



ROLLEN SOM BRUKARSAMORDNARE I PSYKIATRIN

LARS RÖNNMARK



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Lars Rönnmark
Rollen som brukarsamordnare i psykiatri
RAPPORT FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD 2008

ISSN 1651-4556
ISBN 91-85025-16-9
2008 Nummer 21





TITEL	Rollen som brukarsamordnare i psykiatrin
FÖRFATTARE	Lars Rönmark
UPPLAGA	2008 nr 21
ISSN	1651-4556
ISBN	91-85025-16-9
TRYCKÅR	2008



© Lars Rönmark

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.





INNEHÅLL

INTRODUKTION.....	1
1 INLEDNING.....	4
1.1 Syfte.....	4
1.2 Sammansatta behov och specialiserad hjälp	5
2 FORMER AV BRUKARINFLYTANDE OCH SAMORDNING	7
2.1 Vad betyder brukarperspektiv?	7
2.2 Uppdelning och integration	9
2.3 Brukarinflytande som provaktion.....	14
2.4 Metoder för brukarinflytande.....	18
3 METOD.....	23
3.1 Finansiering och uppdrag.....	23
3.2 Fokus på brukarens roll.....	24
3.3 Urval.....	25
3.4 Datainsamling och bearbetning.....	25
4 BRUKARSAMORDNING VID VUXENPSYKIATRIN I BORÅS	28
4.1 SÄS-modellen	29
4.1.1 Tillkomsthistoria.....	29
4.1.2 Brukarmedverkans programteori.....	32
4.1.3 Organisationen av brukarinflytande.....	34
4.2 Brukarsamordnarens berättelse.....	34
4.3 Analys.....	54
4.3.1 Arbetsuppgifter och arbetsmetoder	54
4.3.2 Utöva brukarinflytande.....	55
4.3.3 Uppgifter i samordningen.....	57
4.3.4 Reflektioner kring rollen.....	58
5 BRUKARSAMORDNING PÅ TRE ORTER.....	60
5.1 Brukarsamordnare vid vuxenpsykiatri i Malmö	60
5.1.1 Starten.....	61
5.1.2 Organisering och organisation av brukarinflytande.....	63
5.1.3 Brukarsamordnarnas uppgifter och ställning i organisationen	65
5.1.4 Koordinators berättelse	67
5.1.5 Inflytandets organisering hos föreningarna.....	71





5.1.6 Summering.....	74
5.2 Brukarsamordnare i Småland	76
5.2.1 Starten.....	77
5.2.2 Organisation.....	79
5.2.3 Arbetsuppgifter och metoder	81
5.2.4 Tema: Mötets betydelse.....	85
5.2.5 Inflytandearbete på beoendestödet.....	86
5.2.6 Analys.....	87
5.3 Brukarsamordnare i Halland	90
5.3.1 Sammanhang.....	90
5.3.2 Brukarsamordnaren berättar	93
5.3.3 Analys.....	101
6 ANALYS	104
6.1 Jämförelser.....	104
6.2 Första och andra generationens brukarsamordningen.....	108
6.3 Skilja eller förena planering och genomförande	111
6.4 Rollens tillkomst och variation.....	113
6.5 Tre idealtyper för brukarsamordning	114
7 ROLLEN SOM BRUKARSAMORDNARE	117
8 BRUKARSAMORDNING I ETT INTEGRATIONS PERSPEKTIV... ..	122
8.1 Förändring och motstånd.....	122
8.2 Integration av brukarvetande i psykiatrin	128
8.3 Integration av expertvetande i ett brukarperspektiv	142
8.4 Integration av andra ordningen	147
9 ATT TÄNKA PÅ NÄR DET GÄLLER BRUKARSAMORDNING.....	149
REFERENSER	154

IV ROLLEN SOM BRUKARSAMORDNARE I PSYKIATRIN





INTRODUKTION

Den här utvärderingen har blivit kraftigt försenad. Jag har inte kunnat följa den planerade intressentmodellen och inte heller använda de planerade metoderna för datainsamling och analys.

Till en början var uppdraget att utvärdera vuxenpsykiatriens satsning på brukarinflytande i en version som kallades ”reellt brukarinflytande” eller ”SÄS-modellen”. SÄS är en förkortning på Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås.

En tjänstemannagrupp utredde med stöd av brukarföreträdare hur ett ökat brukarinflytande kunde komma till stånd inom sjukvårdens vuxenpsykiatri och lade fram sin plan i maj 2002. Deltagande i ledningsgrupper, medverkan i anställning av personal ute på de 26 enheterna, återkommande dialogmöten och samordning genom en anställd brukarsamordnare var huvudpunkter i planen.

Planen skulle implementeras av en projektanställd brukarsamordnare, med stöd av en referensgrupp och sjukhusledningen. En permanent brukarsamordnare skulle rekryteras när inflytandereformen genomförts och skapat strukturer för brukarinflytande och bemannat positioner med utbildade och utsedda ”brukarföreträdare”.

Det som har utspelats i genomförandet av arbetsgruppens plan och specifikt kring brukarsamordnarens roll har varit mycket dramatiskt, konfliktfyllt och känsloladdat. Både brukarorganisationerna och sjukhusledningen riktade efter ett år misstankar mot brukarsamordnaren om ekonomiska oegentligheter. Brukarsamordnaren lämnade uppdraget i förtid, sedan det ömsesidiga förtroendet var brutet. Förändringsarbetet med brukarinflytandet avstannade i stort sett. En polisutredning sattes igång men ledde aldrig till åtal. Sjukhusets egen granskning av ekonomiska uppgörelser med brukarsamordnaren räckte inte för att lagföra gärningarna.

Misstankarna om ekonomisk oegentlighet blev dessvärre aldrig uppklarade. Brukarsamordnaren avled drygt två år efter han slutat sin befattning.

Att ta del av brukarsamordnarens erfarenheter blev det första steget i datainsamlingen. En man i 60-årsåldern med lång erfarenhet av arbetet i





olika frivilligorganisationer. Jag träffade honom i en längre, öppenjärtig djupintervju i april 2006. Jag fick uppfattningen att han tyckte det var angeläget att bli intervjuad och ge sin bild av arbetet med brukarinflytandet. Jag fick vid intervjutillfället samordnarens uttryckliga tillåtelse att använda intervjun efter eget gottfinnande. Vi kom överens om att träffas igen när undersökningen gick mot sitt slut, för ett fördjupat samtal kring rollen som brukarsamordnare. Den träffen kom aldrig till stånd på grund av brukarsamordnarens död några månader senare.

Efter dödsfallet blev det svårt att bearbeta och analysera den information jag fick från samordnaren. Det blev exempelvis omöjligt att göra en så kallad "member checking" för att kontrollera att jag uppfattat brukarsamordnarens tankar och erfarenheter korrekt. Som läsaren kommer att upptäcka har jag redigerat intervjun till en mer sammanhållen jagberättelse där samordnarens erfarenheter kommer fram på ett mer samlat sätt och nära det språkbruk brukarsamordnaren själv använder.

Datainsamling planerades också som gruppintervjuer med berörd personal, brukare och anhöriga ute på två avdelningar, som valts ut av utvärderingens referensgrupp. Syftet var att undersöka hur djupt ner i organisationen reformen om brukarinflytande nådde och vilka konkreta uttryck brukarinflytande fick i den dagliga verksamheten. Syftet var också att de olika aktörerna skulle få höra hur andra tänkte och gjorde kring brukarinflytande, och att detta kunde vara en lärandesituation samtidigt som det var en form av datainsamling och databearbetning.

Idén med datainsamling i en erfarenhetsgrupp mottogs positivt av utbildningsledaren och de två berörda enhetscheferna. Enhetscheferna ombads organisera urval, tid och plats för att samla fem berörda personer från olika grupper till en gemensam erfarenhetsgrupp under tre timmar. Försöken att samla deltagare drog ut på tiden, och till slut spräcktes tidsramarna för utvärderingsprojektet. Avdelningarna kom till slut att representeras av avdelningscheferna, och vid den ena verksamheten även en behandlingspersonal och sedermera en patient som intervjuades separat. Erfarenheterna från denna avdelning blev grunden för att beskriva brukarinflytandereformens verkan i vården.

Jag uppfattade att det var givande intervjuer. Informanterna delade





generöst med sig av erfarenheter och synsätt kring patienters och anhörigas inflytande i vardagsarbetet. Men denna datainsamling kunde inte svara mot intressentmodellens krav på mångsidig belysning av det praktiska brukarinflytandet i sjukvårdande verksamhet.

När ett manuskript av rapporten skickades ut för deltagarkontroll, kände enhetschefen inte igen sig och kunde inte stå för sina tankar i rapportsammanhanget. Uppdragsgivaren, som också fått del av manuskriptet, framförde farhågan att rapporten kunde skada det fortsatta arbetet med brukarinflytande och att det också kunde skada den avlidne brukarsamordnarens familj. Det visade sig att uppdragsgivaren i praktiken stoppade rapporten i augusti 2007. Man ville i stället utveckla jämförelsestudien (denna rapport) och ur denna dra fram slutsatser för en praktisk guide i brukarinflytande.

Den aktuella texten är därför fokuserad på samordnarrollen, och här jämförs erfarenheterna från Borås med erfarenheter som vunnits på tre andra håll i Sverige.

Till sist vill jag rikta ett stort tack till medverkande brukarsamordnare i Borås, Malmö, Småland och Halland.





I INLEDNING

På några orter i landet har man på senare år anställt eller uppdragit till vissa personer att samordna brukarinflytande i relation till samhällets psykiatri. Dessa personer kallas här *brukarsamordnare*.

Uppmärksamheten riktas här mot rollen som brukarsamordnare och förväntningar som omgivningen har på samordnaren. Studien skildrar hur brukarinflytandet organiseras och utövas på fyra platser i landet i förhållande till berörda välfärdsorganisationer, främst sjukvårdens vuxenpsykiatri, men även till brukarorganisationer och till enskilda personer med psykisk ohälsa.

Med *brukare* menas personer som på grund av omfattande psykiska besvär använder sig av service från samhällets psykiatri. På grund av sammansatta svårigheter där psykiska besvär uppträder i kombination med andra svårigheter som arbetslöshet, fattigdom, kroppsliga åkommor, svårigheter i familjen, missbruk, etc. behöver många brukare stöd och service även från andra organisationer i trygghetssystemet. Dessa organisationer saknar inte sällan förbindelser med varandra, och har därför svårt att samordna stödet till brukare med sammansatta behov. Ibland hindrar sekretessen samverkan men det finns många andra hinder också (Axelsson & Axelsson 2007, s. 22ff, Danermark & Kullberg 1999; Danermark 2000).

Ett gott skäl att främja *brukarperspektiv* i psykiatrin och andra offentliga välfärdsorganisationer är att säkra tillgång till kunskap om sammansatta behov hos medborgare i utsatta livssituationer, och utforma adekvata tjänster som motsvarar reella behov.

1.1 Syfte

Syftet med undersökningen är att beskriva rollen som brukarsamordnare och ge en inblick i rollens tillkomst, uppgifter, metoder, förväntningar och sammanhang på fyra platser i landet. Syftet är även att diskutera brukarsamordnarens roll och metodik i systematisering av brukarerfarenhet och brukarvilja, liksom när det gäller till integration av brukarperspektiv i samhällets psykiatri.





Materialet är främst hämtat från brukarsamordning vid vuxenpsykiatri på SÄS, Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås, men även från brukarsamordning vid psykiatriska verksamheter i Nybro/Emmaboda/Torsås, vuxenpsykiatri vid MAS i Malmö och psykiatri i Hallands landsting.

1.2 Sammansatta behov och specialiserad hjälp

Medborgare med sammansatta behov är välfärdsstatens ursprungliga kärngrupp, menar statsvetaren Benny Hjern. Dessa sorteras dock ofta bort i den reguljära verksamheten eller faller mellan stolarna i det stuprörtänkande som kännetecknar dagens offentliga tjänster, menar Hjern (2007, s.34).

Stuprören är ett arv. De etablerades under den omskrivna svenska modellens tid. Denna modell vilade i grunden på avskilda, ensamma och specialiserade organisationsenheter, men den räckte sedan 1990-talet inte till. Den fungerar för människor som har ordnat sina behov så som förvaltningar och avdelningar är specialiserade. Men många behovsgrupper har inte specialiserat sina behov såsom förvaltningarna har gjort. De faller mellan stolarna om specialister inte kan motiveras att samverka (Hjern 2007, s. 35).

