *utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra organisationer och andra föreningar*. Lagen uttrycker, om än i allmänna, övergripande och ej preciserade ordalag att man skall beakta den enskildes åsikter vilket bör vara liktydigt med brukarmedverkan och brukarinflytande.

Socialstyrelsen publicerade 2013 en vägledning om brukarmedverkan och inflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2013). I vägledningen lyfts brukarperspektivet som en viktig del av den evidensbaserade praktiken och att det i grunden handlar om att införa ett nytt synsätt där man förändrar maktförhållandena mellan profession och brukare. En betydelsefull del av verkligheten förloras om man inte tar med den kunskap som individer har. Man poängterar särskilt att ansträngningar behöver göras för att finna former för medverkan och inflytande när möjligheterna av olika skäl är begränsade, exempelvis för personer som vårdas under tvång, har en demenssjukdom eller har en intellektuell funktionsnedsättning.

I vägledningen definieras *brukare* som ett samlande begrepp för alla som får individuellt behovsprövande insatser från socialtjänsten, oavsett vilken typ av insatser det handlar om. Termen brukare ses som en motsvarighet till patient, men inom socialtjänstens domäner. Med *brukar- och närståendeorganisationer* menas ideella föreningar som organiserar personer utifrån deras gemensamma erfarenheter av sjukdom, funktionsnedsättning eller sociala svårigheter. Anhöriga till personer med omfattande behov av vård och stöd ingår ofta i brukarorganisationer.

I vägledningen definieras begreppen *brukarinflytande*, *medverkan* och *delaktighet* som att individer på något sätt kan ta del av eller påverka beslut som rör dem eller utformning och styrning av olika verksamheter som ger insatserna. Med *brukarmedverkan/delaktighet* avses att individen på något sätt medverkar och är delaktig i en process oavsett vad delaktigheten leder till. *Brukarinflytandet* förutsätter att delaktigheten påverkar processen.

Brukarmedverkan och inflytande kan ske på olika nivåer:

1. Individuell medverkan
2. Medverkan på verksamhetsnivå
3. Inflytande på organisations – eller systemnivå

Individuell medverkan eller *individuell inflytande* kan exempelvis handla om individens möjligheter att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd han eller hon får. Den andra nivån *medverkan och inflytande på verksamhetsnivå* ger en möjlighet till medverkan i utveckling och beslut inom en viss verksamhet exempelvis ett boende eller en vårdklinik. Olika former av brukarråd eller brukarrevisioner är exempel på detta.

Inflytande på organisations- eller systemnivå kan innebära politiskt inflytande eller medverkan när det gäller att ta fram vårdprogram och olika typer av riktlinjer. Oftast är det brukar- eller anhörigorganisationer som medverkar eller utövar inflytande på det sättet. Det kan ske genom exempelvis remissarbete, direkt kontakt med beslutsfattare etc.

Brukarinflytande kan ha olika riktningar, ett ”top-down- eller bottom-up-perspektiv”. Vid det förstnämnda är verksamhetens behov i centrum, beroende av vad servicegivarna vill fokusera på. Vid det senare utgår man istället från brukarnas behov. Det handlar om att betrakta insatserna från brukarnas perspektiv och att brukarna själva i så hög utsträckning som möjligt ska definiera vad som är god kvalitet.

De vanligaste bevekelsegrunderna som stöder brukarmedverkan och inflytande sammanfattas i vägledningen till serviceanpassning, effektivitet, maktutjämning, legitimitet, empowerment, demokrati och återhämtning. I vägledningen redogörs för olika exempel på metoder för brukarmedverkan och inflytande och man konstaterar att det finns fler metoder för brukarmedverkan och inflytande på verksamhetsnivå än på individnivå.

Vägledningen lyfter vidare olika *förutsättningar* och *hinder* för brukarmedverkan vilka redovisas nedan.

Bemötande och helhetssyn

Ett gott bemötande är en grundläggande förutsättning. Se, lyssna och respektera!

Attitydförändring

Kräver ett nytänkande och medvetenhet om egna och andras fördomar och attityder. Motverka diskriminering och stigmatisering. Fordrar tilltro till människors möjlighet till utveckling, tillfrisknande och återhämtning. Respekt för olika erfarenheter, kunskap och kulturer.

Maktrelationer

Stärkt brukarmedverkan och inflytande kräver en förändring av maktrelationer. De professionellas roll behöver mer anta formen av stödjare, konsult, handledare. Ett sätt att stärka brukarmedverkan och inflytande kan vara att anställa personer med egen erfarenhet.

Förankring och samverkan

Det behövs en politisk förankring och ett tydligt mandat från verksamhetsledning på lokal, regional och nationell nivå. En samordning av inflytande på individnivå och organisatorisk nivå behöver ske. Riktlinjer och styrdokument som klargör formerna för samarbetet behöver utarbetas.

Tillgänglighet

En anpassning av arbetsformer, information och kommunikation behövs så att alla kan vara med oberoende av tidigare vana, erfarenhet eller funktionsnedsättning.

Information

Kommunikation, möjlighet att föra en dialog, har stor betydelse för att skapa en bra verksamhet. Informationen behöver vara lätt tillgänglig och för att göra det möjligt att påverka beslut behöver den ges tidigt i processen.

Resurser

Resurser i form av tid, pengar och administrativt stöd behöver avsättas både för verksamheterna och brukarorganisationerna.

Rutiner

Rutiner för hur synpunkter tas om hand och följs upp behöver utarbetas.

Långsiktighet

Brukarmedverkan och inflytande måste vara en långsiktig process som innehåller planering, genomförande och uppföljning
Stabilitet och kontinuitet är viktiga faktorer som inte ska vara beroende av eldsjälär.

Utbildning och rekrytering av personal

Brukarrepresentanters medverkan i fortbildning och rekrytering av personal är ett sätt att säkra att brukarperspektivet ses som en självklar del i utvecklingen

I vägledningen lyfts också faktorer som kan utgöra *hinder* för brukarmedverkan och inflytande.

Olika *attityder* såsom rädsla från professionen att förlora makt, motstånd och ointresse från chefer att pröva nya arbetsformer är exempel på faktorer som kan försvåra.

Det finns också en risk för att det blir en envägskommunikation som bibehåller den *maktobalans* som finns och självklart utgör *brist på resurser* också ett hinder för brukarmedverkan.

I Verdandi socialpolitisk debatt nr 105 (Haggren, 2012) argumenteras för att brukarinflytande gör alla parter till vinnare med den skillnaden att vinsten ser olika ut för olika aktörer.

Brukarmedverkan behövs då brukarnas kunskaper är viktiga för kvaliteten i arbetet och bidrar till en ökad effektivitet.

Brukarinflytande handlar om delaktighet och verkliga möjligheter att påverka. Verdandis utgångspunkt avseende brukarinflytande sammanfattas i orden *människosyn* och *erfarenhet*.

Det första syftar till att alla har rätt till inflytande och delaktighet i det som rör ens liv, man har rätt att vara ett subjekt och inte ett objekt i sitt eget liv. Vidare lyfts synsättet att alla kan bidra med resurser om man ges rätt förutsättningar. Erfarenheten säger att vård och behandling måste bygga på delaktighet och motivation för att kunna bli framgångsrik och få ett varaktigt positivt resultat.

Inflytandet måste vara verkligt och brukarna måste kunna påverka på såväl individ som på verksamhets- och systemnivå. Makten att utse och definiera vem som är rätt brukarrepresentant måste ligga hos brukarna och deras respektive organisation. Verdandis ståndpunkt är att myndigheter, verksamheter och andra organisationer inte ska ha synpunkter på vilka som företräder brukarna.

Verdandi skiljer på *brukarstyrt inflytande* och *inflytande eller tyckande på verksamhetens villkor*. Brukarstyrd brukarrevision är ett exempel på det förstnämnda och verksamhetens ”brukarenkäter” är exempel på det senare.

Ett väl fungerande brukarinflytande förutsätter tillgång till inflytande på alla nivåer, de är inte utbytbara utan bör komplettera varandra.

Metod och genomförande

Det empiriska materialet i denna studie utgår från fokusgruppintervjuer med företrädare för de lokala samråden för psykiatri- och beroendevård (i den löpande texten förkortad till lokala samråd) och brukare.

Konstellationen i de lokala samråden såg olika ut men var gång fanns beroendevård, psykiatri och/ eller socialpsykiatri och missbruksenheterna representerade. I några av de lokala samråden fanns även representanter för kriminalvården, äldreomsorg och trygghetsmyndigheter representerad.

Fokusgrupp som metod

En fokusgruppsintervju innebär i ett forskningssammanhang att en grupp individer samlas för att under ledning av en samtalsledare diskutera ett visst tema. Vad som kännetecknar en fokusgrupp är att:

- Syftet är att samla in kvalitativa data.
- Deltagarna är en grupp människor med något gemensamt.
- Deltagarna diskuterar utifrån ett specifikt fokus. (Hylander, 2001)

I fokusgruppsintervjun är kommunikationen mellan deltagarna central där forskaren/samtalsledaren leder diskussionen och har en relativt passiv roll. Metoden är lämplig för att undersöka grupprelaterade föreställningar, erfarenheter och motiv. En fördel med metoden är att deltagarna kan jämföra och ifrågasätta varandra inom gruppen och därmed ge en bredare och djupare bild än enskilda intervjuer. Samtidigt kan individuella perspektiv skymmas bakom grupprelaterade föreställningar och normer. I fokusgruppsintervjun är det gruppen som är analysenheten. (Wibeck, 2000). Metoden kan också karakteriseras som tidsbesparande i och med att man får in information från flera personer, också ofta med olika yrkespositioner, vid ett och samma tillfälle.

Projektet inleddes med att formulera underlag för fokusgruppsintervjuer, en semistrukturerad intervjuguide (Kvale, 1997), därefter skedde ett urval av vilka som skulle bjudas in, samt genomförande och analys av intervjuer. Underlaget (intervjuguiden) utformades i samarbete med brukarorganisationer. Detta skedde genom att projektmedarbetarna presenterade underlaget för en representant från Brukarrådet i Stockholm. Representanten diskuterade därefter frågorna på ett av Brukarrådets möten. De fann frågeställningarna i intervjuguiden relevanta.

Materialet består av åtta fokusgruppsintervjuer med brukare och professionella. Brukarna intervjuades för sig och de professionella för sig.

Syftet med fokusgrupperna har varit att undersöka vad brukare ska/kan ha inflytande över, vilka hinder och möjligheter som finns samt vilka förutsättningar, resurser och strukturer som behövs för att brukarinflytande ska komma till stånd.

Fyra olika frågeområden har lyfts i fokusgrupperna. Dessa är:

- Varför brukarmedverkan?
- Erfarenheter av brukarmedverkan?
- Områden för brukarmedverkan?
- Organisation kring brukarmedverkan?

För att underlätta den lokala utvecklingen av missbruks- och beroendevården ska det, enligt länets policy för missbruk och beroendevård, finnas lokala samråd för missbruk och beroendevården i länets kommuner och stadsdelar. Där ska företrädare från kommunen/stadsdelen, den lokala hälso- och sjukvårdens ledningar samt Kriminalvården ingå. Det lokala samrådet ska gemensamt besluta hur implementeringen av policyn och de nationella riktlinjerna ska genomföras och vad som ska prioriteras utifrån de lokala behoven (KSL & SLL, 2008). I de lokala samråden ingår även privata vårdgivare som arbetar på landstingets uppdrag. När vi i resultatredovisningen skriver om landsting och psykiatri/beroendevård så skiljer vi inte på den landstingsdrivna verksamheten och den som drivs av privata vårdgivare.

Urvalet till studien gjordes strategiskt utifrån att erhålla en blandning av socioekonomiskt olika kommuner och avsåg tre kommuner från var och en av de två FoU-enheterna, tre från södertörnsområdet och tre från nordostområdet. Genom att vi vände oss till de lokala samråden för psykiatri- och beroendefrågor, som i linje med den evidensbaserade praktiken ska utveckla vården genom brukarsamverkan, har vi byggt på de befintliga strukturer som redan finns. En förhoppning var att de lokala samråden, vars syfte är att utveckla den lokala psykiatri- och beroendevården, skulle vara intresserade av att medverka. En ambition med att vända sig till de lokala samråden var också att projektet skulle kunna ”så ett frö” för att ”skjutsa på” arbetet med brukarmedverkan.

Inför fokusgruppsintervjuerna med de sex lokala samråd som utvaldes till att medverka togs först en personlig kontakt, sedan skickades en inbjudan ut där projektet kort presenterades och där varje lokalt samråd bjöds in för att delta. Alla de sex lokala samråden tackade ja till att delta i fokusgruppsintervjuer. En fokusgrupp ställdes in på grund av praktiska skäl. Brukare har inbjudits till fyra separata fokusgrupper. De rekryterades via missbruks- och socialpsykiatriska enheter inom socialtjänsten. En av brukargrupperna tackade nej till att delta. Telefonkontakt togs med de professionella som även fick ett informationsbrev med en kort beskrivning av projektet och betydelsen av brukarnas medverkan. Sex av fokusgruppsintervjuerna genomfördes av denna rapportens författare, två av fokusgrupperna genomfördes av en av författarna samt två andra av FoU-miljöernas medarbetare. Rapportens författare har sammanställt och analyserat det material som framkommit.

I fokusgrupperna med professionen fanns totalt 28 deltagare fördelade på fem grupper. Gruppernas storlek varierade från tre deltagare till åtta deltagare. Bland gruppdeltagarna fanns chefer, samordnare, strateger. Sammansättningen i kommunernas lokala samråd för missbruk och beroendefrågor ser olika ut och bygger på kommunernas lokala förutsättningar varför man inte entydigt kan ange vilka roller som finns representerade i ett lokalt samråd för missbruks- och beroendefrågor.

I de tre fokusgrupperna med brukare deltog totalt 12 personer. Sex av brukarna hade eller hade haft kontakt med lokala integrerade beroendemottagningar, tre av dem hade nyligen deltagit i en återfallspreventionskurs. Sex av brukarna hade insatser enligt LSS och bodde på ett särskilt boende. Gruppernas storlek varierade från tre till sex deltagare (se Tabell 1).

Tabell1. Förteckning över deltagare i fokusgruppsintervjuerna

Fokusgrupp	Brukare – antal deltagare och könsfördelning	Lokalt samråd – antal deltagare och könsfördelning		Tid
Fokusgrupp 1		5 4 kvinnor, 1 man		69 min
Fokusgrupp 2		3 3 kvinnor		64 min
Fokusgrupp 3		5 5 kvinnor		58 min
Fokusgrupp 4		7 3 kvinnor, 4 män		80 min
Fokusgrupp 5		8 5 kvinnor, 3 män		42 min
Fokusgrupp 6	3 1 kvinna, 2 män			87 min
Fokusgrupp 7	6 3 kvinnor, 3 män			90 min
Fokusgrupp 8	3 1 kvinna, 2 män			69 min

I fokusgrupperna fungerade en projektarbetare som moderator och den andra hade en mer passiv roll och ställde kompletterande frågor under diskussionen.

Intervjuerna inleddes med att moderatorn kort informerade om projektet och dess syfte samt introducerade intervjuens struktur. Information lämnades om sekretess och frivillighet i att delta. På grund av sekretessen redovisas inte vilka kommuner som varit aktuella för fokusgruppsintervjuer.

Samtliga intervjuer dokumenterades via ljudinspelning efter att intervjudeltagarna samtyckt till det. Allt som har med frågeställningarna att göra har skrivits ut ordagrant. Det innehåll av intervjuerna som ligger utanför frågeställningarna har inte skrivits ut. Utskrifterna har bildat underlag för tematisering av innehållet. Intervjuerna varade i genomsnitt cirka 70 minuter. Citat som används i rapporten har redigerats språkligt utan betydelsen har ändrats.

Teori

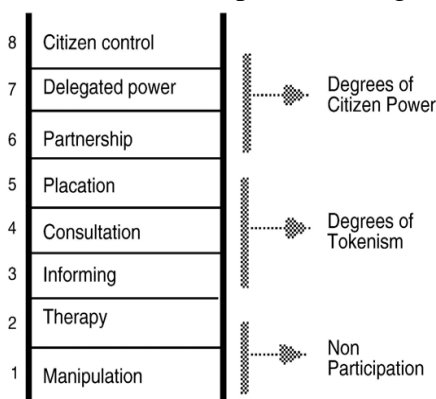
Inom området finns en mängd olika begrepp som det kan vara viktigt att skilja åt. I diskussionen talas det ofta om brukarmedverkan, brukarinflytande, brukarmakt, brukardeltagande, brukarpåverkan, patientinflytande och det finns säkert fler termer. I det engelska språkbruket gör man en skillnad mellan *user involvement* och *user participation*, där termen *involvement* avser någon form av aktiv påverkan från brukarnas sida till skillnad från *participation* (Rönmark, 2011). Denna språkliga skillnad avspeglas inte i det svenska språket, vad implicerar en starkare delaktighet; medverkan eller inflytande? Vi använder i denna rapport växelvis brukarinflytande och brukarmedverkan men de bör ses som synonymer.

Vad säger då forskningen om vad som är brukarmedverkan och hur den gagnar verksamheten?

De engelska forskarna Beresford & Croft (1996) skiljer på två, motstridande synsätt, vad gäller brukarinflytande vilka man benämner *the managerialist/consumerist approach* och *the democratic approach*. I det förra synsättet inhämtas information från klienter, patienter eller brukare mer på basis av ett kundbeteende medan i den senare modellen så poängteras mer av ett reellt inflytande på själva verksamheten vilket står i motsättning till *the managerialist/consumerist approach*.

En annan aspekt av brukarmedverkan handlar om vilken typ av makt, medverkan eller inflytande brukare kan ha på en verksamhet.

Graden av brukarmedverkan kan givetvis variera. I *A Ladder of Participation* (Arnstein, 1969) så delas möjligheten för brukaren (eller medborgaren) in i åtta olika steg utifrån vilket inflytande man har att påverka beslut. Men enligt denna typologi så räknas varken konsultation, information eller terapi som deltagande eller inflytande.



Figur 2. Arnsteins deltagandesteg (1969)

Det är också möjligt att diskutera brukarbegreppet utifrån olika nivåer. Grip (2006) skiljer på brukarmedverkan på en individuell, kollektiv eller representativ nivå. En viktig skillnad är också om brukarmedverkan styrs av formella regelverk eller om det sköts mer informellt i organisationen (Karlsson & Börjeson 2011).

Brukarnas erfarenheter och önskemål ingår också som en av tre informationskällor inom den evidensbaserade praktiken (EBP). I Socialstyrelsens riktlinjedokument (2015) lyfts dock specifika metoder med stöd i forskningen fram och de övriga källorna; brukarerfarenhet och den kliniska erfarenheten får inte lika stort utrymme.

En brukare ingår i en *medverkansrelation*, till skillnad från en klient, som mer avser en person som är föremål för insatser som andra har beslutat om. Brukarmedverkan är ett begrepp som också säger något om en relation mellan brukaren och den professionelle. Brukarmedverkan

är nära sammanbundet med begreppet *empowerment*. Askheim och Starrin (2007) diskuterar detta inte helt entydiga begrepp från flera infallsvinklar. Hur får brukaren makt och hur ser den i så fall ut? Han talar bland annat om den terapeutiska positionen och benämner empowerment som *myndiggörande* vilket innebär att de som innehar makt överlåter en del makt åt brukaren. Detta behöver inte, menar Askheim, innebära att brukaren får mer makt eftersom det är myndigheten som sätter gränserna för hur mycket och vad denna makt ska innebära (Askheim och Starrin 2007).

Hur detta inflytande ser ut handlar i hög grad om hur mötet mellan brukare och vårdgivare ser ut. Denna process beskriver Bülow et al (2012) som ett *delaktighetsgörande*. Denna process blir möjlig genom att brukare och socialtjänst/landsting för en dialog. Vilket är något som undersöks i samma bok som ovan av Persson Thunqvist et al (Bülow et al, 2012) som bland annat menar att: *Kommunikation handlar således inte enbart om ett utbyte av tankar, idéer, åsikter och värderingar, utan i väsentlig mening om människorna själva och deras inbördes sociala relationer* (sid. 19).

Hur själva relationen mellan brukare och personal ser ut är väsentlig för det inflytande brukare kan få, oavsett om organisationen kring brukarmedverkan är formellt eller informellt reglerad. Hur brukaren blir bemött, hur hans eller hennes åsikter tas emot av handläggare eller behandlingspersonal blir ytterst det som leder till om brukaren känner sig delaktig eller inte. Detta leder fram till att en strategi eller en form för hur brukarmedverkan ska realiseras måste börja redan vid brukarens första möte med handläggare eller behandlare.

Inom forskningen, som på denna punkt är relativt enig, visar flera studier på vad det är som brukaren eftersträvar samt vilka egenskaper man vill att behandlaren ska ha. Beresford (2011) nämner att det bland annat handlar om engagemang och kontinuitet och att man vill bli bemött med värme, empati och att behandlarna ska ha en förmåga att lyssna samt att ha ett icke-dömande bemötande. Dessa är faktorer som också är av vikt för upplevt inflytande. Mellan brukare och socialtjänst finns det också ett ojämnt maktförhållande. Det kan i vissa situationer finnas en tvekan från brukarnas sida att ta kontakt, vilket kan ha att göra med att socialtjänsten är en myndighet som har utredningsplikt om man upptäcker missförhållanden. Brukaren befinner sig i en utsatt situation och är i direkt beroende av den personen från socialtjänsten han/hon möter. Blennberger (2005) benämner detta som en *asymmetrisk relation* där bemötandet brukaren får från personalen är av särskild vikt. Blennberger (2005: 376) skriver att: *Socialarbetarens bemötande av medborgaren/klienten kan vara helt avgörande för klientens/medborgarens livskänsla och tillit*. Bemötande är således en viktig faktor när det gäller brukarmedverkan.

Resultat

I den här delen av rapporten redovisas resultaten av de fokusgrupper som genomförts, först med ett avsnitt om varför man anser att brukarmedverkan är viktigt. Därefter presenteras resultaten i två olika block; brukarmedverkan på *individnivå* samt brukarmedverkan på *verksamhetsnivå*.

Varför brukarmedverkan?

I denna fråga ges inledningsvis mycket samstämmiga svar. Såväl profession som brukare anser att man som brukare ska ha inflytande över sin vård och genom den erfarenhet som brukarna kan ge tillbaka till verksamheten så är det ett sätt att också utveckla verksamheten. I en av fokusgruppsintervjuerna med deltagare från professionen så svarar man, med lite av ett självklart konstaterande, att: *Vi kan ju inte hjälpa dem om vi inte frågar vad de vill ha hjälp med.* Detta sammanfattar ganska väl något av en grundtanke med själva brukarmedverkan hos professionen; Man måste fråga brukarna och man måste föra en dialog om behandlingen/insatsen. Detta är något som de allra flesta är eniga om. Sen är det frågan om på vilket sätt man inleder och skapar denna dialog, vilket är något av kärnfrågan kring brukarmedverkan. I samma fokusgrupp sägs det lite senare om just detta att det är nödvändigt att *skapa en upplevelse av delaktighet*. Denna känsla utvecklas till att det rör sig om *en känsla av sammanhang, att man har kontroll över sin situation*. Detta är en fråga vi kommer att återkomma till.

I en av fokusgrupperna svarar man omgående att: *Det är absolut viktigt att ta tillvara brukarnas erfarenheter, för det är där man måste börja någonstans för att få bra insatser.* Detta svar implicerar två saker. Dels så anser man att brukarnas erfarenheter är viktiga. Dels så säger man att man ”måste börja någonstans” vilket skulle kunna tolkas så att man faktiskt inte har börjat. På ett sätt kan detta svar vara ganska representativt för var frågan om brukarmedverkan befinner sig ute i kommuner och landsting i dagsläget; man är medveten om vikten av brukarmedverkan men man har ännu inte utvecklat den tillräckligt.

I en fokusgruppsintervju med professionella så bidrar en person från landstinget med ytterligare en aspekt till varför man ska ha brukarmedverkan: *... så träffar jag brukarorganisationer och det är alltid så att de ställer frågor som jag faktiskt inte tänkt. Det är ett annat perspektiv och det är jätteviktigt för vår utveckling.*

Att brukarna har ett annat perspektiv och kan se på frågor på ett annat sätt eller i alla fall ge nya infallsvinklar som professionen kanske inte beaktat. Brukarmedverkan kan ge nya perspektiv på vården, att man ställer frågor som professionen inte tänkt på.