Den politiska styrningen är en konserverande kraft som vidmakthåller förhållanden som slutat vara effektiva, menar Hjern. ”Den svenska staten försöker fortfarande reglera människonära tjänsteverksamhet med rikstäckande centrala regler, ibland med specialdestinerande ekonomiska medel, som inte sedan kan följas upp”, fortsätter Hjern. Det är ett allvarligt och omskakande uttalande, om det hörs! ”Många specialister samarbetar i praktiken redan professionellt, men det sker mest trots de offentliga styrsystemen, inte på grund av dem” (Hjern 2007, s. 34).

Den utbredda oförmågan att hantera och motsvara sammansatta behov hos medborgaren, menar Hjern, riskerar att leda till en legitimitetskris för myndigheter och organisationer. Det är en legitimitetsförlust av samma slag som institutioner i slutet av 1800-talet råkade ut för när Sverige förändrades från jordbrukssamhälle till industrisamhälle. Att uppgradera välfärdsorganisationerna är därför, menar Hjern, också en demokratisk uppgift liksom en fråga om samhällsstabilitet.

Människor med psykisk ohälsa ofta i kombination med socialt utanförskap är personer med sammansatta behov. Inte sällan blir dessa människor





inte bemötta utifrån sina behov utan utifrån de aspekter som råkar motsvara det utbud av tjänster en enskild organisation har på sin repertoar, och ganska ofta tas inte klienten eller patienten emot, eftersom hon anses ha egenskaper och/eller svårigheter som faller utanför den egna organisationens ansvar och uppgiftsområde. Varje organisation har därför en procedur där man urskiljer vem som ska räknas till organisationens klienter och vem som ska motas bort (Hasenfeld 1992). Till denna logik hör att en specialiserad stuprörsorganisation avvisar människor som inte söker för de problem som organisationens utbud av tjänster motsvarar.

I denna modell söker man för ett problem i taget, och det passar inte personer som har en sammansatt problembild, t ex personer som inte är behandlingsbara för missbruksproblem på grund av psykisk sjukdom, och som inte är behandlingsbar för sina psykiska besvär på grund av missbruksproblem. Eller där personen har många olika diagnoser. Ibland hänvisas denna medborgargrupp till en annan organisation, som hänvisar tillbaka till den förra eller till någon annan del av välfärdssystemet.

Personligt ombud runt om i landet kan ge många exempel på ”systemfel” och hur uppdragsgivare ”faller mellan stolarna” (Rönmark red. 2004). Många Case managers inom psykiatrin har också konkret insikt i oförmågan hos det stuprörsorganiserade hjälpsystemet att hjälpa medborgare med sammansatta behov. Ofta saknas en sammanhållande hand i samhällets utformning av tjänster, och ofta är det svårt för specialister att koordinera sina insatser i relation till varandra. Case managers och personligt ombud är just sådana samordnande funktioner som tillkommit det senaste decenniet, som bland annat försöker bana väg för verklig samverkan mellan specialister i förhållande till individer, familjer och ibland även grupper med sammansatta behov.

Att beskriva behov ur ett brukarperspektiv kan ge ytterst värdefull information och uppslag till hur människonära tjänster kan och bör utformas, och bidra till en förbättrad förmåga hos välfärdssystemet att utforma adekvata tjänster. ”Adekvat innebär att tjänsterna i högre grad än någonsin tidigare måste organiseras med hänsyn till befolkningens istället för förvaltningsorganisationernas och politikernas behov”, skriver Hjern (2007, s. 33). Här kommer samverkan av olika slag att spela en mycket viktig roll för att nå utsatta människor, men det finns också risker och hinder i samverkansförfaranden.





2 FORMER AV BRUKARINFLYTANDE OCH SAMORDNING

Hitta Rätt! Vägledning till brukarinflytande i psykiatrin och socialtjänsten (2007) är titeln på en skrift från Inflytandeprojektet författad av David Ershammar. I skriften sammanfattas erfarenheter av brukarinflytande i psykiatri och socialtjänst från en mängd olika håll i Sverige, och som på ett eller annat sätt varit kopplad till Regeringens nationella psykiatrisamordnare. ”Brukarinflytande definieras ofta som medborgarnas möjlighet att såsom användare av offentlig service påverka tjänsternas utformning och kvalitet”, skriver Ershammar och refererar till en viktig policytext från Civildepartementet, *Vidgat brukarinflytande* (1991). Det framgår att man kan tänka brukarinflytande på tre nivåer:

- *individnivå*, alltså den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som behövs,
- *verksamhetsnivå*, som ger möjlighet till delaktighet i beslut i en verksamhet, och
- *system- eller organisationsnivå*, som exempelvis ger möjlighet till politisk påverkan eller delaktighet i utformning av policyprogram. Här ges brukarorganisationerna möjlighet till inflytande.

Detta förefaller önskvärt att dessa nivåer är länkade och att insatser som sörjer för olika delar av den funktionshinderade behov är samordnade. Det förefaller vara två centrala uppgiftsområden för en brukarsamordnare.

2.1 Vad betyder brukarperspektiv?

Termen perspektiv har svenska språket hämtat från latinets *perspicere*, som betyder ’se igenom’ och ’se tydligt’. Brukarperspektiv betyder att se verkligheten genom brukares ögon. Och närmare bestämt. Om man med brukare menar den som är ”slutmottagare” av offentlig nytta (Dahlberg & Vedung 2001, s. 21), så betyder brukarperspektiv att se det som händer





vid tillgodogörandet av en sådan tjänst ur brukarens synvinkel. Om professionella i de offentliga organisationerna ska anlägga ett brukarperspektiv på sin yrkesutövning, så betyder det alltså att den professionelle försöker se hjälpbehovet ur klienten eller patientens synvinkel, och utifrån den upplevelsevärld och livssammanhang personen befinner sig i, och att hon relaterar sin yrkesinsats mot brukarens verklighet, och problem och resurser som kan finnas där. Ett brukarperspektiv är alltså ett holistiskt perspektiv.

Att anlägga ett brukarperspektiv betyder att vi försöker se en insats, eller ett behov av insats, från den potentielle brukarens synvinkel. Principiellt kan vi säga att det är omöjligt att fullt ut inta den andres perspektiv; det kan bara vederbörande själv göra. I professionella sammanhang har en del sätt att närma sig [tillnaermning] varit präglade av att utveckla empati och inlevelse i brukarens situation. Detta kan vara en nyttig motvikt mot en uppfattning om att yrkespersonen vet bäst mot bakgrund av sin överlägsna [överlegne] kunskap (Rønning & Solheim 1998, s. 30, min övers.).

Med ett *innehållsorienterat* brukarperspektiv menas att yrkespersonen utformar tjänsten eller servicen utifrån den kunskap hon har om brukarens behov eller kunskaper om brukarens önskemål, skriver de norska forskarna Rolf Rønning & Liv Johanne Solheim (1998, s. 34). Ett *processororienterat* brukarperspektiv försöker däremot att involvera brukaren i beslutsprocessen. Man kan med Malcolm Payne (2002) förstå det processororienterade brukarperspektivet som ett samarbetsförfarande i utformningen av den aktuella servicen, ett så kallat participatoriskt arbetssätt. Jan-Kåre Hummelvoll och Bengt Eriksson (2005) gör oss uppmärksamma på en hierarkisk ordning bland aktuella beteckningar. ”Brukarperspektivet är överordnat verksamheter som att stärka brukarnas makt och inflytande (empowerment), brukarstyrning och brukarmedverkan” (2005, s. 16).

Hanne Marie Høybråten Sigstad föreslår i tidskriften Norsk Laegerforening (2004, s. 124) brukarmedverkan som ett samspelsförfarande.





Med brukarmedverkan menas det inflytande brukaren har i förhållande till beslutsprocesser och utformning av den tjänst [tjenestetillbud] han själv är berörd av. Brukarmedverkan förutsätter att man inte längre ska betrakta den hjälpbehövande som en ensidig mottagare av tjänster. Brukaren ska inta en roll som aktiv deltagare i sin egen behandlingsprocess. (min övers.)

Inflytandeaspekten återfinns även i Rönning och Solheims definition (1998, s. 31). Med brukarmedverkan menas här ”att de som berörs av ett beslut eller är brukare av tjänster, får inflytande på beslutsprocesser och utformning av den aktuella tjänsten [tjenestetillbudet]”. Brukarperspektivet betyder i det här sammanhanget hur brukare upplever att de medräknas i framställning av hjälp och service från offentliga organisationer.

Brukarperspektivet är ur de offentliga organisationernas och personalens synvinkel en möjlighet att samordna den offentliga servicen efter de behov som personen har – och inte efter det utbud som organisationen har på sin repertoar. Brukarperspektivet ger, enligt min mening, stora möjligheter till integrerad vård och service, och därmed sannolikt en kraftig effektivitetsförbättring i offentlig tjänsteproduktion. Brukarperspektivet kan ses som ett motstycke till de uppdelade, specialiserade yrkesperspektiven i välfärdssystemet.

2.2 Uppdelning och integration

Den offentliga psykiatrin består av en mängd mer eller mindre självständiga organisationer, finansiellt och funktionellt åtskilda från varandra i en samhällelig arbetsdelning. Man brukar använda metaforen ”stuprör” för att förklara denna ansvars- och uppgiftsfördelning. Ofta är dessa organisationer starkt specialiserade och ställer precisa krav på egenskaper hos de medborgare som passar som klienter eller så betjänar organisationen kanske bara medborgare som bor på ett visst ställe. I båda fallen utestängs många medborgare som behöver hjälp och det ställs höga krav på medborgaren att orientera sig i trygghetssystemet och vara påläst för att få hjälp.

De medborgare som motas bort eller på annat sätt inte får adekvat hjälp av trygghetssystemet utgör ingen intressegrupp, och har därför svårt





att hävda sina önskemål och svårt att nå fram med sin kunskap om missförhållanden i offentlig vård och service.

Då ekonomi och styrsystem liksom en rad andra systemfaktorer skapar barriärer mellan verksamheter som ibland borde vara kopplade, försöker man likt matrisorganisationer samla adekvata kompetenser för att bistå nödställda medborgare eller arbeta förebyggande i något avseende. Den växande litteraturen och försöksverksamhet kring samverkan och andra integrationsformer visar en tilltagande uppmärksamhet kring dessa frågor (Axelsson & Bihari Axelsson 2007; Arman 2007). Man talar till exempel om integrerad vård som ”stuprörsorganisationernas” motstycke. Inom psykiatri har det vuxit fram metoder och arbetssätt i integrerad psykiatri (Falloon m.fl. 1997) och där integrationssträvanden med Case management metoden är en viktig del i metodutvecklingen (Malm 2002).

Den holländske psykogerontologen Henk Niels anger några betydelser i integrerad vård för äldre i en text från European Health Management Association:

‘Integration’ har många betydelser och tolkas på många olika sätt (Kodner och Spreeuwenberg 2002). Här definierar vi integrerad vård som en väl planerad och väl organiserad uppsättning tjänster och vårdprocesser inriktade på flerdimensionella behov/problem hos en enskild klient eller kategori personer med liknande behov/problem.... Integrerad vård är inte ett resultat utan ett medel att uppnå optimal effektivitet på servicenivå... Detta skifte från leveransstyrd till behovsstyrd vård kräver nya ledningsstilar och -färdigheter. Ledningen står inför ett flertal fokus och lojaliteter när de integrerar och binder ihop tjänster runt klienten. Utmaningen är att organisera och säkerställa serviceleverans så att den:

- är ett stöd för klientens livsvärld.
- kombinerar uppgifter för yrkesverksamma, informella vårdare och frivillig.
- förbinder och kombinerar tjänster inom organisationer.
- koordinerar tjänster som tillhandahålls av olika leverantörer.
- sammanbinder med det specifika ramverk eller vårdsystemet.

Företagsekonomen Runo Axelsson och psykologen Susanne Bihari-Axelsson undersöker integrationsfenomenet bland annat i folkhälsoarbetet. Inte-





gration är en term som betyder att ”olika aktörer eller aktiviteter har förts samman till en större helhet” (2007, s. 13). I ekonomisk teori (Williamsson 1975) är det två mekanismer som medför integration: hierarkisk organisation och konkurrens på en marknad.