I denna fråga så uttrycker de brukare vi intervjuat att de har mycket att bidra med. De uttrycker samtidigt att de inte är vana att bli tillfrågade och ge synpunkter på sin behandling eller om de på något sätt skulle kunna bidra till en verksamhetsutveckling. En brukare säger så här:

Jag tror att anledningen till att vi sitter här det är inte för att vi måste utan för att vi känner att vi har något att dela med oss av och ge tillbaka. Så att för mig spelar det inte så stor roll, jag skulle kunna ha struntat i det där för jag kommer inte att dricka men för [...] socialtjänst så tror jag att man släpper ut en enorm massa kunskap [...] De kanske sitter på en massa personlig kunskap, det vet jag inte, det är mycket möjligt. De har investerat kanske vad har jag kostat? 4-500 000 kronor sista halvåret, det är rätt mycket pengar, och sen så bara, byebye istället för att kanske...

Vi ställde också frågan hur man i så fall skulle göra för att ta tillvara den här kunskapen och erfarenheterna:

Ja man skulle kunna ha sådana här grupper. Man sitter och pratar med socialsekreterare, med missbruksterapeuter, ja jag vet inte. Det bara kom, nu jag har aldrig tänkt på det förut. Det är ungefär som företag som satsar en massa pengar i ungdomar, man tränar dem i sitt jobb och utbildning och sen när de är klara så går de till konkurrenten, lite så. Där finns det ju, det finns sådan fruktansvärd kunskap.

Flera av de intervjuade brukarna efterlyser mer delaktighet av brukare i själva behandlingen. Utifrån egna erfarenheter tycker brukarna det vore bra att under behandling ha möjlighet att ta del av andra brukares upplevelser av att ha varit i en liknande situation. Av de brukare vi intervjuat talar de flesta sig varma för att träffas i grupp. Professionen uttalar sig positivt om fördelarna med att brukarna träffas och diskuterar i grupp:

Vi har ju också en del gruppbehandling och det är ju också intressant att se vad man kan, det blir ju helt andra processer när man säger saker brukare emellan. Det som vi kanske inte kan säga eller föreslå det vet man själva och det kan man bidra med i en dialog brukarna emellan.

Både brukare och profession betonar därmed förtjänsterna med att brukare ges möjlighet att dela sina erfarenheter i grupp.

Variation mellan brukargrupperna

Fokusgrupperna med brukare gav värdefull information om hur man ser på vården och behandlingen. Det varierade en del hur brukarna uttryckte sig. De brukare som genomgått missbruksbehandling, av vilka några är citerade ovan, var fokuserade på frågor som handlade om att ta tillvara de erfarenheter som de haft under sin behandling. Brukarna inom socialpsykiatri pratade å andra sidan mer om frågor som direkt berörde praktiska aspekter inom verksamheten i jämförelse med de brukare som genomgått missbruksbehandling, varför vi kort vill redogöra för dessa här.

Det är främst två aspekter av verksamheten som brukarna inom socialpsykiatri tar upp. Det ena gäller maten och det andra handlar om att man ska stänga en kaféverksamhet. Relativt tidigt i intervjun så kommer brukarna in på maten. De är missnöjda med att de inte alltid får lagad mat.

De skulle kunna laga hela veckan ut, alltså måndag-söndag hemlagad mat, husmanskost, om man så säger. Inte bara mikromat på helgerna. Under veckorna är det mikromat på luncherna men resten är som vanligt, men det är för mycket. Det är inte roligt att äta på luncherna.

När vi frågar om de inte påtalat detta för de verksamhetsansvariga så handlar det om lite svävande svar huruvida de talar med personalen och om de lyssnar på de synpunkter som läggs fram. Det har varit svårt att under intervjuerna få konkreta exempel på när det finns en dialog mellan brukare och personal. I intervjuerna uttrycks inte alltid om det är personal från boendet man samtalat med eller om det är personal som jobbar i en sysselsättningsverksamhet eller om det är brukarens kontaktperson. Men man får under intervjun en känsla av att de inte har samma distans till sin situation som de brukare som genomgått missbruksbehandling och har sitt sociala sammanhang utanför ett institutionsboende. Flera av brukarna har bott på sina boenden under många år. I anslutning till boendet finns en kaféverksamhet, vilken är en

uppskattad mötesplats, som man nu från kommunens sida beslutat stänga. Samtidigt finns det en liknande verksamhet i anslutning till en daglig verksamhet (arbetsmarknadsåtgärd) dit man från kommunens sida vill att brukarna istället ska söka sig. En svårighet med detta är, uppger brukarna, att den ligger på en annan plats i kommunen dit man måste ta sig med allmänna kommunikationer, vilket för många av brukarna uppfattas som problematiskt. Flera av brukarna känner sig inte bekväma med att resa med kollektivtrafiken. Brukarna är inte heller helt klara över om det finns möjlighet att istället få skjuts dit av personalen på boendet.

Brukarmedverkan på individnivå

Information, samverkan och bemötande

Ett område som togs upp under fokusgrupperna var vikten av information. Professionen framförde att det var viktigt att förbättra både den skriftliga och muntliga informationen om det behandlingsutbud som erbjuds. Från brukarhåll framförde man att man inte alltid visste om en person arbetar på landstinget eller i kommunen. (Denna otydlighet bekräftas också i fokusgrupperna med professionen). Vid en första kontakt är brukaren ofta osäker och har svårt att ta in den struktur han/hon befinner sig i. Så här uttrycker sig en brukare i denna fråga:

Det är ju så att man är i ett underläge när man som missbrukare kommer in i ett sådant här sammanhang med en massa olika kontakter och man känner sig lite förvirrad och vet inte riktigt vad saker och ting ska ta vägen. Där tror jag att det finns väldigt, väldigt mycket att göra just med information. Jag var verkligen verkligt förvirrad när jag fick träffa, det var jättemycket människor och alla hette Karin eller Kerstin eller någonting sånt där och det är i ena sekunden landstinget och nästa sekund så är det kommunen och man vet liksom inte. Och jag har jobbat jättemycket med både landsting och kommun tidigare i mitt yrkesliv så jag är inte helt borta vad gäller sådana saker men jag har fruktansvärt svårt fortfarande att veta vem som är missbruksenheten och beroendemottagningen.

Vad brukaren föreslår är att handläggaren istället ska rita upp en enkel karta över den personal brukaren kommer att träffa, med namn, titel och var man arbetar. När vi då undrar om brukaren inte bara kunnat fråga handläggaren om dessa uppgifter så är svaret:

Säkerligen, men jag tror att det finns en känslomässig spärr när man är i det här underläget och skäms lite och tycker att det är jobbigt och allting och dessutom erkänna att man är lite förvirrad och inte riktigt vet vem som är vem så tycker jag man kunde ta det lite mer på allvar.

Genom att från professionens sida vara väldigt tydlig med hur man är organiserad kan onödig osäkerhet undvikas. De lokala integrerade beroendemottagningarna behöver förbättra och förtydliga för brukarna de olika rollerna och ansvarsområdena inom kommun och landsting. I en av fokusgruppsintervjuerna uttrycker en brukare just detta och menar också att det måste finnas ett helhetsperspektiv:

Det måste finnas en person som är en spindel i nätet och som har ett litet utökat ansvar för att följa med, följa upp, hänga kvar och kolla att personen går till rätt ställe. Så den rollen skulle kunna förstärkas väldigt, väldigt mycket.

Det är även flera andra brukare som också upplever just den här osäkerheten, att man inte vet vem man ska träffa eller vem man ska vända sig till i ett specifikt ärende. Det gör, precis som

brukaren uttrycker det att man rent av förvärrar det utsatta läge man redan befinner sig i. Vad nedan citerade brukare efterlyser är en form av en enkel karta över vem som gör vad:

Det är ganska enkla saker för en handläggare att rita upp att "här är Veronika och här är Kerstin och hon gör det och här ska du gå dit. Men det tror jag underskattas lite grann.

När vi frågar om det hjälpt henne/honom att få en sådan karta så svarar hon/han:
Ja, jag kände mig också lite grann så här att jag inte ville fråga för mycket. Jag vill inte fråga varje gång det kommer en ny Karin och jag inte vet vem det är.

Det är självklart viktigt hur man pratar med en klient eller brukare. Det första intrycket har betydelse och är viktigt. I en av fokusgrupperna poängterar just professionen detta:

Att i mötet vara nyfiken på den man möter. Att vilja veta mer. Att de blir sedda. Det viktigaste är tonen, alltså hur man upplever det där första besöket. Jag tror att var och en av oss, när vi går till doktorn eller någon myndighet, vi kan i princip redogöra i detalj för om vi inte tyckte att det var ett bra möte. Så det är viktigt att få till det.

Dialog om vården på individ- och verksamhetsnivå

En åsikt, vilken främst lyfts fram av brukarna men även hos professionen i denna undersökning, är att en mer uttalad dialog mellan brukare och profession måste möjliggöras kring den vård och behandling som erbjuds.

Gör det enkelt, fråga människor man träffar vad de tyckte om det möte man hade och gör kurvor, ställ korta frågor kring hur samtalet var, om det hjälpte och om något behöver göras annorlunda nästa gång.

För att kunna utveckla brukarnas medverkan, vilket man inom professionen är angelägen om, måste den vård som bedrivs diskuteras med brukarna på ett annat sätt än vad som görs i dagsläget.

I de brukaruppföljningar som nu görs fokuseras det ofta mer på om brukarna är nöjda med vården och det bemötande de får än vad de anser om innehållet i vården, uppger de professionella i fokusgruppsintervjuerna. Dessa uppföljningar görs i efterhand via enkäter. Det fordras en annan typ av kommunikation; en form av mer regelbunden dialog mellan verksamheten och brukarna där brukarnas upplevelse av behandlingen står i fokus. Denna kontinuerliga kommunikation är nödvändig och denna information måste samtidigt samlas in och bearbetas på ett systematiskt sätt.

Fråga – undersök – för dialog kan ses som ledord i denna process. Både brukare och profession lyfte fram vikten av att brukare oftare borde tillfrågas om vad de tycker om vården både på individ och verksamhetsnivå. Olika förslag gavs om hur man skulle efterfråga synpunkter och påfallande ofta framfördes att man istället för enkäter skulle fråga direkt eller genom att arrangera fokusgrupper. Professionen framförde också synpunkter om att man ofta frågar om sådant man redan vet och sådant man ofta får positiva svar på, man behöver hitta ett sätt att skärpa frågorna och ställa "rätt" frågor.

Brukaren befinner sig i ett underläge

Flera av de intervjuade brukarna påtalar att de upplever relationen till framförallt socialtjänsten som ojämlig, att man som brukare befinner sig i ett underläge, där brukaren står i ett beroendeförhållande till socialsekreteraren.

En brukare uttrycker det så här:

Jag råkade ut för en sådan sak för jag kom in på ett sådant sätt att det startades en utredning med anledning av mina barn. Det var någon som upptäckte i skolan att jag luktade alkohol så att jag var ju lite utpressad, kände jag själv, redan när jag kom in. För jag visste att jag hade deras ögon på mig samtidigt som jag skulle försöka må bra och bli frisk och allt det där. Så det gjorde att jag inte kunde inte säga nej till någonting som föreslogs. Jag sa från början blankt nej till Antabus för att jag gillar inte mediciner. Jag tycker det är läskigt, men jag kände hela tiden att det här går inte om jag inte tar Antabus, de kommer inte att släppa. Jag försökte förklara att jag går i AA jag har min sponsor och jag gör 12-stepsprogrammet och allt det där men det betydde ingenting för dom. Men så fort jag sa ok, jag tar Antabus då var det klart, då stängdes utredningen. Då hade jag visat mig villig att må bättre på deras villkor men inte på mina. Nu har det visat sig vara ok och det spelar ingen roll och så där men det var absolut inte det jag ville från början utan jag fick ge efter för att jag märkte att det var bara det som krävdes. Och det känns ju inte bra för då kändes det lite som utpressning faktiskt. Då fick inte jag förklara hur jag ville lägga upp mitt tillfrisknande och vad jag tyckte var viktigt i det för då var det bara det som stod i deras bok. Och dom hade ju noll kunskap om missbruk överhuvudtaget.

Denna brukare upplever att hon/han är tvungen att gå med på de villkor för behandling som socialtjänsten ställer för att inte riskera att barnen eventuellt ska bli placerade. I det här fallet verkar det vara en obefintlig dialog mellan brukare och handläggare om saken. En brukare i en annan fokusgrupp uttrycker sig på ett liknande sätt om sin kontakt med socialtjänsten.

För mig har det varit att jag måste vilja ha hjälp för att kunna ta emot hjälp. Så jag har förstått att jag inte varit mottaglig. Men däremot så vet jag att jag har klivit ut två gånger på grund av att du får tre samtal och då behöver det inte rapporteras. Jag hade ju små barn då men jag backade. Jag visste det att om jag skulle fortsätta få hjälp då måste det komma in på socialtjänsten.