Intressant nog så identifierar Axelsson & Bihari Axelsson även en tredje form av integration, den som uppkommer genom aktörers frivilliga samarbete i ett nätverk. Med en stark renodling sker integration sidledes där den frivilliga uppkopplingen och anpassningen i ett nätverk är den integrerande mekanismen, eller så sker integration uppifrån och ned i en hierarki där social makt är den verksamma mekanismen.

Axelsson & Bihari Axelsson (2007) förklarar att vertikal integration sker mellan olika nivåer i en hierarkisk struktur. Horisontell integration däremot sker mellan organisationer som är på samma nivå eller har samma status. Det handlar om strävan att få organisationen att gå i takt så att tänkande och görande på nivåer i en hierarki samvarierar. Horisontell integration blir aktuell när man till exempel tänker att olika organisationer svarar för olika länkar i en vårdkedja, eller ännu hellre när service utformas av ett ”gränsöverskridande, multidisciplinärt team” (2007, s. 19).

Axelsson & Bihari Axelsson presenterar distinktionerna mellan olika integrationsformer i ett fyrfältsdiagram med inspiration från Henry Mintzberg (1979) där

samordning är en form av integrering som uppnås framförallt genom att skapa en gemensam hierarki för styrning av organisationerna. Beslut om integrering kommer uppifrån och implementeras nedåt längs hierarkin, till exempel genom samordningsmekanismer i form av övervakning och kontroll (2007, s. 14).





Figur 1. Fyra former för integration.

		Horisontell integrering	
		-	+
Vertikal integrering	+	Samordning	Samverkan
	-	Kontraktstyrning	Samarbete

Källa: Axelsson & Bihari Axelsson 2007, sid 14.

Jag uppfattar att Axelsson och Bihari Axelsson förutsätter att man utför tjänster av någon typ i denna modell, kanske människonära tjänster som det är fråga om inom psykiatri.

I Axelsson & Axelssons integrationsmodell (2007, s 14) är *samordning* en form av integration som svarar mot hög vertikal integration i en verksamhet men svag horisontell integration. *Samverkan* är likaså en integrationsform som kräver hierarkisk styrning men som kan kombineras med frivilliga överenskommelser i form av ömsesidiga anpassningar hos deltagande organisationer eller specialister.

Samarbete åstadkoms framförallt genom frivilliga överenskommelser och bygger på intensiva kontakter mellan berörda organisationer. Styrningen av integration från organisationens topp är låg. *Kontraktstyrning* är den form som innebär lägsta grad av integrering. Formen kan vara lämplig om organisationerna befinner sig i konkurrens på sin ”marknad”.

Enligt Axelsson & Bihari Axelsson (2007) är samverkan den mest förekommande typen av samordningsmekanismer inom hälso- och sjukvård. Det beror på att när flera sektorer (både offentliga, privata och frivilliga) och flera huvudmän för organisationer i samhället är inblandade finns ingen möjlighet att skapa gemensamma hierarkier eller vertikal arbetsfördelning. Samverkan innebär istället olika former av matrisstrukturer där den ordinarie hierarkin finns kvar men kompletteras av dubbla kommandon bestående av horisontella kontakter, till exempel inom ramen för team. Detta är också en arbetsform som är mycket belastande för personalen för man hamnar lätt i dubbla lojaliteter, å ena sidan, lojalitet till den professionella yrkes-





utövningen, yrkesuppgiften och interaktionssammanhanget där uppgiften koordineras och å den andra sidan lojalitet mot administrativa strukturer och arbetsgivaren i moderorganisationen.

Patienten i centrum

Avsaknaden av länkar mellan verksamheter som ska leverera sin del av service till hjälpbehövande utgör ett hinder för en samordnad insats från berörda organisationer på den hjälpbehövandes nivå. Även mellan olika nivåer inom en psykiatrisk organisation kan det saknas länkar. Det är till exempel inte säkert att samma värderingar och synsätt gäller på olika hierarkiska nivåer i organisationen.

Både dessa former av uppdelning av uppgifter mellan specialiserade verksamheter (stuprören) och mellan olika nivåer i en organisation ställer krav på en motriktad rörelse nämligen integration. ”Patienten i centrum” är ett ofta använt uttryck för att belysa denna ambition till integration. I det första fallet tänker man sig en horisontell integration så att organisationer som har expertis på olika livsområden, och därmed olika länkar i vårdkedjan, samordnar sina insatser. I det andra fallet är det fråga om en vertikal integration, så att olika delar i en hierarki går i takt.

I normalfallet är det chefen som har till uppgift att samordna verksamheten inom sin organisation, men då det gäller horisontell integration har chefen inget att säga till om utanför sin egen organisation, och det behövs alltså andra integrationsmetoder. Här kommer samverkansidén in i bilden, och strävan hos verksamheter som bidrar med delar i en integrerad hjälp att hitta former att samordna sina insatser. En mängd samverkansgrupper på olika nivåer försöker i vardagligt arbete att få organisationernas tjänster att koppla till varandra i en integrerad vård och behandling.

För att få till stånd en effektiv samordning av offentliga insatser för människor med psykisk ohälsa är det viktigt att veta svaret på frågorna: Vad lider personen av? Vad för slags vård och service behöver den här människan? Professionell personal är utbildade experter på människors behov, och det är professionella som i sin yrkesutövning uttolkar behoven och öppnar ”dörrar” i psykiatriorganisationerna för de människor som man bedömer är förtjänta av organisationens tjänster (Hasenfeld 1992). I professionsbegrep-





pet ligger att den högt professionelle vet bättre än någon annan vad klienten behöver (Hellberg 1978; Selander 1989). Deras bedömningar ska baseras på vetenskapligt vetande och beprövad erfarenhet. Tillgången till en exklusiv kunskapsbas är en del i professionaliteten. Problemet är emellertid att de professionellas kunskaper ofta är starkt specialiserade och anpassade till de utsnitt av människors behov som organisationen har till uppgift att möta. I gynnsamma fall passar organisationens utbud av service in på patientens/klientens hjälpbehov i något avseende. Ofta finns det emellertid glapp mellan organisationens utbud tjänster och patientens/klientens hjälpbehov. Exempelen är också många där patienten faller mellan stolarna, som bland annat framkommit i den yrkeserfarenhet som uppkommit hos personligt ombud (Rönmark red. 2005). Det blir ingen effektiv vård och behandling i sådana fall, för man gör inte rätt insatser. I de allra flesta fall sker patienternas inflytande över sin egen vård och service just genom personalen, och den tolkning som personalen gör av de aktuella behoven.

2.3 Brukarinflytande som provokation

När brukarbegreppet kommer in i förvaltningspråket på 1980-talet kunde anspråken på ett direkt inflytande ofta uppfattas som en provokation mot den ordning där professionell personal tolkar behov och banar väg till rätt service. Inte minst de internationella rörelserna kring Independent Living och Fountain House skapade utropstecken i den befintliga ordningen. Både regeringen och utredarna i Psykiatireformen 1995 betonade vikten av att lyssna till brukare av psykiatriska verksamheter och deras företrädare. Ekonomiskt stöd till patient- och anhörigföreningar var ett led i främjandet av en starkare röst till brukarperspektivet. Nya former av brukarinflytande uppkom i LSS-lagsstiftningens stödform personlig assistans, där den funktionshindrade fick en slags *arbetsgivarställning* till personliga assistenter.

Tillkomsten av personligt ombud i början av 2000-talet gav den psykiskt funktionshindrade ställning som *uppdragsgivare*.

Hos Nationell psykiatrisamordning har brukarinflytandet varit ett återkommande tema, och man har med en rad projekt främjat utvecklingen mot ett ökat brukarinflytande i sjukvårdens och socialtjänstens psykiatri.





Slutrapporten *Ambitioner och Ansvar* (SoU 2006:100) ägnar kapitel 13 åt brukarinflytande. Den sammantagna bedömningen lyder: ”Samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder och psykiska sjukdomar ska präglas av medinflytande från den enskilde personen” (s. 515).

Brukarinflytande i vård, stöd och service hör samman med en strävan mot ökad demokratisering i samhället – utifrån ett medborgarperspektiv. Vidare ska samhällets insatser inriktas på att ge den enskilde möjligheter till full delaktighet och jämlika levnadsvillkor, vilket är omöjligt om personen inte själv får ett stort inflytande. Delaktighet betyder engagemang på livsområden och i aktiviteter som personen själv väljer. Om den enskilde inte får tillfälle att välja genom att utöva inflytande kan man alltså aldrig nå delaktighetsmålet. Att ta makten över sitt eget liv och själv göra sina val är också ett nödvändigt inslag i varje rehabiliteringsprocess – detta kallas ofta för empowerment. Dessutom är det sannolikt att om en verksamhet använder sig av de erfarenheter som dess användare och deras närstående har – möjliggör brukarinflytande – kan verksamheten bli mer effektiv och ändamålsenlig. Genom att i allt högre större utsträckning bygga på brukarnas egna erfarenheter och behov kan verksamheterna och insatserna utvecklas på ett positivt sätt (SOU 2006:100, s. 516).

Det ”brukarinflytande” som växte fram på 1980-talet, kom senare att stärkas på flera områden bland annat genom att man kunde koppla individuellt inflytande och kollektivt inflytande. Patient- och anhörigföreningarna inom olika funktionshinderområden kom att spela en stor roll för att brukarperspektivet och brukarinflytandet stärktes. Det fanns ett politiskt stöd för denna utveckling inte bara i Sverige utan internationellt. I *Ambitioner och Ansvar* kopplas denna tendens till ökat brukarinflytande till den situation som uppkommit i och med av-institutionalisering av psykiatrin.





Övertygelsen att brukarinflytande ska finnas, och att ett ökat brukarinflytande är nödvändigt, har länge varit framträdande i svensk socialpolitik. Denna övertygelse är inget unikt svenskt fenomen, utan hör samman med avinstitutionaliseringprocessen även internationellt. I USA, Storbritannien och Nederländerna finns exempel på nationella riktlinjer och lagstiftning som gör de offentliga organisationerna ansvariga för att möjliggöra brukarinflytande när det t.ex. gäller ledning av psykiatriska kliniker, planering av högre utbildningar på vårdområdet och delaktighet i forskning som bedrivs på psykiatriområdet (Socialstyrelsen, 2001d; Rose m.fl., 2002; Riksförbundet för Social och Mental Hälsa 2002; Socialstyrelsen, 2003, SOU 2006:100, s. 515.

Med nya inflytandeformer kom brukarna att kunna utöva inflytande i offentlig verksamhet genom att föra fram ett brukarperspektiv på tjänster och service för personer med psykiska sjukdomar och ohälsa. När brukarna kommer in som en ny kollektiv aktör ser de verksamheterna med andra ögon än de organisationsinterna ögonen. De ser uppgifter och verksamheten ur ett brukarperspektiv – som för övrigt är långt ifrån enhetligt – och med ambitioner att förändra verksamheten enligt vad som är sant, gott och rätt i ett sådant perspektiv. Ett ökat inflytande för patienter och klienter som individer eller kollektiv inom psykiatrin innebär förändring av den tidigare maktordningen. Den amerikanske organisationsforskaren Yeheskel Hasenfeld (1982) menar att reella förändringar förutsätter förändringar av makt. Också *Ambitioner och Ansvar* är inne på det spåret:

Brukarinflytande handlar om makt och maktindelning. Samtidigt som brukarinflytande för vissa utsatta grupper är viktigt för att utveckla demokratin i ett samhälle, måste det balanseras mot allmänintresset och de spelregler som finns inom offentliga organisationer – politiker kan inte delegera rätten att besluta i hur stor utsträckning som helst (Socialstyrelsen, 2001d; Socialstyrelsen, 2004). Även de professionella är en intressent, vars inflytande över t.ex. val av metoder och arbets sätt är och bör vara betydande. Psykiatrisamordningen ser maktfrågorna på psykiatriområdet som ett dynamiskt spel mellan brukarnas, de professionellas, huvudmännens och statens intressen (SOU 2006:100, s.516).





Men man kan också byta ut vård- och serviceorganisationens perspektiv och istället utgå ifrån patientens eller klientens perspektiv när man tänker på samordning av insatser för den enskilde och för den patientgrupp det gäller. Brukare och brukarperspektiv är en vanlig samlingsbeteckning för servicemottagare av olika slag.