Båda upplever en form av rädsla, och även tvång, i sitt möte med socialtjänsten. I situationer som dessa är bemötandet från socialtjänsten av yttersta vikt och man kan tycka att det vore rimligt med en dialog där man också har med barn- och familjesektionen så att man också för in ett barnperspektiv. Det bör inte vara rimligt att man avstår från att söka hjälp mot sitt missbruk för att man är rädd att få sina barn placerade. Samtidigt så är det en svår situation både för brukaren men också för socialsekreteraren som måste väga in barnens behov. Men i detta fall är det av största vikt att man bemöter brukaren på ett respektfullt sätt. I en av fokusgrupperna kom frågan om valfrihet upp. Inom landstinget existerar en viss valfrihet som inte finns på samma sätt inom socialtjänsten. Är man inte nöjd med sin läkare eller vårdcentral så kan man som brukare gå till en annan. Inom socialtjänsten fungerar det inte så. Vill man ha kontakt med en annan socialtjänst är man tvungen att flytta och byta kommun. Som en professionell uttryckte det: *Vi är lite som systembolaget. Det finns bara ett.*

Uppföljning av insatser

På vilka sätt följer man i kommunerna upp behandlingen och hur tar man reda på hur brukarna upplevt insatsen/behandlingen? I fokusgruppsintervjuerna framkommer tre olika typer av uppföljning: en sedvanlig uppföljning av insatserna som samtal efter avslutad behandling, klagomålshantering samt olika typer av enkäter.

Uppföljning av insatser görs på individnivå efter en avslutad insats eller behandling. Hur detta går till ser olika ut i kommunerna/landstinget. Detta görs till övervägande del på individnivå

och det är den enskildes behandling som är i fokus och inte själva verksamheten. I flera fokusgrupper uttrycks det att finns brister i uppföljningsrutinerna; *Vi har inget systematiskt sätt där vi följer upp vad klienten tycker.*

Ett annat problem vid denna typ av utvärdering av insatser är att frågorna ställs efter avslutad behandling. En grupp som då aldrig kommer med är de personer som av olika anledningar avslutat behandlingen i förtid. I en fokusgrupp berättas om en verksamhet där de istället börjat fråga på ett annat sätt genom att vid varje besök avsluta med att ställa några korta frågor kring det genomförda samtalet, vad som varit till hjälp och om något behöver förändras till nästa samtal.

Just när det gäller uppföljning av insatser verkar det finnas mer att göra. En av brukarna berättar om en vistelse på ett behandlingshem. Personen var väldigt nöjd med tiden på behandlingshemmet men när den var slut befann sig han/hon på ruta ett och saknade bostad. Brukaren berättar om samtalet med sin handläggare:

Då säger dom att det finns ju vandrarhem där du kan ta in och så tycker jag då att dom, alltså kommunen, har ju betalt en massa pengar för min vård 3 månader, det kanske kostar 2000 kr om dagen därute på (behandlingshemmet), då tycker jag att det är lite nonchalant att dom inte följer upp vad som har hänt med dom pengarna som dom har investerat i mig och på mitt tillfrisknande.

Klagomålshantering

Många uppger att de har någon form av klagomålshantering och på så sätt insamlar brukarnas synpunkter.

I en fokusgrupp framgår följande om brukarmedverkan och klagomålshantering inom beroendevården:

Jag tänker att på beroendemottagningen har vi inte heller någon brukarmedverkan, men vi har i alla fall som ett mål det här året att, det är ett litet steg, men de avvikelser som sker, att ta in patienten, brukaren i avvikelserna och prata om den och om vad som skedde för att på så sätt skapa kontakt. För att lättare kunna ta till sig deras åsikter och tankar om verksamheten.

Ett sätt att påverka sin behandling är att komma in med klagomål om man som brukare inte är nöjd. Från professionens sida anses klagomål vara en viktig aspekt på hur verksamheten fungerar. Men samtidigt framgår (och här gäller det företrädare för socialtjänsten) att de bara har en viss systematik i hur klagomålen hanteras. Ibland kan personalen slå ifrån sig när det dyker upp klagomål:

Ja, men det var ju bara den där! Jag tänker oavsett vem det är och vad vi tycker och tänker om personen, det finns ju alltid något uns i det. De var ju inte optimalt nöjda vilket de kanske aldrig blir, men vi bör ju ändå ta till oss den funderingen. Varför sa de så? Vi kanske har uttryckt oss fel. Jag tycker man ska till vara på det, så det är ju bra om man hittar någon form för det.

Ett sätt som föreslås är att klagomålen bör tas upp i ett brukarråd. Men samtidigt erkänns att klagomålshantering inte alltid är enkelt:

Vad gör man om en klient hör av sig och klagar på x. Tar jag ansvaret och går till x och säger det? Vart tar det vägen? Det är inte så enkelt alla gånger.

Men en viss form av rutin verkar ändå finnas:

Vi har den rutinen att man får ju ändå gå och prata med den det gäller eller dennes chef om att det inträffat. Det är inte så lätt för folk tycker att de blir trampade på tårna. Man måste ju vara öppen med alla fel och brister vi har, både hos oss själva och i systemet.

Olika typer av enkäter

Alla verksamheter använder sig av olika typer av enkäter för att ta reda på hur brukarna upplevt verksamheten. Det kan se lite olika ut men ett ganska vanligt sätt är att göra en brukarundersökning som i en kommun beskrivs så här:

Vi gör en brukarundersökning varje år på samtliga våra avdelningar. Under x månad, alla som vi träffar. På så sätt får de en möjlighet att ge uttryck för hur man upplever våra tjänster. Det är väl fem frågor?

- Ja, bemötande, tillgänglighet, begriplighet ja vad det nu var mer.

Här kan vi konstatera att det rör sig kanske egentligen mer om en nöjd-kund-undersökning än en egentlig brukarundersökning. Resultaten använder sig kommunen av för att jämföra hur olika enheter har levt upp till sina mål.

I en annan kommun beskrivs användningen av brukarenkäter på det här viset:

På min avdelning gör vi brukarenkäter vid alla avslutade insatser för att se om man tycker sig blivit hjälpt och hur man tycker bemötandet varit. Det är ju också väldigt positivt, men det vet vi ju att mäta effekter av insatser så är ju brukarenkäter ingen höjdare, alla är ju väldigt positiva även om det inte varit så bra. Det är ju inget mått på att insatserna fungerat men det är viktigt för oss att se om brukarna varit nöjda med det som de fått. Och de är ju oerhört nöjda. Vi blev förvånade första gången vi sammanställde det. Så det är väl en form av brukarmedverkan, i det lilla.

I en fokusgrupp uttrycker sig en person från landstinget så här: *Jag håller med om att det är viktigt att ta reda på vad de som kommer till oss, tycker. Men det är svårt att veta vad man ska göra med det.* En annan synpunkt är att man ofta kan ha svårt att få folk att svara på enkäterna. Inom landstinget finns också en årlig patientenkät. Den är väldigt omfattande men företrädare för landstinget i fokusgruppen menar att det är en: *lite halvdålig svarsfrekvens men man kan ändå se trender.* Och resultaten används för att se inom vilka områden man behöver förbättra sig.

I en fokusgrupp kommer frågan upp om hur man på ett annat sätt än genom de sedvanliga enkäterna kan få fram brukarnas åsikter. Man menar att: *Vi frågar ju på sådant vi redan vet.* En del av denna diskussion kretsar runt påståenden som härstammar från brukarorganisationer, vilka menar att: *Ni kommer aldrig att få de verkliga svaren för att de är vi brukare som får fram dem.* Professionen menar att detta inte riktigt stämmer och konstaterar följande: *Vi får ju i alla fall de rätta svaren från de som är väldigt ilskna. De säger vad de tycker.* Frågan rör sig sedan kring hur man kan fråga bättre för att få fram svar som man har praktisk användning av. Så här resonerar en person kring detta:

De säger vad de tycker. De andra som tycker att det var ganska ok, de tycker väl att det var ganska ok. Det är bara att gå till sig själv, vad skulle man svara? För att man inte riktigt bryr sig för det var ju ok. Men de som är riktigt ilskna får man ju svar från. Det kan ju vara så där att: Ja men jag vet att jag vill ha något annat men jag vet inte vad det är!

Vadå, men det känns inte så jättebra att jag vill ha något annat! Där kanske vi kan göra någonting, genom djupintervjuer kanske. Där skulle man ju kunna se sådana saker på ett tydligare sätt. Då blir det rent kvalitativa kunskaper och det är ju det vi efterfrågar egentligen.

Samma person ger ett förslag på hur man skulle kunna genomföra detta:

Jag gillar tanken på djupintervjuer. Just att sätta sig ner några timmar och med hela gruppen efter att man gjort djupintervjuerna. Som en fokusgrupp. Jag tänker att man gör 15 djupintervjuer och sedan samlar man de här 15 som då har börjat tänka kring sin behandling och vård och kanske jobbat ytterligare ett varv med det. - Nu har vi pratat med alla er 15. Om ni skulle dela era tankar, hur skulle ni tänka att man kan gå vidare?

Både brukare och personal diskuterar därmed olika sätt att förbättra möjligheten för brukarna att ge synpunkter på den vård de erbjuds. Varken uppföljningen av de enskilda behandlingsinsatserna, klagomålshanteringen eller brukarenkäterna upplevs vara tillfredsställande. Vad som föreslås är exempelvis att kontinuerlig uppföljning bör göras av den enskilda brukaren, för att även fånga upp synpunkter hos de som riskerar att avsluta sin behandling i förtid, och därmed om möjligt förhindra att behandlingen avslutas. Klagomålshanteringen bör bli mer systematisk och skulle kunna tas om hand av ett brukarråd. Det föreslås även att enkäter bör kompletteras med fokusgruppsintervjuer.

Att vara med och påverka sin egen behandling

Både brukare och profession lyfter vikten av att få vara med och påverka sin egen behandlingsplanering. Men att vara med och påverka och välja fritt har naturligtvis sina begränsningar. En röst från professionen uttryckte det så här: ”Men vi tar ju naturligtvis in egna önskemål men det är ju ingen gotteaffär där man kan peka på vad man vill ha”. Detta är en fråga som varit uppe vid alla fokusgruppsintervjuer. En brukare tog själv upp frågan och uttrycker sig så här:

Min bästa erfarenhet faktiskt, i hela det här sammanhanget det är när jag själv tog upp att jag var intresserad av KBT, det var ingen som hade föreslagit, det var mitt eget påhitt att jag tyckte att det var bra. Då var det faktiskt en otroligt bra respons som jag fick här både av min läkare, sjuksköterska och min handläggare och allting sånt där. Dom fixade en tid jättesnabbt vilket naturligtvis är väldigt svårt, inom psykiatrin är det väldigt svårt det visste jag också... så att jag fick gå och träffa en läkare som var jättejätte bra och sen ytterligare en läkare som gjorde en bedömning. Jag fick blankt nej men det var ändå väldigt bra, bara bemötandet gjorde att det blev en sådan positiv erfarenhet. Så att det jag tar med mig är det, inte det faktum att jag fick nej. De gav ok motiveringar och jag accepterade dem, så det kändes jättebra och då kände jag att här har jag faktiskt fått respons på det jag sa. Ja de gjorde förstås en bedömning om dom tyckte att det var relevant och vettigt och så där, både sjuksköterskan och läkaren men dom stöttade mig när jag sa att jag ville ha det. Det var väldigt bra.

Brukaren ovan resonerar kring vikten av att ens egna förslag tas på allvar. Även om önskemålet inte tillmötesgås, upplever brukaren att han/hon hade möjlighet att påverka, tack vare att bemötandet var gott och personalen kunde motivera sin bedömning. Känslan av delaktighet är således inte beroende av att få igenom sina önskemål.

Professionen menar att frågan inte är helt okomplicerad. En person uttrycker att det kan finnas ett dilemma i att å ena sidan lyssna på brukarnas synpunkter när det gäller behandling medan man å andra sidan har krav på att erbjuda en evidensbaserad behandling. Personen menar att man från brukarhåll kan påverka den behandling som erbjuds. Men samtidigt, och här ligger dilemmat, så: *vet vi att våra behandlingar inte kommer att ha någon effekt om personerna som ska gå i dem inte tror på dem. Det är en jätteknepig fråga.*

En annan fråga som också kom upp gällde ålderskillnader bland brukare. I en fokusgrupp menade deltagarna att den äldre kategorin brukare, personer som kan ha upplevelser från de stora institutionernas tid, kanske inte upplevt sig som så väldigt delaktiga i sin vård och behandling. Professionen står inför nya utmaningar när de gäller den yngre klientgruppen som har helt andra förutsättningar än den äldre.