Utformning av brukarnas röster

Att stärka brukarnas röst och kanalisera brukares kunskaper och erfarenheter in i olika psykiatriska verksamheter var ett uttalat mål för Nationell psykiatrisamordning. Denna uppgift förutsätter bland annat metoder för samordning av enskilda brukares erfarenheter och önskemål. Här kommer brukarinflytandesamordnaren in i bilden. Brukarnas röster och kunskaper är mångfaldiga, och de behöver i första ledet systematiseras och utformas på ett sätt så att psykiatriverksamheter kan ta till sig brukare erfarenheter, kunskaper och önskemål.

En central uppgift var alltså *kollektiv viljebildning*. Inflytandeprojektet spelade här en viktig roll som igångsättare av sådana processer, och inte minst skapades kontakter mellan personal inom psykiatrin och intresseföreningarna. Inflytandeprojektet drevs från hösten 2005 till sommaren 2007 i ett samarbete mellan Nationell psykiatrisamordning, Nationell samverkan för psykisk hälsa, Ersta Sköndals Högskola, Ersta diakoni och Stockholms läns sjukvårdsområde. Inflytandeprojektet anordnade flera nationella konferenser där brukarinflytandefrågorna ställdes i förgrunden. ”Brukarinflytande innebär att personer med psykisk ohälsa/funktionshinder och deras närstående kan påverka hur verksamheterna styrs och utvecklas”, heter det på hemsidan Inflytandeguiden.se.

Brukarsamordnaren företräder ett patient- och anhörigperspektiv på de psykiatriska verksamheterna med annorlunda sätt att tänka kring bemötande och vård, stöd och service för brukarna.

David Ershammar (2007) menar i skriften *Hitta rätt* att brukarsamordnaren har till uppgift att företräda ett brukarperspektiv på offentlig vård och service, och som med olika medel verkar för och samordnar former av inflytande i hur vård och service i sjukvården och socialtjänsten ska utformas och levereras ut till människor med psykisk ohälsa och sociala svårigheter.





Inflytande kräver strukturerade metoder men ”grunden läggs när psykiatrin och socialtjänsten förstår och möter individernas omedelbara önskemål och behov. Brukarinflytandet bottnar i hur väl de anställda i det dagliga arbetet, i ett boendestöd, i en sysselsättningsverksamhet eller på en mottagning, lyckas stödja människor att ta kontroll över sina liv” (Ershammar 2007, s.15).

2.4 Metoder för brukarinflytande

I skriften *Hitta rätt* beskrivs elva metoder för brukarinflytande främst på verksamhetsnivå och systemnivå. Brukarsamordning finns inte med i förteckningen, som tar upp följande:

Råd. Olika former av råd, exempel handikappråd, brukarråd eller samrådsgrupper, är den vanligaste metoden för brukarinflytande. Viktigt med tydliga riktlinjer för arbetet.

Representanter i ledningsgrupper och andra beslutande organ. Viktigt med tydliga roller och mandat för brukarrepresentanten.

Medverkan i uppföljning och kvalitetsutveckling, där personer med funktionshinder eller närstående involveras i utvärderings- och kvalitetsarbete. Brukarrevision är en form av sådan medverkan.

Medverkan i personalutbildning. Attityder och värderingar kan ändras när personer med egen brukarerfarenhet deltar i personalutbildning. Var tydlig med stöd till medverkande och arvodet.

Arbetsgrupper i vardagsnära planeringsarbete. Roller, mandat och ekonomiskt ansvar för brukarna måste vara tydligt.

Fokusgrupper och paneler, där kunskap kring en tydlig frågeställning samlas in.





Expert genom erfarenhet. Brukares erfarenheter av psykiskt funktionshinder görs tillgängliga genom anställning eller uppdrag i den berörda organisationen.

Politikerdialog och så kallade bakvända debatter där politiska beslutsfattare får kunskap om verkligheten.

Framtidsverkstad, och andra storgruppsmetoder för *gemensamma diskussioner*.

Öppet forum/Open space, är en metod där deltagarna utifrån ett tema tar ansvar för att samtala om angelägna frågor och idéer.

Dialogcafé kan anordnas för tematiska diskussioner vid större tillställningar.

Istället för metoder skulle jag hellre kalla den här uppräkningslistan för *former* av brukarinflytande, och att det inom dessa former finns flera metoder som kan användas när inflytandeformen utövas. Exempelvis rådsformen, som innehåller metoder för kommunikation bland annat i syfte att utforma gemensamma uppfattningar och att fatta beslut, och metoder att föra fram uppfattningar som framkommer i rådet.

Jag ser dem som användbara inflytandeformer i psykiatrin, socialtjänsten och intresseföreningar vid planering och revidering av verksamheter, men också för att få fram ny information och nya sätt att tänka kring gamla uppgifter.

En del inflytandeformerna handlar om att skapa förutsättningar för gemensam åsikts- och viljebildning; inflytandeeinheiten eller VAD brukarföreträdare ska göra på sina inflytandeposter. Då börjar också en långsiktig förnyelse och förändring av den aktuella verksamheten med stöd av ett brukarperspektiv. En del av förnyelsen tar sikte på vertikal integration, genom att föra in brukarperspektivet i den aktuella organisationens alla nivåer. En del av förnyelsen tar sikte på horisontell integration, där man på olika sätt använder brukarperspektivet för att verka för ett helhetstänkande





med patienten i fokus. Då kan det handla om att skapa förbindelser mellan olika aktörer så att man kan påbörja olika slags samtal om uppgiftsfördelning på fälten för psykisk och somatisk ohälsa och sociala svårigheter, och andlig nöd, och inte minst se sin egen verksamhets begränsade räckvidd i förhållande till de varierade behov som nödlidande människor har vid svåra livsomständigheter. Det kan ge idéer till nya sätt att samordna samhällets service.

BISAM-projektet

På hösten 2006 inleddes en konkret satsning av Nationell psykiatrisamordning för att främja brukarinflytandesamordning (BISAM). Då fanns brukarinflytandesamordning på 10 orter i landet. Flera kommuner, landsting och intresseorganisationer var inblandade i satsningen som syftade till metodutveckling kring hur en offentlig verksamhet kan ta större ansvar för dialogen med dem som använder verksamheterna. En nationell, ambulering 5-poängsutbildning för brukarinflytandesamordnare gavs av Sköndalsinstitutet under 2006 med ett 20-tal deltagare. Inflytandeguiden skriver att det ingår i brukarinflytandesamordnarens roll att sörja för att deltagarna och parter kommer i dialog med varandra.

Deras roll kan beskrivas som "möjliggörare" för att personer med psykiska funktionshinder och deras anhöriga ska kunna få mer inflytande och medverka i utvecklingen av framtidens verksamheter.

Forskningen visar att det krävs mycket om man på allvar vill göra fler delaktiga i verksamhetsutvecklingen. Inflytandesamordnarnas uppgift är att samordna dessa aktiviteter och utveckla formerna för dialog mellan patienter, anhöriga och vårdgivare.

Dessa korta beskrivningar av samordnarens roll är komna ur flera års erfarenhet med inflytandesamordning. Man kan genast ana komplexiteten i den uppgift som brukarinflytandesamordning innebär och därmed den mängd olika, och delvis motsägande förväntningar som riktas som samordnarrollen.





Komplexitet och osäkerhet

I rollen som ”möjliggörare” möter brukarsamordnaren en mängd, till en början ofta diffusa, individuella, ostrukturerade och obeständiga förväntningar på vad brukare och deras anhöriga kan göra för att få ett ökat inflytande över verksamheter som tillhandahåller vård och service, och förbättra dessa verksamheter. Mer entydiga och beständiga förväntningar riktas mot brukarsamordnaren från aktuella brukarorganisationer, då ju själva intresseorganiseringen innebär att mängden av enskilda intressen formuleras till någonting gemensamt för intressegruppen, och därmed blir enklare att framföra till sjukvård och socialtjänst. Men det gäller inte bara att hitta länkar in i berörda verksamheter i psykiatrin och socialtjänsten, utan att också möta förväntningar som personal och ledning riktas mot brukarsamordnaren, då denne vill ”möjliggöra patienters och anhörigas medverkan och ökade inflytande i verksamheterna”. Vilka reaktioner väcker det hos personal? Inte heller från personal och ledningshåll kan man räkna med tydliga och beständiga rollförväntningar.

Det är sedan en fråga hur brukarsamordnaren uppfattar *vad* inflytandet ska avse, *när*, *hur* och *varför* man ska fokusera på det aktuella inflytandeobjektet, vilka rattar som ska vridas och vilka personer som ska övertygas för att det ska nå fram till en punkt där man kan se en förändringseffekt. Möjliggörandets och samordningens funktioner innehåller flera steg och många ytterst komplexa operationer. Inte minst viktig är den kollektiva viljebildningen så att man vet vad som ska framföras och vad inflytande gäller.

Man ska också tänka på att brukarnas inflytande avser förhållanden i organisationer där det redan finns en inarbetad maktordning, ofta baserad på professioners samhällsuppgifter, där brukarna i allmänhet inte är medräknade, och där man måste ta hänsyn till personalens fackliga intressen och organisationens logik och tradition.

Förväntningar riktas alltså på brukarinflytarsamordnarrollen från olika håll och på olika konkretionsnivåer. Det är orealistiskt att hoppas att en brukarsamordnare ska klara av att svara upp mot omgivningens olika och ibland motstridiga förväntningar. Samordnarens mandat är ofta i praktiken för svagt för att motsvara ambitioner på strukturella föränd-





ringar, där brukarnas kunskaper och röster ska göra sig gällande i samhällets psykiatri. Men så klart, en liten bit kan man nå i bästa fall. I värsta fall blir brukarsamordnarna uttröttade, modstulna och förbrukade – och lägger misslyckanden på sig själva.





3 METOD

3.1 Finansiering och uppdrag

Utvärderingen av ”reellt brukarinflytande” eller SÄS-modellen finansierades av utvecklingsmedel från Nationell psykiatrisamordning. Som sökande stod en av vuxenpsykiatrins klinikchefer, och som utförare uppgavs FoU-centrum ÄldreVäst Sjuhärad. Som samarbetsparter anges Borås Stad, Primärvården Borås-Bollebygd, RSMH Västra Götaland, IFS Sjuhärad, Äldre Väst Sjuhärad och Högskolan i Borås. I ansökan utlovas en utvärdering som tar ”utgångspunkt i en intressentmodell med perspektiv från flera håll”. Syftet med utvärderingen var ”att utvärdera effekter av brukarsamverkan och brukarinflytande efter SÄS-modellen för att erhålla underlag för fortsatt utveckling och möjliggöra spridning av modellen till flera intressenter inom psykiatrisk vård, primärvård och kommunal vård och omsorg samt brukarorganisationer”.

Ansökan om utvecklingsmedel beviljades den 15 juni 2005, trots att tjänstemän på Nationell psykiatrisamordning var informerade om förtroendeförlusten för projektet att implementera SÄS-modellen. Beslutet styrde utvärderingen ett stycke bort från brukarinflytandet i den lokala och regionala kontexten i riktning mot en ”nationell inventering av vilka ’strategier och modeller’ för brukarinflytande som används i Sverige”. Denna inventering skulle sammanställas tillsammans med pilotprojektet i Borås ”i ett dokument som kan användas som manual av andra verksamheter i arbetet med att utveckla reellt brukarinflytande”, heter det i beslutet. Man tillförde lite mer pengar än det sökta beloppet.

Utvärderingen planerades efter en intressentmodell (Guba & Lincoln 1981, Vedung 1998, s.75ff), men kunde inte genomföras som planerat. Den del av utvärderingen som redovisas i den här texten handlar om samordnarrollen och jämförelse av brukarsamordning på olika orter.



3.2 Fokus på brukarsamordnarens roll

Rapporten fokuserar alltså på rollen som brukarsamordnare. Det är integrationsfrågorna som i denna beteckning träder i förgrunden. Det finns något att säga om valet av termen brukarsamordnare. Varför inte brukar*inflytande*-samordnare? Tanken har funnits att avgränsa undersökningen till den del av rollen som berör samordning av brukares och brukarperspektivets inflytande på den offentliga psykiatrin och andra berörda organisationer. Det skulle stämma bra med terminologin som används i utrednings- och förändringsarbete hos Nationell psykiatrisamordning, och i den brukar-nischade Inflytandeguiden liksom i BISAM-projektets försöksverksamhet med brukarinflytandesamordning på tio orter i landet.