Så har man en annan yngre målgrupp som inte legat inne länge, som haft andra mediciner, som fått annat stöd och hjälp. Just i det informationssamhälle vi har, i dagens läge kan man ju enkelt, om man är någorlunda bevandrad, hitta information. Att värdera den är ju en annan sak, vad som är evidens, det kanske man inte som brukare ska göra, men vi kommer att möta andra klienter och den diskussionen behöver man också.

Garantisedel på vården

En personal inom psykiatrin beskriver hur man på ett enkelt sätt i viss mån kunde utjämna förhållandet mellan läkare/behandlingsansvarig och brukare. Så här uttrycker personen det:

Att vi vill inom vården så gärna hjälpa folk så vi tar över. Då blir det en över- och underordning fast vi inte menar det... Vi gjorde en garantisedel som vi delade ut till patienterna, bara hur enkelt som helst, bara det som de har rätt att få från oss sen behandlingsansvarig överläkare och bara listade några punkter och skriver du inte på det här så får du kontakta oss. Och patienterna i brukarrådet, där vi först presenterade den här garantisedeln, de reagerade så starkt. Det sa att det här är ju upp- och nedvända världen. Först så kom vi hit och läkaren sa till oss vad vi skulle äta, sova, ta för piller och nu kommer ni och ger en garanti på vården. Det var så stort för dem, för våra psykospatienter som varit sjuka så länge. Det förstod inte jag, att de skulle uppleva det som upp- och nedvända världen. Jag tror inte vi förstår riktigt. Han var helt rörd över det.

Det synes som att införa en garantisedel så får brukarna en ny syn på verksamheten, och faktiskt även personalen. Även om det inte genom ett trollslag betyder att brukarna får mer inflytande så, genom att brukarna upplever sig mer sedda, bäddar man för en framtida dialog kring behandling.

Hjälpmedel för kontinuerlig utvärdering

Ett sätt att mäta brukarnas upplevelser är genom att kontinuerligt ge brukaren möjlighet att ge feedback på sin pågående insats eller behandling.

Ett förslag från en kommun var att använda sig av ORS-skattningar, *Outcome Rating Scale* (ORS). Det handlar om en kontinuerlig utvärdering av behandlingsarbetet. Genom att systematiskt använda ORS så utvärderar den professionelle och klienten det arbete som de planerar och genomför. Man skapar tillsammans en arbetsallians i syfte att klienten skall få en bättre livssituation. Det är viktigt att i ett tidigt skede hitta vad som specifikt hjälper just den brukaren. (FoU Välfärd, Region Västerbotten, 2014).

Det som beskrivs i citatet nedan är ett enkelt sätt att på individnivå ta reda på om det behandlaren gör är verksamt för brukaren. Man använder skattningsskalorna *Outcome Rating Scale* (ORS) och *Session rating Scale* (SRS). De har utarbetats av Miller och Duncan

(Duncan, Miller & Sparks, 2004) och är enkla att använda. Var och en av skalorna tar endast någon minut att fylla i. De fyra frågor som ställs i början av varje session/möte ger svar på hur brukaren har upplevt den senaste veckan i termer av personligt välbefinnande, nära relationer, socialt och livet som helhet. SRS innehåller fyra frågor som besvaras av brukaren i slutet av varje session och handlar om relationen till behandlaren, om det var rätt ämnen som togs upp vid sessionen/var det detta som brukaren ville tala om, om brukaren tyckte om sättet att arbeta på/den metod som behandlaren använde fungerade för brukaren och i vilken grad det var något som saknades. Den första skalan handlar alltså om brukarens mående och den andra om brukarens och behandlaren's allians. På så sätt kan behandlaren vecka för vecka följa brukarens utveckling och om det skulle behövas modifiera arbetssätt och innehåll i behandling till att bättre passa brukarens behov.

Företrädare för socialtjänsten/psykiatrin i en fokusgrupp tycks använda något liknande:

Det är utprovade skattningsskalor. Då kan man använda det på individnivå; vi ser här att dina symtom inte förändrats, då tar man ju tillvara på det, alltså det har inte hjälpt vad ska vi göra nu? Sen sammanställer vi det på gruppnivå för att se om behandlingarna är hjälpsamma. Sedan har vi också frågor kring användarnöjdhet, hur de upplever att behandlingen varit, om de skulle komma tillbaka om de blev sjuka igen. Sen finns det ju en trend inom den psykiatriska vården att ställa mer frågor ännu oftare, för nu ställer vi de här frågorna i slutet av en behandling. Problemet med det är att allt de som vi egentligen är mest intresserade av, att veta något om, de som droppade av. Vi vill ju veta varför inte de kom, vad hände här? Av den anledningen är det många som drar mot att vid varje besök ställa just några korta frågor kring hur samtalet idag var, hjälpte det dig eller behöver vi göra något annorlunda nästa gång.

Detta är ett exempel på hur man kan utveckla arbetet med att ta in brukarnas åsikter och erfarenheter av behandlingen. Det behöver inte heller vara komplicerat. Att använda enkla frågor, ställa dem kontinuerligt och sedan sammanställa dem systematiskt kan vara en möjlighet att få in för verksamheten relevanta kunskaper om hur brukarna ser på verksamheten. Dessutom kan skalorna användas på verksamhetsnivå för att t.ex. se hur en enhets arbete är anpassat till olika grupper av brukare. Man kan också använda sig av datorstöd vid sammanställningen av skalorna.

Brukarmedverkan på verksamhetsnivå

Under denna rubrik kommer ett antal exempel på hur man involverat brukarna på verksamhetsnivå men det kommer också att handla om tänkbara utvecklingsmöjligheter angående brukarmedverkan. Vi skulle först vilja inleda med en reflektion som kom fram vid en av fokusgruppsintervjuerna där man beskriver hur man aktivt från professionens håll försökt få med brukarna i planeringen av verksamheten. De råd man kommer med är att man måste vara tålmodig och uthållig samt gå framåt med små steg och även vara beredd på att backa i processen. Brukarmedverkan är inte något som kommer per automatik utan det är en långvarig process. Så här uttrycker man sig i frågan:

Vi har också försökt att ha dem med i planeringen av verksamheten, vi pratar om utförardelarna. Då kan man börja i de små stegen; vad ska vi göra, är det något särskilt som behövs, hur tänker ni, kan vi tänka tillsammans? Det man kan konstatera är att man måste ha tålmod och uthållighet. Man får inte vara för drivande heller. Det här när tar jag som personal över. Man måste kunna backa i processen också.

Brukares inflytande på vård och behandling - individuellt och på verksamhetsnivå

Det står helt klart att brukare vill ha möjlighet att påverka och ha inflytande över vården. Men inflytandet måste ske i olika steg. Flera av de intervjuade brukarna uppger att man vill vara med och påverka men att man initialt ofta befinner sig i ett tillstånd där man endast kan ha fokus på det som rör den egna individuella situationen. När läget stabiliserats och man mår bättre så uppges att man gärna vill ge synpunkter på förbättringar som kan göras i vården mer generellt. De beskriver också som att man vill ”ge tillbaka” något till vården. Två av brukarna beskriver det så här:

Första gången man sitter här är man rätt trasig, fruktansvärt trasig... så att det är väl först nu så att säga som att jag skulle kunna vara till hjälp och jag vill betala tillbaka, jag skulle kunna göra vad som helst....

Man får väl skilja lite också på att ha synpunkter, att ha synpunkter på sin egen behandling, på sin egen vård, det är ju en sak men sen också att det finns möjligheten att plocka upp synpunkter mer generellt, vilket ni gör nu. Och det är ju båda de sakerna är ju väldigt viktiga men man vill ju inte ha, det första som händer när man kommer hit att få frågor om hur man ska organisera vården, utan då handlar det ju bara om ens egen situation och hur man ska bli bättre. Men sen när man faktiskt har blivit bättre, då borde det ju finnas ganska enkla sätt att snoka fram, att just den här personen har någonting att komma med ur ett annat perspektiv och då faktiskt prata om det. Jag skulle tycka att det var jättehärligt om min handläggare hörde av sig, att bara lyfta luren och säga – Hej hur mår du?

Frågan är då varför det verkar brista i att följa upp och ta tillvara brukarnas erfarenheter, att efterfråga deras åsikter när de, så att säga, kommit lite mer i fas i sina liv? Brukarna efterfrågar uppföljning av den egna insatsen och erbjuder sig att dela med sig av sina erfarenheter på verksamhetsnivå när de väl kommit mer i fas i sina liv, något som borde vara möjligt att åstadkomma och torde bidra till den lokala kunskapsutvecklingen i verksamheterna.

Flera brukare menar också att de upplever en bristande kunskap bland personalen om vad olika behandlingsmetoder innebär, en bristande sakkunskap. Detta gäller främst 12-stepsprogrammet och både inom socialtjänst och landsting. En av brukarna uttrycker sig om detta på ett ganska målande sätt:

Hon kunde inte det här, hon var socionom och jobbar med det här. En jättebra och duktig tjej men man märkte att hon satt på läktaren, hon hade ingen aning. Jag kommer från en överläkare nu för tjugo minuter sedan. Han frågade mig hur lång är 12-stegskursen. Jag visste inte vad jag skulle säga. – Ja den är livslång, sa jag, för det är precis det den är.

En annan brukare säger så här, och menar att det inte skulle krävas så mycket ansträngning att skaffa sig information:

Det kan man ju täcka in på en eftermiddag om man vill. Om jag hade det som yrke skulle jag nog lägga den tiden på att utforska för det är ju ändå personer som träffar missbrukare dagligen hela tiden. Det är ju relativt många missbrukare som är i de här programmen på ett eller annat sätt så det är ju ganska konstigt. Jag har blivit ombedd att tala om, från en verkligt låg nivå, om vad AA är för någonting.

Om man jobbar på en missbruksenhet så tycker du att det här borde man ha koll på?

Ja det borde åtminstone ha dykt upp ett antal gånger så det borde ha kommit upp till diskussion men det verkar inte...

Ibland händer det att brukarna tillfrågas. En brukare berättade att hon/han ibland blir kontaktad av sin före detta behandlare på en beroendemottagning och blir ombedd att träffa någon brukare som önskat detta för att exempelvis följa med till ett AA-möte. Något som brukaren uttrycker att hon/han är positivt inställd till och som ett sätt för profession och brukare att ”hjälpa varandra”:

Så jag har ju min kontakt och den är jag jätterädd om, det vet jag, hon kommer jag alltid att ha kvar, vi hjälper varandra. Så jag tycker om när hon ringer mig och frågar om jag kan möta upp någon därnere.

Ovanstående citat är ett exempel på hur en god relation mellan brukare och personal bidrar till verksamhetsutveckling efter att själva insatsen för brukaren är avslutad. Dock kan man fundera över vad som händer om just den här personalen slutar. Finns det då någon struktur för att ta tillvara brukarens resurser och bevara själva arbetssättet eller är det helt personbundet? När brukaren konstaterar att brukare och profession hjälper varandra vittnar det om att det också fyller en annan värdefull funktion för brukaren, att känna att ens kunskaper och resurser efterfrågas. Brukarna uttrycker alltså utifrån sitt perspektiv en grund för en dialog där inte så mycket skulle krävas från verksamheterna för att involvera dem i ett arbete kring hur brukarnas roll kan stärkas och verksamheternas kunskap utvecklas.

Brugarrevision, brukarråd, husmöten och fokusgrupp

Det framkom inte i någon fokusgrupp att verksamheterna *själva hade initierat* några *brugarrevisioner*. Dock hade några medverkat i den länsövergripande brukarrevisionen som gjordes på uppdrag av Regionala rådet för psykiatri och missbruksfrågor (Brukarrådet för beroendefrågor i Stockholms län, 2012).

Brukarråd och husmöten förekom i vissa verksamheter om än sparsamt. I en fokusgruppsintervju uppgavs att man i den socialpsykiatriska verksamheten hade en lång tradition av att ha brukarråd.

I några av våra intervjuer nämndes att man arrangerat *fokusgrupper*, en kommun hade arrangerat fokusgrupp endast med chefer och brukare. Det ges även exempel på att man arrangerat fokusgrupper inom en försörjningsstödsenhet och inom socialpsykiatriområdet. Det framkommer ingenstans i vårt material att användandet av fokusgrupper har systematiserats. Det förefaller inte vara så att fokusgrupp används regelmässigt som en metod att inhämta erfarenheter från brukarna utan detta har använts vid enstaka tillfällen.