I denna rapport behålls dock en vidare beteckning som öppnar för andra uppgifter än att just samordna ”inflytande” i psykiatriska verksamheter. Att begränsa samordning till ”inflytande” leder lätt till att befästa en obalans mellan ideella föreningar och offentliga organisationer, på så vis att samordningsuppgiften att utforma ett inflytandehåll, som passar de offentliga organisationernas rationalitet och inflytandeformer, ligger på brukarkollektiven. Det finns en risk att integration med detta synsätt sker på den offentliga verksamhetens villkor. I själva verket är organisering av brukargrupperns erfarenheter och önskemål, alltså den process där inflytandehållet framställs, en nog så stor integrationsuppgift. Detta förutan saknar brukarrepresentanter kontakt med brukarrörelsens vilja och erfarenheter. Samordnaren riskerar att hamna i en ”gisslansituation”. Undersökningen försöker vara lyhörd för vilka faktiska samordningsuppgifter en samordnare kan arbeta med.

Ett annat skäl att använda en vidare beteckning *brukarsamordnare* är att just den beteckningen användes när denna funktion infördes i svensk psykiatrin med början i Malmö 1997 via amerikanen Joel Slack. Slack utgick ifrån erfarenheter av brukarinflytande som han hade varit med att utveckla i psykiatrin i Alabama, USA. Modellen implementerades av Slack. Den har rönt stor uppmärksamhet i Sverige och Slack har troligen varit den mest inflytelserike förändringsagenten på området. Jag ser honom som den förste brukarsamordnaren i Sverige. Det är förstås viktigt att få med denna startpunkt bland de fall som ingår i denna undersökning.





3.3 Urval

I undersökningen ingår fyra orter med erfarenhet av brukarsamordning, nämligen vuxenpsykiatri vid MAS i Malmö, vuxenpsykiatri vid SÄS, Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås, vuxenpsykiatri i Hallands landsting och brukarsamordning i Emmaboda/Nybro/Torsås. Urvalet kommer sig av att de här fyra orterna har utvecklat pionjärverksamheter när det gäller brukarsamordning. Brukarsamordnarna i Malmö, Småland och Halland lyftes fram vid Inflytandeprojektets konferens *Handling och verklighet*, 21-22 mars 2006, som verksamheter hade nått längst. I dessa verksamheter hade man samlat erfarenheter från starten av ett strukturerat inflytandearbete. Samordnare från dessa orter tillfrågades senare om de kunde delta i denna undersökning.

Urvalet handlar alltså om att belysa erfarenheter från de första exemplen på brukarsamordnarfunktionen i Sverige. Genom urvalet gavs möjlighet att också följa växlingen mellan den första generationens brukarsamordnare och den andra generationens. Det visar sig vara ganska skilda uppgifter och roller över tid.

3.4 Datainsamling och bearbetning

Erfarenhetsmaterialet inhämtades genom en djupintervju av brukarsamordnaren i Borås och information från aktörer kring denne liksom dokumentanalys av olika slag som belyser brukarsamordnarfunktionens uppgifter, organisatoriska förutsättningar och praktiker, inte minst samordnarens egen dokumentation av olika delar av uppdraget. Material för jämförelser inhämtades vid en workshop med brukarsamordnare som hölls i Nybro den 1 november 2006. Syfte med träffen i Nybro var att få fram beskrivningar och erfarenheter liksom att tillsammans reflektera kring tre andra arbetssätt i brukarsamordning. Även en del dokumentation från de aktuella verksamheterna har använts i beskrivningen.

En instruktion skickades ut som en förberedelse för dagen, där deltagarna ombads förbereda beskrivning av rollen som brukarsamordnare:





Jag tänker mig att vi ska bygga upp kunskapen genom en rad berättelser som skildrar olika aspekter av rollen och funktionen brukarsamordning. En bra förberedelse är att tänka ut ett antal exempel (ett antal cases) från din erfarenhet, där rollen som brukarsamordnare och funktionen blir belyst på något viktigt sätt, t ex belyser mandat och auktoritet, belyser samverkan, eller hur det går till att organisera brukarkollektivets vilja, berättar om när man lyckas, och varför, när man misslyckas och varför, berättar om organisatoriska förutsättningar, berättar om hur rollen som brukarsamordnare påverkas av fördomar och negativa attityder (stigma), eller liknande.

I instruktionen till workshop med brukarsamordnare beskrivs förmodade variationer i brukarsamordning på de olika orterna.

Rollen som brukarsamordnare och funktionen att samordna brukarinflytande är beroende av en rad specifika förutsättningar som finns på varje ort, i varje berörd organisation, i uppdragsformuleringen, personliga egenskaper och traditioner och kontaktnät mellan inblandade aktörer och en mängd andra faktorer. Det ser förmodligen väldigt olika ut på de fyra orter som vi kommer att kunna representera. Men det borde också finnas gemensamma drag i uppgiften som brukarsamordnare trots alla skillnader. Vi får se vad vi kommer fram till.

Vid workshoppen deltog Anna Koskinen, Annelie Svensson och Lars Jonasson från inflytandesamordning i Småland samt Susanne Rosenthal, tidigare brukarkoordinator från Malmö. Tanken var att också Jenny Svensson, samordnare i Halland, också skulle delta, men hon medverkade enbart via en omfattande text om sina erfarenheter från uppdraget.

Det kom fram en rad yrkesberättelser vid samtalen. Deltagarna beskrev hur brukarsamordningen vuxit fram, dess arbetsuppgifter och metoder. De beskrev och diskuterade också mandat och resurser kopplade till uppgifterna liksom hur rollen och funktionen var kopplad till organisationer i omgivningen. Erfarenheterna kunde sättas i perspektiv genom att motsvarigheter från övriga ställen kunde presenteras och bli referenser för jämförelser. Ofta kom det då fram konkreta exempel som illustrerade mer generella beskrivningar, t ex hur mötesformer anpassas till deltagarnas behov.





Samtal vid workshopen kring rollen som brukarsamordnare och faktorer bandades och transkriberades sedan i sin helhet. Utdrag ut transkriptionen redovisas i kapitel 5, framför allt då det gäller hur samordnarna beskriver arbetsuppgifter och metoder på de olika orterna.

Eftersom huvudstudien gjordes i psykiatrin på Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås, har jag också fått mest kunskap om hur brukarsamordningen byggdes upp och fungerade där. Så detaljerad information finns inte från de tre övriga fallen. Därför redovisas också fallet SÄS för sig i kapitel 4, och de tre övriga fallen redovisas i kapitel 5.





4 BRUKARSAMORDNING VID VUXEN- PSYKIATRIN I BORÅS

Vuxenpsykiatri i Södra Älvsborg är organiserad i två kliniker och i 26 verksamhetsenheter. Sjukhuset betjänar medborgare i kommunerna Alingsås, Bollebygd, Borås, Herrljunga, Lerum, Mark, Svenljunga, Tranemo, Vårgårda och Ulricehamn. 2007 hade vuxenpsykiatri 575 anställda och en budget på 265 miljoner. På hemsidan finns en deklARATION om patientfokusering av verksamheten och en beskrivning av nära kontakter med brukarorganisationer för att säkra patientfokus:

Inom vuxenpsykiatri är patientens ställning stark. Vi vill att både patienter och närstående ska känna sig delaktiga i vården. Vårt arbets- och förhållningsätt präglas av ett patientfokus.

Vi har kontinuerliga och systematiska träffar med våra brukarorganisationer, vilket kallas brukardialog. Brukarorganisationer finns inom olika intresseområden och utgår ofta från diagnosgrupperna. Brukarorganisationerna har ett gemensamt mål, att arbeta med att påverka och förbättra vården för psykiatriens patienter.

Inom vuxenpsykiatri finns ett Brukarråd. Detta råd ska i samverkan skapa förutsättningar för reellt brukarinflytande inom klinikerna och fullfölja den plan som beslutades 2002, "Brukarnas medverkan i ledningsarbetet vid vuxenpsykiatriska klinikerna, SÄS". Vidare skall rådet vara klinikledningarna till hjälp och stöd i olika ärenden. Rådet består av en jämn fördelning mellan brukare (brukare= människor med egen erfarenhet eller närstående) och personal. Rådets sammansättning speglar olika delar inom vården och har en bred förankring i olika närstående och brukarorganisationer. (Källa: SÄS hemsida juli 2007).

Deklarationen hänvisar till en plan från 2002 där vuxenpsykiatri skapat en struktur för brukarmedverkan. Planen kallades på utredningsstadiet "reell brukarmedverkan". När modellen började genomföras på hela sjukhuset under 2004 kom den att benämnas "reellt brukarinflytande". Den har också gått under beteckningen "SÄS-modellen".





4.1 SÄS-modellen

4.1.1 Tillkomsthistoria

En rimlig startpunkt i arbetet för ett ökat brukarinflytande var psykiatrichefen Lise-Lotte Risö Berglinds beslut den 23 mars 2001, att utse en arbetsgrupp med uppdrag att utforma ett förslag för ”brukarnas medverkan i ledningsarbetet”. Det är väl känt att psykiatrichefen sedan mitten av 1990-talet varit djupt engagerad i brukarinflytande, och med sin ställning och inriktning banat väg för ”reellt brukarinflytande”. 2004 belönades Risö Berglind med *Utmärkelsen god socialpsykiatri* från föreningen Socialpsykiatrisk Forum med följande motivering: ”Lise-Lotte Risö Berglind har som chef för psykiatrin i Södra Älvsborg i dialog med lokal brukar- och anhörigorganisationer skapat förutsättningar till en utvecklingsprocess som syftar till att reell brukarmedverkan skall ge bättre vård.”

Gruppens arbete samordnades av Börje Claesson, tjänsteman vid SÄS. Fyra chefer från psykiatrin ingick i arbetsgruppen och den kompletterades senare med fyra representanter från brukarorganisationerna RSMH, IMS och RUS, som utsågs av Lars Andersson på RSMH. Utredningsuppdraget förankrades i brukarorganisationerna vid ett dialogmöte den 4 maj 2001.

Arbetsgruppen studerade erfarenheter från Skåne och psykiatrin vid Malmö Allmänna Sjukhus (MAS) genom deltagande i Psykklinikens brukarkonferens 10-11 oktober 2001. Man studerade också erfarenheter av brukarrevision vid länsjukhuset Ryhov i Jönköping. Delar av arbetsgruppen träffade den amerikanske konsulten Joel Slack i Borås i november 2001. Denne arbetade med brukarinflytande vid MAS under 1997-1998.

Det finns även ett lite större sammanhang för utvecklingsarbete inom sjukvårdens psykiatri.

VG-regionens plan för psykiatrin

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen beslutade i budget 2002 att utveckla en regiongemensam plan för psykiatrisk vård för vuxna och unga vuxna personer med psykisk ohälsa. En del i planen fokuserade på brukar- och anhöriginflytande.





Kunskapen om betydelsen av inflytande från brukare, intresseorganisationer och anhöriga i vården är idag allmänt känd och accepterad. I planen skall belysas och ges förslag till hur brukar- och anhöriginflytande kan tas till vara och praktiskt utformas.

Anhöriga till personer som drabbas av psykisk sjukdom är ofta i behov av stöd i den situation som skapas i samband med sjukdomen. Sådant stöd kan ofta utformas i samverkan med eller på initiativ av vårdorganisationen men genomförs utanför den psykiatriska verksamheten. I planen skall sjukvårdens ansvar för stöd till anhöriga definieras samt förslag lämnas till hur sjukvården i samverkan med andra vårdgivare och frivilligorganisationer kan bidra till att anhörigas behov tydliggörs och stödinsatser utvecklas. Särskilt angeläget är att situationen för barn till psykiskt sjuka föräldrar och till föräldrar med missbruksproblem uppmärksammas. (Brukar- och anhöriginflytande och stöd till anhöriga, sid. 3.)

En arbetsgruppen bestående av 11 ledamöter – 7 företrädare för brukar- och anhörigorganisationer och fyra från sjukvårdens organisationer – under ledning av Karin Hallén lämnade rapporten ”Regional utvecklingsplan för psykiatri” med fokus på undertiteln: Brukar- och anhöriginflytande och stöd till anhöriga. Rapporten är tyvärr odaterad men torde ha presenterats på hösten 2003.