Återvändarträff

I en av kommunerna anordnar man varje år en återvändarträff. Det är ett forum inom öppenvården som en gång per år bjuder in brukare som tidigare har gått på behandling och kommit en bit på väg bort från sitt missbruk. Man träffas under informella former och det bjuds på mat samt underhållning. De inbjudna brukarna ges möjlighet att spegla av tiden när de gick på behandling och vad som under denna period var verksamt, det blir en form av feedback på behandlingsinsatserna. Samtidigt så tjänar de återvändande brukarna som en slags förebild för de som nu går i behandling. Det är just en sådan typ av aktivitet som brukarna i våra fokusgrupper frågar efter. Man vill ge någonting tillbaka till verksamheten,

samtidigt som man också efterfrågar ett erfarenhetsutbyte mellan brukare som befinner sig eller har befunnit sig i samma situation.

Praktiskt direkt brukarmedverkan

I en fokusgrupp berättar personal hur brukarna involverats på ett konkret sätt i att utveckla verksamheten. Runt ett torg var det en ganska stökig miljö där en mängd missbrukare uppehöll sig. Företrädaren för socialtjänsten säger att: *Vi har ju också ett uppdrag när det gäller trygga platser ex runt torget som kan vara en otrygg plats. Jag tänker på blandningen av både brukare och ungdomar och allt möjligt.* De beslutade sig för att göra någonting åt situationen och beskriver det på följande sätt:

Så vi bjöd in alla brukare som fanns där, det var kanske 25 stycken, till oss på möten som vi bokade. Ibland kom de och var inte tillräckligt fräscha för att kunna genomföra dem, men vi försökte boka dom tidigt på morgonen. Då gick vi igenom vad de tänkte och tyckte om sin situation och vad de själva tyckte vad man kunde göra.

Vid dessa möten framkom att brukarna önskade en träffpunkt där man kunde samlas och dricka kaffe istället för att vara på torget. Så socialförvaltningen tog förslaget vidare till politikerna som ordnade en lokal. Personalen beskriver hur man relativt enkelt, med ett uppsökande arbete på plats, inleder en kontakt. Genom kontakten skapas också ett ömsesidigt förtroende. Det är ett gott exempel på hur man arrangerar ett möte som leder till en fruktbar dialog. Just i detta fall har socialtjänsten närmat sig brukarna på deras arena på ett till synes enkelt sätt; man har helt enkelt frågat om lösningen på ett problem. Detta är ett bra exempel på hur enskilda brukares erfarenheter tas tillvara på ett konstruktivt sätt som gagnar verksamheten.

Träffpunkter mellan intresseföreningar och profession

En annan aspekt av brukarmedverkan gäller hur den ska organiseras: vem representerar brukarna? Är det enskilda personer eller medlemmar i olika brukarföreningar? I en fokusgrupp beskrevs hur personalen försökt få till ett brukarråd men att det saknades en brukarförening som kunde företräda brukarna så istället försöktes med enskilda klienter.

Det fanns ingen brukarorganisation, finns ingen att samarbeta med lokalt. Utan då är det ju enskilda klienter som man plockade upp i ett brukarråd [...] men det blev inte bra. Det blev lite för mycket. Man är sig själv närmast.

Ett inte ovanligt argument kring svårigheterna att samarbeta med brukarföreningar är att de professionella ibland uppfattar att representanter för brukarföreningar ofta talar i egen sak. Representanten för brukarna ses inte som en generell motpart i detta fall. Brukaren blir en som företräder egna, eller vänners, intressen och inte *gruppen brukares* intressen. Utifrån detta argument så kan det tolkas som att man från professionens håll tycker att själva engagemanget är bra men att det kan bli personligt och felriktat. Det är samtidigt rimligt att tolka att all form av brukarmedverkan måste innehålla detta personliga engagemang även om det inte är önskvärt att det enskilda intresset ska ta överhanden. Men det är samtidigt svårt att bortse från just detta personliga engagemang, varför skulle man annars välja att gå med i en brukarförening? Detta kan tolkas som något av ett dilemma: att brukarna förväntas vara engagerade utifrån sina personliga erfarenheter av att ha haft missbruk eller psykiska problem. Samtidigt förväntas de kunna representera brukare som grupp och företräda deras generella

intressen, vilket kan te sig som orimliga krav på den enskilde, särskilt i de situationer då det inte finns någon brukarorganisation eller någon stödstruktur bakom den enskilde. Vad krävs då för att förutsättningarna för en reell brukarmedverkan skall kunna skapas, dels utifrån professionens sida men också utifrån brukarsidan?

För att utveckla brukarmedverkan beskrivs i en fokusgrupp hur man hjälpte till att starta en intresseförening. Den föreningen fanns tidigare inte inom kommunen men genom föreningen centralt fick socialtjänsten reda på att det fanns anhöriga inom kommunen som var intresserade. Anhöriga bjöds in till ett möte och där hjälpte personalen till att komma igång med styrelse, stadgar och bistod med lokal. Socialtjänsten var med i uppstarten men drog sig sedan tillbaka när verksamheten kommit igång. Professionen uttrycker det som ett lyckat exempel och menar att: *Nu finns det ett ställe man kan hänvisa anhöriga till. Då blir man medlem och delaktig i någonting.* Även i en annan kommun beskrivs ett liknande förfarande. Här skulle de startas ett brukarstyrt kooperativ. Professionen bjöd här in intresserade till en studiecirkel kring själva förfarandet att starta ett kooperativ, där bland annat skattemyndigheten deltog. Några av de inbjudna brukarna var intresserade och en styrelse bildades. Kooperativet startades i samarbete med personal, som sedan trädde tillbaka. Professionen beskriver det som en lång process med mycket diskussioner fram och tillbaka. En fråga som diskuterades var om personal skulle vara delaktiga och det beslutades om att de kunde vara med i ett initialt skede. Kooperativet är igång och professionen beskriver det som en lärorik process: *det är inget man bygger på en dag utan man måste tänka målmedvetet.* Det var särskilt viktigt att tänka på, som en i professionen uttrycker det: *att man så gärna vill hjälpa folk att man tar över.* Brukarna måste få ha initiativet och sköta verksamheten.

I flera av fokusgrupperna med professionen berättas också om olika *samverkansgrupper* och *etikcafé* som goda exempel på träffpunkter mellan brukare och profession. Etikcafé är forum inom den psykiatriska heldygnsvården där det förs en diskussion om etik och bemötande på arbetsplatsen. De professionella diskuterar tillsammans med ambassadörer från föreningen Hjärnkoll olika frågeställningar inom området (NSPH, 2015).

Patientforum

I en fokusgrupp lyftes patientforum som ett sätt att tillvarata brukarnas synpunkter inom psykiatrin. Patientforum är en dialogform för att lyfta och samla in patienters idéer, synpunkter och önskemål rörande vårdavdelningar och vårdenheter inom psykiatrin. Exempelvis kan det handla om frågor som rör lokaler eller inredning på avdelningen. Forumen är dock inte avsedda för individuella vårdrelaterade frågor. Forumen syftar till att underlätta för patienter att framföra sina frågor, förslag och synpunkter på en generell nivå. Mötena sker varje vecka där patienter, chefsjuksköterska och en oberoende mötesledare träffas. Mötesledaren har egen erfarenhet av psykisk ohälsa, vilket man menar kan underlätta kommunikationen med patienter och tjäna som en positiv bild av återhämtning för både patienter och personal. Patientforum beskrivs som att det hela tiden är en pågående dialog, till skillnad från exempelvis enkäter eller brukarrevisioner. Det förs minnesanteckningar vilka sammanställs och därigenom genererar lärande och verksamhetsutveckling (Norra Stockholms psykiatri, 2015, Psykiatri Södra Stockholm, 2013).

”Minerade områden”

Det fanns fem områden som man kan kalla för ”minerade områden” där det uttrycktes ett stort motstånd och där det inte i princip inte ansågs möjligt att utöva något inflytande. Dessa områden rörde *medicinering, sjukskrivning, försörjningsstöd och tvångsvård*. När det gäller *personalrekrytering* går åsikterna lite mer isär.

Inflytande över personalrekrytering

I denna första fråga råder det en oenighet om i de olika fokusgrupperna. En del uttrycker sig positivt medan andra helt tar avstånd från tanken. Som en inledning till frågan kan nämnas att den finns med som en punkt i Örebro läns landstings tiopunktsprogram för ökad brukardelaktighet (Örebro läns landsting, 2015). Där framgår att det är viktigt att ta vara på den vilja som finns hos brukarföreträdare för att samarbeta med organisationen och att man därigenom också kan tillföra en unik kunskap i rekryteringsarbetet av chefer och nyckelpersoner.

I en fokusgrupp beskriver professionen att brukare varit med vid tillsättning av personliga ombud och uppger då att det fungerade bra, med en fin dialog och konstruktiva samtal. Deltagarna menar att brukarorganisationen *kunde ställa helt andra frågor än personalen*. Men när frågan kommer upp angående annan personal är det bestämt nej. En företrädare för landstinget uttrycker sig så här:

Om det är en läkare eller sjuksköterska som ska tillsättas så tittar vi dels på vilken utbildning de har och vad man gjort tidigare. Det är inte alltid att vi är helt eniga brukarorganisationerna och vi om vad som är en bra läkare. En bra läkare behöver inte vara en som är god här och nu och som är snäll. Det är lite knepigt, det har aldrig ens förespeglat oss att vi ska ha med dom i det.

I en annan fokusgruppsintervju uttrycker man sig nästan på ett diametralt motsatt vis:

Jag tror att erfarenheterna var ganska bra. Sedan kunde ju inte alla vara med [brukarna, vår anm.] utan man fick utse en representant som fick vara med när man diskuterade formerna. Då var man med när man hade kanske två kvar att välja emellan. Man var också väldigt tydlig med att de som sökte jobbet skulle få träffa brukarna. Det var faktiskt ingen som tackade nej i det läget. Självlärt är det chefen som bestämmer vem som ska anställas men man fick vara med att reflektera. Och det var kloka synpunkter vad jag förstod.

Det framgår också att BISAM kommer utnyttjas i denna process, även om det inte är helt klart: *Jag tror att vår BISAM-funktion kommer att vara med i vissa rekryteringsprocesser. Hoppas det i alla fall. I alla fall där de fackliga representanterna är med.*

BISAM-funktionen har en roll som samordnare av inflytande, det beskrivs som ett verktyg för utveckling av demokratiska metoder och är en möjliggörare av ökat inflytande för personer med psykiska funktionsnedsättningar. BISAMs uppgift är att samordna och utveckla formerna för dialog mellan patienter, anhöriga och vårdgivare (BISAM Inflytandesamordnare, 2015).

Vid diskussionen om att brukare kan göras delaktiga vid rekrytering av personal framkom delade meningar bland professionen. Några ställde sig öppna till det, andra kunde tänka sig att brukarna kunde få vara med och utforma kravprofil vid nyanställningar, några var helt emot tanken på att brukarna skulle delta i en rekryteringsprocess. Endast en verksamhet beskriver ett praktiskt exempel då brukare varit med under en anställningsintervju.

På frågan om brukarnas inflytande över rekryteringsprocessen när man anställer personal får nedanstående citat, hämtat både från kommun och landsting, illustrera motståndet:

”Absolut inte! Jag vet att det förekommit att man haft synpunkter från brukarorganisationerna och tyvärr så lyssnade man på dem. Det blev jättestora

personalbekymmer. Jag tycker det är en chefs sak att rekrytera. Det är som att fråga varje arbetsgrupp när man skulle rekrytera: vem av dem här skulle ni vilja ha? Det går inte.”

Nedanstående citat kan tolkas som att tanken på att brukare skulle ha inflytande i en rekryteringsprocess väckte känslor av att professionens kompetens ifrågasätts av brukarna.

”För det är på något sätt att säga att vi inte är kompetenta att klara vårt uppdrag att anställa rätt personer. Kanske är det jag som överreagerar?”

En försiktigt positiv inställning uttrycks på följande sätt:

Jag tänker att det skulle möjligtvis vara så att man skulle inhämta synpunkter från ett råd vilken form av kompetens och erfarenhet som man önskar i själva kravprofilen. Det skulle jag kunna tänka mig. Men att sen inte i själva urvalsprocessen i intervjuer och så.”

Det problematiseras över att det inte finns någon formaliserad brukarsamverkan och att detta medför svårigheter i att involvera brukarna i rekryteringsprocesser även om man finner tanken sympatisk och lockande. Det konstateras också att om brukare skulle ha inflytande över rekryteringar så skulle dessa förmodligen se helt annorlunda ut än idag.