Det fanns alltså en pågående diskussion inom VG-regionens sjukvård, som så att säga skulle anpassas till psykiatri.

Arbetsgruppens förslag

Den 1 maj 2002 redovisade arbetsgruppen vid SÄS sitt arbete i en rapport med rubriken ”Brukarnas medverkan i ledningsarbetet vid psykiatriska verksamheten SÄS. Förslag på åtgärder för att öka intresseföreningarnas medverkan i den psykiatriska vården i Södra Älvsborg”. I fortsättningen benämns detta dokument ”arbetsgruppens förslag”. Brukarinflytandet vilar i denna modell på tre ben: brukarföreträdare i klinikernas ledningsgrupper, dialogmöten vid verksamheterna och brukarföreträdarens medverkan i anställningsintervjuer. Dialogmötena startade redan 1999.





Arbetsgruppen antog som vision för det kommande förändringsarbetet följande centens: *Reell brukarmedverkan skall ge bättre vård!*

Tidtabell

Arbetsgruppen förslög även en ganska detaljerad plan med olika steg för förändringsarbetet och kopplade det till en tidtabell på tre år för implementering av arbetsgruppens förslag till nya former för brukarinflytande.

1. Diskussion på dialogmöte med brukarna
2. Stora ledningsgruppen diskuterar förslaget
3. Diskussion på arbetsplatser
4. Diskussion och beslut på klinikråd
5. Brukarkoordinator anställs
6. Utbildning inleds
7. Brukarrevision påbörjas
8. Efter att utbildning genomförs tar brukarna säte i respektive ledningsgrupp
9. I samband med att brukarna tar säte i olika ledningsgrupper påbörjas utvärderingen som pågår under två år
10. Första kontrollstationen är efter ett år
11. Andra kontrollstationen är efter två år

Det finns ingen entydig tidpunkt då implementering av ”reell brukarmedverkan” inleddes. Eftersom det operativa arbetet i hög grad var beroende av utbildningsinsatser, kontaktverksamhet och strukturskapande insatser som föll på den anställde brukarsamordnaren, är det rimligt att ta anställningen av honom som startpunkt för implementeringen av arbetsgruppens plan.

Samordnaren projektanställs

Kliniken utannonserade en projektanställning som brukarsamordnare. Det var den första anställningen av sitt slag inom psykiatri i Sverige.

Samordnaren sökte och fick en projektanställning på två år efter ett utlysningförfarande i oktober 2003. Den aktuelle brukarsamordnaren





hade många års erfarenhet av arbete i ideella organisationer, bland annan i RSMH och ABF. Han hade också ett betydande nätverk av betydelse för uppgiften.

Brukarsamordnarens uppdrag var primärt att implementera SÄS-modellen enligt den plan som utarbetats. En annan uppgift var att öppna dörrar till sjukvårdens organisationer och olika funktioner. Dörrar till kommunal psykiatri, primärvård och andra berörda organisationer öppnades lite på glänt genom samordnarens deltagande i utveckling av ett psykiatriråd i Borås och Bollebygd.

Uppdraget kopplades som en stabsfunktion inom vuxenpsykiatri, och samordnaren blev direkt underställd psykiatrichefen. Lönemässigt placerades uppdraget på avdelningschefsnivå. Brukarsamordnaren ingick i klinikens ledningsgrupp.

Brukarsamordnaren fick en referensgrupp bestående av tre erfarna avdelningschefer, och han såg denna referensgrupp som sitt "bollplank".

Den anställde brukarsamordnaren, kan man säga, drev projektet att implementera "Reellt brukarinflytande", bland annat genom rekrytering och utbildning av brukarföreträdare för medverkan vid anställning av personal och arbete i ledningsgrupperna. Han skulle också bereda marken för den permanenta organisationen för brukarmedverkan, och den permanenta brukarsamordnaren efter projekttiden.

Arbete med brukarinflytandet sågs enligt planen som ett projektorganiserat förändringsarbete under den första treårsperioden. Den projektanställda brukarsamordnarens uppgift var att utforma strukturer för brukarinflytande och besätta inflytandepositioner med utbildade och utsedda brukarföreträdare. Uppgiften var att ge liv till de former som arbetsgruppen tänkt ut och som psykiatrichefen beslutat om.

4.1.2 Brukarmedverkans programteori

Efter fyra månader i uppdraget (2004-02-20) beskrev brukarsamordnaren vid SÄS den så kallade SÄS-modellen och dess perspektiv på följande sätt:





Det nya perspektivet skapar en mer brukarorienterad vårdmiljö där brukarnas röst kan göra sig hörd och där påverkansmöjlighet finns på alla nivåer inom den psykiatriska verksamheten. Det främjar förbättringar som svarar mot brukarnas behov. Inflytandet får också, ur brukarnas perspektiv, en positiv inverkan på upplevelser av vården.

Inflytandet innebär även ansvar! Medverkan av brukarföreträdare från intresseföreningarna vid anställningsintervjuer och i ledningsarbetet ger delaktighet i beslut och delat ansvar över nämnda beslut.

Insikten om vikten av besluten och delaktigheten av ansvaret för psykiatrins utveckling in i framtiden ställer företrädarna i fokus. Trovärdigheten i ansatsen och brukarföreträdarnas trygghet i rollen är beroende av en medveten strategi med strukturerade förberedelser! Detta innebär bland annat att företrädarna behöver stöd/coachning i form av utbildnings- och informationsinsatser.

Återkopplingen till stödet från intresseorganisationerna är ett naturligt led i brukarföreträdarens medverkan. De har ju sitt mandat från sin intresseförening, den grupp de företräder!

Brukarföreträdarnas medverkan för med sig ett perspektiv som inte till fullo nyttjas – patienternas/brukarnas/anhörigas erfarenheter och kunskap

- ger en ökad **trovärdighet**
- ger en större **acceptans** av åtgärder och beslut
- ger en bättre **kvalitet** i åtgärder och beslut.

Man kan se ovanstående text som en tät beskrivning av brukarmedverkans programteori och man kan även se vilka mekanismer som ska leda fram till ökat brukarinflytande. Här finns också motiven formulerade till varför man ger sig in i förändringsarbetet. Enligt min mening kan programteorins orsakssamband sammanfattas ungefär så här:

genom att föra in erfarenheter och kunskaper via brukarföreträdare på alla nivåer i organisationen kommer kvaliteten i psykiatrins åtgärder och beslut att höjas och verksamheten tillmätas högre trovärdighet och åtnjuta större acceptans från brukarna.





4.1.3 Organisation av brukarinflytande

Den nya inflytandestrukturen skulle införas samtidigt som psykiatriorganisationen omorganiserades. Man delade upp verksamheterna i två kliniker som leddes av varsin ledningsgrupp. Formellt skulle brukarinflytandet utövas genom deltagande av brukarföreträdare i klinikernas ledningsgrupper. Där skulle brukarföreträdarna förses med samma förslagsrätt och beslutskompetens som övriga deltagare. Inflytandet skulle även utövas genom att brukarföreträdare deltog i anställningsintervjuer av personal vid de olika enheterna och för centrala befattningar inom vuxenpsykiatri. Till inflytandet kan även räknas dialogmöten som vände sig ut till målgruppen och som kliniken ansvarade för. Positionerna skulle tillsättas av utbildade brukarföreträdare som utsetts ifrån brukarorganisationerna. Det skulle dröja innan dessa utsågs och utbildades. Faktiskt ända till hösten 2007.

Till en början kom brukarsamordnaren att utöva inflytande å brukarnas vägnar genom att han gick in som fullvärdig medlem i vuxenpsykiatriska klinikernas ledningsgrupp.

4.2 Brukarsamordnarens berättelse...

Här följer en berättelse där samordnaren delar några av sina erfarenheter av uppdraget och blickar framåt. Berättelsen är baserad på en intervju i april 2006 och är redigerad till en jagberättelse. Utdrag från samordnarens brev och andra dokument har redigerats in i berättelsen i en del fall där brukarsamordnaren i intervjusituationen hänvisat till dessa.

Vi kommer in i berättelsen sedan jag frågat om erfarenhet av psykiatri:

Jag är humanist

– Jag känner till lite grand om psykisk ohälsa på avlägset håll i slakten, så den erfarenheten har jag.

Och så är jag humanist i botten. Har läst teologi. Jag ville bli präst, egentligen. Jag trodde guds hand skulle komma ned till mig i den grå vardagen när jag läst färdigt och ge mig kallelse. Men det kom aldrig någon kallelse.

Jag har en bra familj och trivs hemma och det var så bra. Jag tror allting





har gått så bra, bara därför att jag haft handikapprörelsen och lagt så mycket tid där.

15 år i handikapprörelsen

– Jag har jobbat ideellt inom handikapprörelsen i 15 år. Detta har för mig varit ett självändamål. Det har givit mig tillfredsställelse och jag känner mig nöjd med livet. Det är som när någon skänker pengar till välgörenhet eller åker som volontär till Afrika. Jag njöt av att kunna bistå med min kunskap i ideellt arbetet. Så det var ju ett självändamål då.

– Först var det HSO, handikappföreningarnas samarbetsorganisation. Sedan var det FUB, Föreningen för utvecklingsstörda barn och vuxna ungdomar. I ett tidigt skede kom jag även in i RSMH och jag märkte att psykiskt funktionshindrade fanns i någon slags strykclass även inom handikapprörelsen.

– FUB är en stark organisation, där är föräldrarna starka. Men i RSMH, där är hela familjen ibland alldeles nedkörd. Har man till exempel ett barn som blir schizofren, då är det helvetiska problem, man kan inte engagera sig för man har så mycket att göra med barnet, även om det är vuxet.

Uppmanades att söka

– Jag blev tillfrågad av en chef på SÄS om att söka jobbet som brukarsamordnare när det annonserades ut. Jag hade varit med lite i förarbetet också, men inte spelat en alltför framträdande roll. Bland annat valde jag ut vilka från handikapprörelsen som skulle få komma med på studieresan om brukarsamordnare som arbetsgruppen anordnade. Sen blev jag tillfrågad att söka tjänsten som brukarsamordnare vid SÄS och gjorde det. Jag blev väl smickrad också av att bli tillfrågad.

Erfarenheter och nätverk från ABF kunde återanvändas

– Jag hade redan ett bra arbete. Jag jobbade med samma saker inom ABF, med kurser och utbildningar och sådant.

Jag är inte alls politiskt engagerad, men däremot tycker jag att kunskap är makt och jag jobbade mycket just med handikapprörelsen inom ABF, både på lokal och regional och nationell nivå. För ABF-förbundet har jag jobbat på central nivå en hel del och även inom RSMH. Jag tycker det är viktigt att behålla lokalplanet när man arbetar centralt inom ett förbund, för det är där verkligheten är.

Så jag hoppade över från ABF till SÄS. Jag hade alla nödvändiga kontakter, i den ideella rörelsen och så...





Överbrygga kulturella skillnader

- Det första problemet man stöter på när man börjar med något sånt här är att det är två olika kulturer. Den ideella sektorn ska samsas med en myndighet som är lagstyrd och har en oerhört stark linjeorganisation, en stark hierarki, vill jag påstå, med doktorn i spetsen och så vidare. Det gör att det blir en speciell problematik för att få detta till att sammansmälta.
 - Kanske är det viktigaste och svåraste att förstå varandra, att prata samma språk, att man menar samma sak med det man säger.

Definera uppdraget som brukarsamordnare

- I oktober 2003 var jag ny som brukarsamordnare och tänkte förstås: hur gör man nu? Då kom jag tillbaka till det att man måste definiera vad uppdraget innebär:
 - Det var en arbetsgrupp som innan hade arbetat fram en strategi för brukarmedverkan i ledningsarbete. Man lyfte fram ett antal strategiska områden i utredningen.
 - Det var ett bra förslag, men det var luddigt. Mitt första jobb var egentligen att definiera olika saker som hörde till brukarinflytande och samtidigt ta reda på vad uppdraget som brukarsamordnare innebar, vad beställaren vuxenpsykiatrien egentligen menade med den uppdragsbeskrivning som man gjort.

Vad är uppgiften?