I en av fokusgrupperna med brukare framförs att det på beroendemottagningar borde finnas någon med egen erfarenhet av tidigare missbruksproblematik som arbetar där ett par dagar i veckan. Deltagarna tror dock att det finns risk för att professionen skulle känna sig hotad i sina yrkeskunskaper det problematiseras också vad det skulle kunna innebära i relation till sekretessen. Det föreslås att en sådan brukaranställd kanske fysiskt ska befinna sig i en annan lokal än på beroendemottagningen. Detta antyder att deltagarna inte uppfattar att en brukare anställd på motagningen skulle kunna omfattas av och upprätthålla sekretessen på samma sätt som övriga medarbetare. Detta resonemang signalerar en skepsis mot brukares förmåga att vara professionella i relation till vårdens utövande.

Inflytande över medicinering

Avseende *medicinering* tolkar vi det som att det oftast rörde sig om läkemedelsassisterad behandling (metadon) men även andra exempel gavs.

”Alltså då handlar det om att patienterna vill ha mer mediciner. Högre doser och starkare piller och det kan man inte tillgodose på en beroendemottagning. Syftet är ju det motsatta”.

Ovanstående citat skulle kunna tolkas som en allmän misstro mot brukare med beroendeproblematik, att den här brukarkategorin inte har lika stor trovärdighet när det gäller att påverka sin egen vård eftersom det kan ses som ett uttryck för att de vill missbruka med hjälp av mediciner. Denna tolkning finner stöd i vad som framkommer i en studie som gjorts på Socialhögskolan vid Stockholms universitet (Ekendahl & Karlsson 2015) där ombud för Svenska Brukarföreningen beskriver substitutionsbehandling. I rapporten beskrivs att man upplever det faktiska brukarinflytandet inom behandlingen som obefintlig.

En annan tolkning kan vara att det visar på en komplexitet inom området där sjukvårdspersonalen utifrån sin profession har ett ansvar för att förmedla mediciner på ett ansvarsfullt sätt. Givetvis finns ett dilemma i hur stort inflytande man kan tillåtas ha över sina egna mediciner och medicindoser. När brukare upplever sig misstrodda och inte lyssnade till kan det vara så att det brister i dialogen/samtalet mellan brukare och läkare.

Inflytande över sjukskrivning

Ett område som lyftes var frågan om sjukskrivning där professionen beskrev att man som brukare inte kunde vara med och utöva inflytande. Detta eftersom vissa kriterier måste uppfyllas. Dessa finns för övrigt reglerade i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som läkare behöver vara väl förtrodda med (Försäkringskassan, 2015). Professionen beskriver att detta ibland medför att brukare vill byta ut den läkare som nekat till en sjukskrivning. Här handlar det om huruvida professionen lyckas förmedla vilka riktlinjer som gäller och en känsla av att brukaren känner sig respektfullt bemött och lyssnad på. En verksamhetsansvarig beskriver vikten av lyhördhet och hur försök görs för att reda ut situationen mellan läkare och patient när oenighet uppstår. Ibland är inte detta möjligt och då måste brukarens önskemål tillgodoses genom ett läkarbyte. Det ges ett exempel på hur en brukare ständigt ville byta läkare, då tillämpades ”en regel” med en brukare som tilläts byta läkare maximalt en gång/vecka.

Inflytande över försörjningsstöd

Försörjningsstöd beskrivs av personal som ett område där de upplever, att det i princip inte finns några möjligheter, vare sig för brukare eller profession att påverka, då detta styrs av riksnormen. En reflektion som vi gör är att trots generella regler, riksnorm och kommunala riktlinjer så bygger rätten till ekonomiskt bistånd enligt Socialtjänstlagen ytterst på en individuell behovsbedömning, vilket ändå måste sägas ge ett visst handlingsutrymme.

Tvångsvård

Det kan finnas grader av inflytande även i de situationer där professionen måste/är skyldig att utöva makt genom tvång. Omhändertagande enligt LVM (Lag om vård av missbrukare i vissa fall) och LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård) är exempel på detta.

Avseende tvångsvårdslagstiftningen resonerar personalen om vikten av ett respektfullt bemötande. Man behöver i dessa situationer hitta ett sätt, om än i liten skala, att delaktighet och inflytande ändå kan bli möjligt. Ett exempel som ges i en av fokusgrupperna är när någon tvångsmedicinerats genom injicering. Ett sätt att utöka inflytandet är att den som blir föremål för tvångsinjicering kan få välja på vilken sida injektionen ska sättas.

När det inte finns plats för brukarmedverkan

I en fokusgrupp berättar företrädare för psykiatrin om en förändring som äger rum där de som profession inte har möjlighet att ta in brukarnas åsikter. Det handlar om att infria rökfria sjukhus. Så här berättar en deltagare:

Det blir ju ganska svåra situationer ibland. Vi införde ju rökfritt sjukhus nu. Då tar vi ju bort de här rökkurerna som varit på heldygnsavdelningarna och det är ju ett jättesvårt dilemma. För där är det ju patienter som är på LPT och en del andra så de får ju gå ut. Det är ju olika tillsynsgrader, vissa får gå med personal och viss får inte gå alls. Så vill dom röka; hur blir det? Det blir ett dilemma som verkligen har med inflytande att göra.

Jag blir bara lite nyfiken, hur har ni löst det?

Jag kan inte säga att vi löst det på något sätt. Vi har ju infört det. Det är ändå 80 % av våra patienter som vill sluta röka, men då kan man tänka sig att vi hade riggat det mer i öppenvården först. Haft en serie med sluta-röka-grupper, i alla fall kartlagt dem patienter som blir inlagda frekvent så vi hade kunnat hjälpa dem innan de hamnar i den här situationen som ju är fullkomligt vidrig för dem. Det finns ju vissa saker som vi gör utan

att ha det här inflytandeperspektivet. För vi behövde ha ett rökfritt sjukhus, det är ju inte bara vårt beslut, det inför man ju över hela världen.

Detta handlar om ett beslut som tas på en hög nivå. Det är en åtgärd som vid första anblicken ingen kan protestera mot, som syftar att stärka folkhälsan. Samtidigt så får den stora konsekvenser för en grupp människor som redan är utsatt. Man kan tänka sig att just att sluta röka inte är det problem som är det mest akuta i dessa personers liv. Det mest intressanta i exemplet är kanske att de konsekvenser som ett beslut får, även om syftet är gott, ser olika ut för olika grupper som drabbas av det. Olika grupper har olika behov. Det pekar återigen på vikten av att ha en dialog med alla människor som tar del av den sociala välfärdens tjänster.

Slutdiskussion och avslutning

En brukare ingår i en *medverkansrelation*, till skillnad från klientbegreppet som mer avser en person som är föremål för insatser som andra har beslutat om. Brukarmedverkan är ett begrepp som säger något om en relation mellan brukaren och den professionelle. För att kunna säga något om brukarmedverkan på verksamhetsnivå behöver man också titta på hur relationen mellan brukare och profession ser ut på en individuell nivå. Det är möjligt att diskutera frågan utifrån rent organisatoriska och strukturella frågeställningar: hur har man från socialtjänsten och landstinget skapat kanaler för att brukarna ska få komma till tals? Vi har i materialet hittat några sådana exempel.

Men det är också möjligt att närma sig frågan utifrån hur man kommunicerar och vilka kanaler som finns tillgängliga. Relationen till personalen påverkar brukarens upplevelse av delaktighet. På ett sätt pekar erfarenheterna från denna studie att det är just i kommunikationen, dialogen mellan brukare och profession, som det finns mycket att utveckla. De kanaler som professionen i mångt och mycket inhämtar brukarnas erfarenhet ifrån är via olika typer av frågeformulär, enkäter och klagomålshantering. Dessa, tycks det, syftar mer till att ta reda på om brukarna varit nöjda med sin insats eller behandling än att fokusera på innehållet i behandlingen och hur man kan utveckla denna. Brukarna upplever inte att de får möjlighet att vara med och bidra med sina synpunkter och erfarenheter.

Det omfattande material som vi fått in genom fokusgruppsintervjuerna är inte helt enkelt att sammanställa och dra entydiga slutsatser ifrån. Materialet spretar. I och med att man i fokusgruppen samlar in material kring attityder och föreställningar och inte exakt vad som görs, själva innehållet i verksamheterna, så kan man alltid räkna med att det finns en glipa mellan retorik och praktik. En sak som man kan slås av är att professionen talar väldigt varmt om samt tycker att det är viktigt med brukarmedverkan men att det samtidigt saknas rutiner och system för hur denna medverkan ska äga rum. Vad kan detta tänkas bero på?

Vill man inte dela med sig av makten? Talar man om brukarmedverkan för att man *ska* tala om brukarmedverkan? Vilka kan hindren vara?

En omständighet som kan vara av betydelse är att man sällan, i alla fall inom socialtjänsten, arbetar med människor i grupp. Arbetet är individcentrerat vilket medför att när man försöker inhämta brukares åsikter och erfarenheter sker detta också på individnivå. I och med att man samtidigt saknar rutiner för att sammanställa detta material på gruppnivå så stannar erfarenheterna i själva insamlandet. Insamlandet ger inte en bild av hela gruppen vilket leder till att brukarmedverkan inte blir en fråga på grupp- eller verksamhetsnivå.

En annan viktig aspekt gäller den tidspress och personalomsättning som råder, vilken i begränsad omfattning tagits upp av professionen under fokusgruppsintervjuerna. Flera studier visar på att socialsekreterarna arbetar under stark tidspress och att en stor del av deras arbetstid går åt till att sköta arbetsuppgifter av mer administrativ art (Astvik & Melin, 2013). Detta leder till att själva det sociala arbetet, genom bemötandet av och samtal med klienter, tar en mindre del av deras arbetstid. Detta är också något som inte gynnar strategier för brukarmedverkan. Brukarmedverkan tar tid i anspråk och måste få ta tid om man menar någonting med det. Det är svårt, och ställer stora krav på ledningen, att bygga upp rutiner i en organisation med en pressad arbetssituation och ett stort utbyte av personal.

Det finns en motsättning i att professionen är positiva till brukarmedverkan som fenomen på verksamhetsnivå men att tämligen lite av det syns i vad man uttalar om det praktiska arbetet. När konkreta exempel diskuteras, t ex i relation till personalrekrytering, har många företrädare svårt för att lämna ifrån sig av den makten.

En nyutkommen avhandling av Erik Eriksson (2015) tar upp flera aspekter som även tangerar vad denna undersökning kommit fram till. Avhandlingen undersöker brukarinflytande inom kommunen och psykiatrin och utifrån tre teoretiska utgångspunkter; *makt*, *organisation* och *kooptring*, vilka alla är sammanlänkade. Det som är mest intressant i detta sammanhang är

begreppet kooptering. Eriksson definierar kooptering som en situation där större och mer mäktiga aktörer knyter till sig lokala, mindre mäktiga aktörer för att undvika opposition. Det skulle i föreliggande undersökning innebära relationen mellan verksamheter i kommun och landsting och brukarorganisationer/enskilda brukare som verksamheterna knyter till sig i olika sammanhang. Grundläggande är, enligt Eriksson, att det råder en maktobalans mellan aktörerna samtidigt som de ingår i ett ömsesidigt förhållande. Eriksson urskiljer olika aspekter av koopteringsprocessen; dels utifrån Meeuwisse & Sunesson (1998:177) som menar att ”kooptering innebär att hotfulla element neutraliseras genom att de ges plats i beslutsprocessen”. Detta kan medföra att eventuella motstridigheter eller meningsskiljaktigheter neutraliseras genom att dessa införlivas och internaliseras i organisationens intresse eller mål. Det betyder att brukarföreningar tar över motpartens (kommunen, psykiatrin och beroendecentrum) åsikter och förståelse av situation. Men det kan också innebära att de deltagande brukarna kan tjäna på denna relation. I och med att de anpassar sig till ett övergripande mål som företräds av organisation så kan den även skapa sig ett handlingsutrymme inom organisationen. Eriksson presenterar vidare några övergripande slutsatser angående brukarinflytandets roll i välfärdsarbetet, där åtminstone två har relevans för vad vi kommit fram till i denna studie:

När brukarinflytandet tas över och drivs av det offentliga formuleras det som en fråga om verksamhetskvalitet snarare än socialpolitik, individuella val snarare än kollektiva rättigheter och om konsensus snarare än konflikt. Det kanske mest utmärkande draget i välfärdsorganisationernas definition av brukarinflytande är just att brukares kritik och opposition omformuleras till en fråga om samarbete med gemensamma målsättningar Eriksson (2015:274).