- När jag började satte jag upp ett diagram med uppgifter och när dom skulle göras och fick det godkänt av referensgruppen.
 - Först ville dom inte godkänna mitt arbetsdiagram för jag hade inte skrivit in brukarrevision och det står i grundpapperen att jag ska göra brukarrevision.
 - Min uppfattning om brukarrevision är att det är en jättebra grej, men blandar man det med rollen som brukarföreträdare så blir det så att ena gången kommer man som revisor och andra gången kommer man som företrädare.
 - Jag sköt fram brukarrevisionsuppgiften tills allt annat var färdigt, då kunde jag tänka mig att ta mig an brukarrevision.

Samarbete med pedagogen

- Jag arbetade tillsammans med en pedagog som också har brukarerfarenheter. Jag använde honom när jag gjorde arbetsmaterial som





studiehäftet och sånt. Han var också ett bollplank för att organisera upp arbetet som brukarsamordnare och speciellt utbildningsverksamheten.

Behov av kontinuitet i rollen som brukarsamordnare

– Det var ett tvåårigt projekt. Att det var så pass långt projekt skapade ett slags kontinuitet, till exempel om man jämför med brukarsamordnaren i Halland. Där var idén att en brukarsamordnare skulle jobba ett halvår och sedan skulle en annan brukarsamordnare ta vid. Det reagerade jag starkt på när jag träffade verksamhetschefen i Halland.

Behov av växling i rollen som brukarsamordnare

– Om man vänder på det. Om jag varit min projekttid ut i två år, så ansåg jag att jag – även om jag installerat mig i jobbet och tyckte det var bra förtjänst, och så vidare – att då skulle jag ut och någon annan in så att brukarinflytandet inte skulle stelna i formen.

– Man måste kunna släppa. Jag tror att det är farligt att arbeta för länge i rollen som brukarsamordnare.

Brukarsamordnaren som outsider

– Som brukarsamordnare var jag en katt bland hermelinerna. Jag kunde inte någonting om professionerna. Det var en fördel att jag inte kunde nåt, för dom kände inte någon konkurrens när jag kom. Jag var noga med att uttrycka detta.

En hög position i sjukhushierarkin...

– Jag var underställd psykiatrichefen direkt, så jag gick förbi linjeorganisationen. Brukarsamordnaren fick en position på avdelningschefsnivå, direkt underställd psykiatrichefen. Det var ett oerhört lyckat drag av psykiatrichefen, tycker jag.

– I och med att det är en så stark linjeorganisation så gjorde placeringen direkt under psykiatrichefen att det var så lätt att komma in överallt i den stora organisationen.

Alla hade någon slags respekt, kanske inte för mig som person, men för den funktion som var direkt underställd psykiatrichefen. Det var hennes idé.





... gav ingång till verksamheterna.

– Jag kunde använda den här positionen och gå direkt ut i de många verksamheter som hör till psykiatrin i Södra Älvsborgs område och vara i jämbördig ställning med chefer för de olika verksamheter och avdelningar som ingår i SÄS.

– Psykiatrichefen är en väldigt smart och stark person. Hon får ju alltid igenom sin vilja och i detta fall var det väldigt bra och tjänade syftet med brukarinflytande.

Stark respons och bra relation med cheferna

– Jag fick en oerhörd respons. Ett av skälen var att jag var med på alla ledningsmöten och avdelningschefsmöten och liknande och med tiden så släppte ju garden.

– Första gången jag var med på ledningsgruppsmöte, som sker en gång i månaden, var det väldigt spant. Men så såg dom att jag var en vanlig människa och dom började fråga och sedan blev det ett väldigt fint samarbete och sedan såg dom att dom hade nytta av mig också, så fördelar med att samarbeta med mig.

– Det var viktigt för mig att träffa och få kontakt med avdelningscheferna. Den som är ansvarigt för; låt oss säga psykiatrin i Vårgårda. Om jag inte kommer på god fot med avdelningschefen i Vårgårda, hur ska jag lyckas med brukarinflytande då?

Det var oerhört viktigt att få en bra relation. Vi märkte att vi kunde ha nytta av varandra på olika sätt.

Några skiftade inställning

– En del doktorer var väldigt barska och svårfångade. Dom vet sin status. Men när man kom på tu man hand med dom blev det bättre. Jag vet bland annat en kvinna som var så svår. Hon sa: "Jag har ändrat uppfattning. I början trodde jag att det här skulle bli kaos och ställa till." Det var en annan läkare som uttryckte ungefär samma sak: "Jag har trott på det här; men jag trodde aldrig att det skulle bli så bra."

– Jag fick så mycket den vägen, i spontana samtal.

Reellt brukarinflytande bara på SÄS

– Det var en arbetsgrupp som arbetade fram det som kallades SÄS-modellen. Dom föreslog att brukare ska vara med och anställa personal, att brukare ska in i verksamhetsledning, att brukarna ska delta i att organisera dialogmötena och att brukarna ska ha en samordnare.





– Utifrån dessa uppgifter satte jag upp mer definierbara saker. Och även det här när man säger brukarinflytande: vad är det för nånting? Förstår du vad jag menar? Då gjorde jag en definition som jag fick godkänd.

– Jag kallar det alltså reellt brukarinflytande, en definition på det är att man har påverkansmöjlighet både på verksamhet och planering. Då tycker jag att man kommit fram till reellt brukarinflytande. Det förekom inte i Halland eller någon annanstans i Sverige utan det förekom bara på SÄS.

Brukarsamordnaren satt i ledningsgrupperna

– Om man jämför med samordnaren i Halland på våren 2005. Där arbetade brukarsamordnaren i kortare perioder och där satt inte brukarsamordnaren med i ledningsgrupperna, i alla fall inte så länge jag var brukarsamordnare vid SÄS.

Brukarrepresentanter i anställningsintervjuer

– I SÄS-modellen ska brukarrepresentanter vara med i alla anställningsintervjuer, alltså även när läkarna anställs. Det är lätt att säga till brukarrepresentanten att 'du ska vara med på anställningsintervjuer men enbart anställda under verksamhetschefens nivå', men då är man ute och cyklar.

Inflytande över planering

– Reellt brukarinflytande fanns bara på ett ställe i Sverige och det var SÄS, just för att man hade påverkansmöjlighet på verksamhet och i planering. Det fanns ingen annanstans i Sverige.

– Planering är exempelvis om man ska stänga eller öppna en avdelning, hur man ska satsa medel. Eller hur man ska ha det med en avdelning som inte ger de resultat den borde ge. Vad jag är ute efter är att planering handlar om ändring av inriktning på en avdelning eller om man ska göra en omorganisation, det är en planeringsfråga.

Marknadsföra idéer

– Namnet SÄS-modellen myntade jag, förresten. Hälften av mitt jobb var att marknadsföra idéer och överföra information. När jag var runt och informerade och föreläste var jag tvungen att sätta ett namn på upplägget av brukarinflytande. Det var ingen SÄS-modell innan jag anställdes, utan det växte fram. Idén om brukarinflytande började sprida sig i regionen och då ville jag poängtera att det här kom från SÄS, en slags stolthet över det.

– Det blev mer och mer information. Jag blev anlitad som föredragshållare





på olika ställen. Jag var nere i Göteborg där Anders Milton var med. Han skickade fram sin sekreterare efteråt och ville absolut ha ett samtal med mig. Detta var på Göteborgsregionen i Gårda.

Brukarföreträdarens koppling till föreningen

– Ska man in som brukarföreträdare så är det vissa demokratiska saker som man ska ha klart för sig: dels ska man vara vald till brukarföreträdare av en förening och dels ska man ha gått utbildning, som egentligen ska anordnas av intresseorganisationerna men som i första hand arrangerades av mig i samarbete med pedagogen jag samarbetat med.

Utbildning av brukarföreträdare

– Den del av brukarinflytandet som handlar om brukardeltagande vid anställningsintervjuer kom igång medan jag hade kvar uppdraget.

– Det var ett 40-tal personer som genomgick den utbildningen och som tillhörde någon av de föreningar som kan ses som brukarorganisationer. Det är förutom RSMH, IFS och RUS som varit med redan i arbetsgruppens arbete också föreningar som har medlemmar som har med psykiatrin att göra som DAMP-föreningen, Föreningen autism, Länkarna... med flera. Inte alla fanns inom HSO, som ju inte organiserar anhörigföreningar.

– Det var så att brukarorganisationerna utsåg folk som utbildades. Strategin skulle vara att försörja varje avdelning med minst två brukarrepresentanter. Sedan började förarbetet för att plocka in dom i ledningsgrupperna. Det var i slutet av min anställning på SÄS, så brukarföreträdarna hann aldrig komma in i ledningsgrupperna.

Formulera och framföra kritik och önskemål

– Jag åkte ut och informerade alla handikappföreningar om vilka möjligheter dom hade att påverka. "Det är ingen idé att sitta här och klaga, det är bättre att delta aktivt i SÄS-modellens brukarinflytande", sa jag.

– Det finns med i utvärderingar från Vasagården, RSMH här i Borås – Sveriges näst största RSMH-förening var det faktiskt. Där gick snacket förut ungefär: när man kom dit började man prata om läkemedel, hur jäkliga läkarna var och psykologer och allt vad det heter. Det var en kultur som odlade skepsis mot experter och klagan. Men det vred sig mot slutet. När någon klagade sa vi: "Då tar vi upp det." Och på så vis kommer det fram och kan ventileras och ges en förklaring.

– Till exempel var det någon som klagade på förhållandena på psykakuten. Han hade gått dit och fått vänta i tre timmar. Då kallade vi helt enkelt ner





psykakuten. Avdelningschefen kom tillsammans med läkaren till RSMH och förklarade varför det hade blivit så. Sedan var det ingen på RSMH som klagade på psykakuten, för då visste dom att vi kunde kalla ned läkare och avdelningschef och föra fram klagomål och höra hur ansvariga på verksamheten resonerade.

– Det var lätt för mig att gå in till avdelningschefen på psykakuten och säga: "Vi har trassel med missnöje på RSMH." Ibland beskrev jag det aktuella exemplet och så bestämde vi bara tiden och dom ansvariga gick ned till Vasagården.

Rollen som länk mellan kulturer och organisationer

– Det här var ett sätt att överbrygga kulturskillnader och attitydskillnader och krokar. Och det ingick i min roll att vara en länk mellan olika kulturer och organisationer. Det var för att smälta samman kulturerna. Som jag sa inledningsvis är det två olika kulturer: Ideella organisationer å ena sidan och en myndighet å andra sidan, som har en lag i botten att följa och ett regelverk som är rent otroligt omfattande och det kommer nya PM varje vecka. Ja, det är sjukt, alltså.

– När jag satt i sjukhusorganisationen fick jag tillgång till mycket information. Det kom mejl och det var otroligt så många PM, det kom PM hela tiden om allting. Personalen fick inte lugn och ro att arbeta utan måste förhålla sig till alla direktiven som bara malde på.

Förklaringar ger legitimitet till psykiatrin ...

– Det påverkar verksamheterna i psykiatrin också. Dom får en högre legitimitet när man kan ge vettiga förklaringar på klagomål och svara på frågor.

... och högre kvalitet.

– Jag såg det och jag såg också följdverkningarna. Det stämmer också med det jag skrivit här: "Brukarinflytande ger en ökad trovärdighet, större acceptans av åtgärder och beslut och en bättre kvalitet i åtgärder och beslut." Större acceptans. Även när det är gäller mediciner. Bättre kvalitet, helt enkelt.

Mötesplatser med möjlighet till upprättelse

– Det uppstod många mötesplatser i det här arbetet. Det är nämligen så att det finns många hinder för att söka hjälp i psykiatrin. Ett hinder kan vara sammanbundet med minnen tillbaka i tiden, kanske man har blivit illa





behandlad för 10 eller 20 år sedan. Sådana minnen lever kvar hos många psykiskt funktionshindrade som jag känner. Dom kan inte gå vidare förrän dom får upprättelse och dom får det aldrig uppklarat. Exempelvis: den doktor som dom är arga på kanske är död eller pensionerad.

– Den härtypen av upplevda kränkningar lever kvar i anhängigorganisationen, istället för att rikta dem mot dom yrkespersoner som det gäller.

Sjukhusmiljön är negativ

– Och sedan finns ett hinder i själva sjukhusmiljön, jag vet inte om du tänker på det, när man kommer upp till psykiatrin på SÄS, då det ser ju ut som ett sjukhus och sjukhusmiljön är förknippat med så mycket negativt. Det borde vara en helt annan struktur, som gynnar jämbördiga möten.