Det andra slutsatsen, vilken kanske är lite anmärkningsvärd, är att: en stor del av brukarinflytandearbetet handlar om att utveckla brukarinflytande snarare än att bedriva brukarinflytande Eriksson (2015:277). Denna, och även föregående slutsats kan kopplas till vad som uttrycks av professionen i en fokusgrupp: att det är mer brukarmedverkan högre upp än längre ner på golvet. En förklaring till detta kan vara att brukarföreningar oftare deltar vid olika typer av verksamhetsmöten, referensgrupper och är med på konferenser. Den intressanta frågan blir då hur mycket av det som sker vid dessa tillfällen som sipprar ner i organisationerna och får mer handfasta och praktiska resultat? Vi har sett enskilda exempel på detta, nämnas kan den införda ”garantisedeln på vården” inom psykiatrin, och det praktiska arbetet som gjordes tillsammans med brukarna kring det ”stökiga torget”.

Av materialet verkar det som brukarinflytandet är mer utvecklat inom psykiatrin än inom missbruks- och beroendevården. Eriksson (2015) lyfter fram liknande erfarenheter och menar att brukarinflytandet är mer formaliserat inom psykiatrin jämfört med kommunen, vilket leder till en större stabilitet och varaktighet men samtidigt också till en större styrning. Medan den inte lika påtagliga styrningen inom kommunen kan leda till ett större manöverutrymme för brukarna samtidigt som det inte garanterar den varaktighet som finns inom psykiatrin.

I fokusgrupperna med professionen deltog företrädare för kommunernas och hälso-och sjukvårdens ledningar. Vi ställer oss frågan om vi fått ett annat resultat om vi istället haft fokusgrupper med mer praktiskt verksamma, exempelvis kuratorer, sjuksköterskor, socialsekreterare och behandlare? Kanske är det så att det finns en högre grad av brukarinflytande i den verksamma praktiken än vad som framkommer i våra intervjuer eller redovisas eller systematiseras i verksamheterna. Exemplet med behandlaren som tog hjälp av

sin före detta klient för att informera och följa en aktuell klient till ett AA-möte skulle kunna tyda på detta.

Vi har i rapporten presenterat resultatet från fokusgruppsintervjuerna. Vi har delat upp resultatet från fokusgruppsintervjuerna i två delar, dels det som rör brukarmedverkan på *individnivå* och dels på *verksamhetsnivå*. Det är svårt att särskilja brukarinflytande på individ- och verksamhetsnivå, vilket bekräftas av hur diskussionerna förts under intervjuerna. Nivåerna påverkar varandra och stärkt inflytande på den ena nivån kan förbättra möjligheterna för påverkan på den andra (Socialstyrelsen, 2013). Denna uppdelning är inte helt okomplicerad. Det är inte alltid entydigt vad som berör individ- respektive verksamhetsnivå. För att förstå komplexiteten kan vi ta ett exempel som handlar om att vara med i att påverka sin behandling. Om brukaren diskuterar upplägg och val av insats tillsammans med sin behandlare/socialsekreterare så handlar det om en medverkan på individuell nivå. Men om sedan behandlaren/socialsekreteraren, eller i slutändan organisationen, samlar brukarnas erfarenheter av att ha tagit del av en insats på en aggregerad nivå, så kan dessa komma verksamheten tillgodo. Alltså de eventuella fynd man kommit fram till på individnivå kan man sammantaget ha nytta av på en mer generell nivå och då kan man tala om att det lett till en brukarmedverkan på verksamhetsnivå.

Vi kommer att sammanfatta och diskutera resultaten från fokusgruppsintervjuerna i ett antal punkter och därefter komma med några förslag på områden som behöver utvecklas:

Resultat

- Brukarmedverkan är viktigt anser både brukare och profession
- Under fokusgrupperna talades det mer om brukarmedverkan på individnivå än på verksamhetsnivå
- Det saknas rutiner, systematik och strukturer för att samla in brukarnas åsikter och erfarenheter på individ- och verksamhetsnivå
- Uppföljning av insatser kan förbättras
- Professionen uttrycker att de ofta saknar brukarorganisationer att samarbeta med
- Brukarna upplever att professionen inte efterfrågar deras åsikter och erfarenheter
- Brukarna upplever att professionen har dålig kunskap om olika behandlingsmetoder

Brukare såväl som profession anser att det är viktigt att ta tillvara brukarnas erfarenheter och åsikter för att utveckla arbetet. Detta är det mest entydiga resultatet samtidigt som det också visar sig att det inte finns några system eller strukturer för att ta tillvara dessa erfarenheter utan de dyker upp mer som öar av goda exempel på brukarmedverkan. För att brukarmedverkan ska bli en faktor att räkna med, vilket alla som deltagit i fokusgrupperna anser är viktigt, måste en strategi för detta genomsyra organisationerna. Ett system för att ta tillvara brukarnas erfarenheter kräver ett stort mått av flexibilitet beroende på hur målgruppen ser ut i den lokala kontexten. Det är också rimligt att anta att implementeringen måste börja på en individuell nivå – i mötet mellan den enskilde brukaren och personalen. Här har vi kunnat konstatera att, åtminstone i två av fokusgrupperna med brukare, finns det en vilja från brukarhåll att bli delaktiga i utvecklingen av verksamheterna, inte nödvändigtvis genom brukarföreningar. Vad dessa brukare uttrycker är att de aldrig blir vidtalade om att dela med sig av sina erfarenheter och kunskaper, annat än genom olika enkäter, vilka upplevs som bristfälliga verktyg för att tillvarata brukarnas synpunkter. Det är viktigt att brukarna får möjlighet att lämna synpunkter såväl på en individuell nivå som på verksamhetsnivå.

Från professionens sida menar man att det är svårt att ha en kontinuerlig kontakt med brukarföreningar i och med att dessa byter medlemmar och är väldigt personkänsliga. Om en aktiv medlem avslutar sitt engagemang kan det äventyra hela föreningens verksamhet.

Det framkom fem områden där det uttrycktes svårigheter för brukarna att utöva inflytande över; personalrekrytering, medicinering, sjukskrivning, försörjningsstöd och tvångsvård. Dessa områden betraktas som mer eller mindre omöjliga att utöva inflytande över och där är brukare och profession inte helt eniga. Dessa områden är komplexa och mångfasetterade men vi menar, att det trots detta, kan göras mer för att utöka inflytandet, det gavs även i intervjuerna goda exempel på detta.

Syftet med denna studie var att undersöka förutsättningarna för brukarmedverkan på *verksamhetsnivå*. Om man ska tala om brukarmedverkan på verksamhetsnivå så kräver det att brukarna också får inflytande på *själva verksamheten* och inte bara, i bästa fall, över sin egen behandling. Vi menar att det finns förutsättningar för brukarmedverkan på verksamhetsnivå, om än med en del utmaningar. Kanske görs frågan om brukarmedverkan svårare än den behöver vara. Det är bättre att börja i det lilla än att inte göra någonting alls. Det krävs dock ett uttalat fokus på frågan, tid, resurser och en hel del ansträngningar inte minst genom arbeta med maktperspektivet. Goda exempel behöver spridas för att verksamheter ska engageras och inspireras. Vår förhoppning är att vår rapport kan bidra till att sprida några av dess goda exempel.

Avslutningsvis några rekommendationer:

- Upprätta riktlinjer och policydokument för brukarinflytande
- Upprätta lokala rutiner för uppföljning av insatser på individnivå
- Förbättra utformning av enkäter och komplettera dessa med fokusgruppsintervjuer
- Tydliggör information och rättigheter, ta hjälp av brukare i utformningen
- Upprätta lokala stödstrukturer för brukarorganisationer och representanter
- Förbättra informationen från socialtjänsten/landstinget/beroendecentrum, brukarna upplever att de saknar ett helhetsperspektiv på hur vården är uppbyggd och strukturerad och samverkan behöver förbättras
- Förbättra samarbetet mellan socialtjänst, psykiatri och beroendevård
- Hörsamma brukarnas önskemål om att efter avslutad behandling bli inbjuden/involverad i att få informera och vara ”goda förebilder” för brukare som genomgår behandling
- Samarbeta med ideella föreningar/brukarföreningar
- Skapa arenor där brukare som inte är medlemmar i brukarorganisationer har möjlighet att träffas i grupp

Referenser

- Arnstein, S (1969) A Ladder of Citizen Participation. *JAIP*, Vol. 35, No. 4 July 1969.
- Askheim, O P & Starrin, B (red.) (2007) *Empowerment i teori och praktik*. Gleerups utbildning AB, Malmö.
- Astvik, W. & Melin, M. (2013). Överlevnadsstrategier i socialt arbete: Hur påverkar copingstrategier kvalitet och hälsa? *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 19(4), 61-73.
- Beresford, P & Croft, S (1996) The politics of participation. In D. Taylor (Ed.), *Critical Social Policy: A Reader*. London: Sage.
- Beresford, P (2011) Mobilisering, socialt arbete och brukare – ett ömsesidigt givande och tagande. I Denvall, Heule, Kristiansen (red), *Social mobilisering. En utmaning för socialt arbete*. Gleerups, Malmö.
- BISAM, Inflytandesamordnare (2015) hämtad från <http://bisamjkg.se/> datum 2015-11-10
- Blennberger, E (2005) *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Studentlitteratur, Lund.
- Brukarrådet för beroendefrågor i Stockholms län(2012) *Brukarrevision av integrerade beroendemottagningar i Stockholms län*
- Bülow, P et al (2012) *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter*. Gleerups utbildnings AB, Malmö.
- Duncan, B.L, Miller, S.D & Sparks, J. (2004) *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client directed outcome informed therapy*. (revised ed.) San Francisco: Jossey-Bass.
- Ekendahl & Karlsson, 2015 *Omtanke eller misstanke? En studie av hur ombud för Svenska Brukarföreningen beskriver substitutionsbehandling*. Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Eriksson, E (2015) *Sanktionerat motstånd. Brukarinflytande som fenomen och praktik*. Dissertations in Social Work 47: Lund.
- FoU Välfärd region Västerbotten (2014) *Handbok för uppföljning med hjälp av ORS - Outcome Rating Scale och SRS - Session Rating Scale*.
- Försäkringskassan (2015) Hämtad 2015-11-18 från http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning
- Grip, L (2006) *Brukares röster hörs*. Regeringskansliet, Socialdepartementet, Stockholm.
- Haggren, G. (2012) *Brukarstyrd brukarrevision: en väg till ökat brukarinflytande. Metodhandledning*. Socialpolitisk debatt nr 105. Johanneshov: Verdandi.
- Hylander, I (2001) Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod. FOG-Rapport nr 42, Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet.

- Karlsson, M & Börjeson, M (2011) *Brukarmakt i teori och praktik*. Natur och kultur, Stockholm.
- KSL & SLL (2008) *Policy för att förebygga missbruk och beroende. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län*.
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund.
- Norra Stockholms psykiatri (2015). Patientforum. Hämtad 2015-11-16, från <http://norrastockholmspsykiatri.se/Om-oss/forskning-och-utveckling/Forskningsprojekt/pagaende-projekt/patientforum/>
- Meeuwisse, Anna och Sunesson, Sune (1998) ”Frivilliga organisationer, socialt arbete och expertis”, *Socialvetenskaplig tidskrift*, vol. 5, nr. 2-3, s. 172-193.
- NSPH (2015) *Etikcafé – om etik och bemötande*. Hämtad 2015-11-16, från <http://www.nsph.se/hjarnkoll/etikcafe/>
- Rönmark, L (red) (2011) *Brukarens roll i välfärdsforskning och utvecklingsarbete*. Vetenskap för profession 18:2011, Högskolan i Borås.
- Socialstyrelsen (2013) *Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. Västerås: Edita.
- Socialstyrelsen (2015) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Verdandi (2014) Förstudie över förekomst av brukarinflytande/medverkan i Stockholms län,
- Wibeck, V (2000) *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som forskningsmetod*. Studentlitteratur, Lund.
- BISAM Psykiatri Södra Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområden (2013) En modellbeskrivning, Brukarinflytande-samordnare.
- Örebro läns landsting (2015) *10-punktsprogram för ökad kvalitet i brukarsamverkan och ökad delaktighet*. Hämtad 2015-11-16, från http://www.regionorebrolan.se/files-sv/%C3%96rebro%20%C3%A4ns%20landsting/v%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa/psykiatri/beroendecentrum/dokument/brukarr%C3%A5d%20beroendecentrum/10-punktsprogrammet/10-punktprogram_121026.pdf