Fyra avdelningschefer i samordnarens referensgrupp

– Om jag backar lite, så blev jag anställd som brukarsamordnare och fick ett fint rum nära psykiatrichefen Lise-Lotte Risö Berglind och allt var frid och fröjd.

– Jag ansåg att jag också behövde hjälp och stöd av en grupp av avdelningschefer som kunde verksamheten. Jag bad Lise-Lotte att få välja referensgrupp.

– Vid första mötet med referensgruppen fick jag en smärre chock. Det var inga avdelningschefer som satt där utan myndighetsrepresentanter; som hade sin uppfattning och levde sitt liv och hade också sina uppfattningar om vad vi skulle göra på mötet. Vad jag ville ha var ju kompetensförstärkning och deras stöd.

– Jag var väldigt noga med att kalla det referensgrupp och skrev en definition på vad referensgruppen ska vara och göra: dom ska vara bollplank till mig.

– Jag kan sätta upp definitionen för referensgruppen på papper till dom, för dom är vana att läsa. Man får ju vända sig till målgrupp på rätt nivå. Sen gick det bättre när dom läst igenom definitionen. [Skrattar:]

Jag skrev bland annat så här:

En referensgrupp tillsätts för att föra in mer kompetens, mer resurser i projektarbetet, få fler kontaktytor och ett mångsidigt 'bollplank' till projektledningen samt för att effektivisera projektets processer. Projektarbetet får en högre legitimitet, en vidare kvalitetsaspekt samt mer acceptans genom den delaktighet som erbjuds i en referensgrupp med dess reella påverkansmöjlighet.





Projektledningen initierar tillsättningen av representanter till en referensgrupp. /---/ Projektets samarbetsparter bör beredas plats i referensgruppen.

Gruppens syfte är att verka som projektrådgivare och skapa mereffekter. Representanterna skall inspirera, förmedla information, allmänt bidra till projektarbetet och -utvecklingen samt verka för att projektets mål uppfylls.

– Jag kunde handplocka en referensgrupp på fyra personer. Utbildningsledaren från centralförvaltningen ingick. Jag tycker det är så viktigt med utbildning för 'kunskap är makt'. En annan avdelningschef från Borås ingick också liksom avdelningscheferna för psykiatriverksamheterna i Mark och Vårgårda.

– Jag kunde ringa dom här personerna när som helst och när jag hade förslag som kanske var kontroversiella så kunde jag ventilerade dessa med referensgruppen.

Det krävs legitimitet i båda lägren

– Det går aldrig att glömma att jag är anställd av psykiatrin. Det är en balansakt att ha sitt grunduppdrag från brukarorganisationerna men anställningen i psykiatrin. Är jag anställd av SÅS, då får jag göra det bästa för SÅS.

– Det är lustigt. När jag senare kom att träffa Anders Milton och ordförande för RSMH Riks, så var det första dom frågade: Vem är du anställd av?

– Hade det varit lönebidrag eller anställning hos handikapp-organisationer eller något annat så hade dom varit skeptiska. När dom fick reda på att jag var anställd av psykiatrin och hörde om min självständighet och positionen direkt underställd psykiatrichefen, i samma position som avdelningscheferna, så gav det legitimitet och styrka, tyckte dom.

– Det gav förstås en styrka i förhållande till psykiatrins olika verksamheter. Legitimiteten och styrkan gentemot brukarorganisationerna uppkom när jag berättade att jag varit medlem i RSMH i 15 år och när man säger så, då skapar man legitimitet, direkt. Man blir inte ifrågasatt. Jag hade det liksom bäddat för mig. På så vis fick jag en dubbel legitimitet och ett bra läge för att skapa dom här mötena mellan de olika kulturena.

– Psykiatrichefen och andra i psykiatrin kunde utan tvekan se styrkan med en brukarsamordnare som kunde överbrygga en del av skillnaderna och spänningarna mellan psykiatrin och handikapporganisationerna.





Psykiatrichefen blev prisad för reellt brukarinflytande

– I det läget, tyckte psykiatrichefen antagligen – det är min spekulation – att hon hade gjort ett lyckokast. Hon blev också utnämnd av Socialpsykiatriskt forum till en utmärkelse för sitt arbete. Hon hade skapat något nytt och revolutionerande, stuckit ut hakan, kan man säga. Rejält. Och det var alltså att hon lyft in brukarperspektiv i organisationen och anställt en centralt sittande brukarsamordnare.

– Psykiatrichefen var en viktig person också för mitt uppdrag i organisationen, att komma centralt i organisationen och få stöd genom referensgruppen.

Påtryckningsgrupper med dubbelt inflytande

– Sedan var det många röster, särskilt inom psykiatrin, som i början menade på: "Om en grupp kommer in så här och kan påverka, då går man förbi den demokratiska ordningen." Förstår du vad jag menar? Att påtryckningsgrupper kommer in och verkar i politiska verksamheter som redan har sin demokratiska procedur.

– Det var ett fint instrument man körde med där, men jag fick definierat att detta stöder den representativa demokratin, för politikerna lägger ramar och bestämmer vad psykiatrin ska utträta men vilka följderna blir det skiter man i.

– Man måste också se vad som kommer ut av alla pengar som ges till psykiatrin.

Vem är brukaren?

– Jag gjorde en ordlista för att personalen inom psykiatrin skulle veta vad jag pratade om när det gäller brukare. Där jämställde jag brukare och anhöriga och det var ett väldigt liv inom RSMH om detta. Jag förklarade så här: En del anhöriga lever i fullständig symbios med den drabbade, till exempel en schizofren person. Och när personen är så dålig så att hon eller han kräver vård, så är dom inte medvetna själva om att dom behöver vård, utan då är det anhöriga som måste påtala och ringa till RSMH. Så jag tycker att jag hade bra på fötterna. Och den här ordlistan gick igenom också.

– Tänk dig själv som anhörig, om du har barn, eller en syster som är sjuk och hela livet har man umgåtts med, ska man inte ha samma rättigheter då?





Anhöriga är också brukare

– Det betyder att man som anhörig också är brukare av psykiatrin. Jag gjorde ingen skillnad. En brukarföreträdare kunde vara en anhörig lika väl som en brukare eller en före detta brukare. Dom har ju varit brukare en gång och man vet ju aldrig om dom får återfall. Det är också så att dom har en oerhörd kunskap som är så viktig att ta tillvara. Så jag tänkte kring tre grupper av brukare: brukare med aktuell kontakt med psykiatrin, anhöriga till sjuka och före detta brukare. Personer från dessa tre grupper är kvalificerade som brukarföreträdare på lika villkor.

Individuella klagomål

– Det kunde ringa en brukare till mig och säga: "Psykiatrin har misshandlat mig. Kan du ta i det." Då var jag tvungen att säga: "Aldrig i livet!" Det finns en ansvarsnämnd för sånt." Och så hänvisade jag vart dom skulle ta vägen. Jag ville inte ta i några individuella klagomål när det redan fanns kanaler för sånt. Det är inte min personliga uppfattning som spelar någon roll utan det ska gå rätt väg.

– Det finns oerhört många brukare som vill ha upprättelse och så trodde dom att dom kunde få upprättelse genom brukarsamordnaren. Jag kunde berätta hur dom skulle bära sig åt för att få fram klagomål till rätt instans och så kunde jag tala om hur spännande jag tyckte det var att någon gång i framtiden få bättre villkor genom att engagera sig som brukare.

Utbildning av brukarföreträdare

– Det var ett krav att dom skulle ha utbildning innan de fick uppgiften som brukarföreträdare. Kunskap är makt. Utbildningen var väldigt unik på sitt sätt. Den talade om vad man kunde påverka och vad man inte hade att göra med. Till exempel en brukarföreträdare vid anställningsintervju har ingenting med lönesättning att göra. Det är facket och arbetsgivarens sak. Det är verksamhetschefen i sista hand som bestämmer om man ska anställa någon. Man kan ha synpunkter och säga sitt som avdelningschef eller vem du än är. Det är verksamhetschefen i sista hand som bestämmer. Såna är arbetsmarknadslagarna. Vi kan inte gå förbi lagarna, vi ska lära oss att nyttja dom.

– Det var en typisk grej som kom in i utbildningen att se skillnader mellan vad som kan påverkas och vad som inte kan påverkas.





Brukarföreträdares medverkan i anställningsintervjuer

– Vad man som brukarföreträdare egentligen ska göra vid anställningsintervju är att se om den som sökt jobbet har empati eller ej.

– Det finns ett jättebra exempel på det. Det var en kvinna som satt som brukarföreträdare när dom skulle anställa en psykolog. Det var en väldigt meriterad kvinnlig sökande. Då ställde brukarföreträdaren en fråga som kanske inte var så relevant men var till för att skaka om lite: "Har du någon personlig erfarenhet av psykisk sjukdom eller psykiatri?" Den sökande svarade: "lilla flicka, det ska jag tala om för dig..." När hon sa "Lilla flicka" till en parant dam i 50-årsåldern, som mått dåligt psykiskt i många år, då var loppet kört för den sökande. Hon var välmeriterad och satt som nummer ett. Dom plockade bort henne direkt.

– Sen finns det en annan aspekt på det här. Om man till exempel ska anställa en avdelningschef i Lerum, så kan det inte komma en brukarföreträdare från Borås, utan det måste vara en brukarföreträdare från trakten, för dom ska leva med det som har skapat. Ibland när man skulle anställa en chef på någon ort fick jag säga: "Tyvärr vi kan inte ställa upp med en brukarföreträdare, för organisationen är inte färdig". Då tyckte dom: "Du kan väl komma."

Dom ville gärna ha mig med för dom tyckte jag var diplomatisk, jag visste hur slipstenen skulle dras. Men jag backade och sa: "Nej. Det ska vara någon som kan leva med resultatet också."

Jag tycker det är viktigt. Det ger högre status till brukarföreträdaren om man vet att dom måste leva med resultatet som dom varit med och skapat. Och ett större ansvar.

Bristande koppling mellan sjukvård och kommunal psykiatri

– Den tunga biten är den kommunala psykiatrin. Det är där människan finns. Hon är kommunmedborgare. Förr när omsorgslagen fanns då hade landstinget fler uppgifter. Nu har kommunen ett jätteansvar, det är där den tunga biten finns.

Jag förstod ganska snabbt och att ska man göra något så måste man involvera kommunerna i det här. Och det finns en hel del kommuner inom SÅS-sjukvårdsområde.

Jag fick bra kontakt med den kommunala psykiatrin i Borås och var med och bildade ett psykiatriråd, med representanter från intresseföreningarna, brukarsamordnaren, landstinget, försäkringskassan och kommunen. Det har utvecklats och fungerar visst väldigt bra idag, har jag hört.

Tanken är att det ska finnas ett psykiatriråd i varje kommun. Jag började jobba på det i Tranemo och Vårgårda, för där hade jag kontakt. Jag kunde





ringa till kommunen och säga att jag kom från RSMH och att jag var brukarsamordnare. Jag kom in från två sidor, liksom. Och valde vilket jag tyckte var lättast.

Det är samma brukare som de olika organisationerna arbetar med. Brukaren är i kommunen för det mesta, inom kommunal psykiatri och så åker han kanske upp en stund till sjukhuset. På nåt sätt hänger det tajt ihop så man kan undra varför det är uppdelat i kommun och landsting. Kanske skulle sjukhuspsykiatrin vara knuten till kommunerna i stället, jag vet inte.

Personalens roll för att främja brukarinflytande

– Vi får inte glömma bort personalens viktiga roll när det gäller brukarinflytande. I arbetsmaterialet skrev jag så här:

”En vital förutsättning för att skapa reellt brukarinflytande är personalens medverkan. Personalen är en grupp som tyvärr ofta glöms bort när brukarnas inflytande diskuteras. Man kan påstå att uppdraget [att uppnå reellt brukarinflytande] är beroende av personalens engagemang. Personalens uppgift är att stödja brukarna och möjliggöra deras självständighet och oberoende, vilket också är huvudsyftet med offentliga välfärdsinsatser.”

Maktförskjutning i ledningsgruppen

– Tänk vilken maktförskjutning det blir med det nya brukarinflytandet. Du ska veta att på ledningsgruppsmötena för varje klinik med avdelningschefer pratas det om allting. Där skulle två brukarföreträdare vara med. Att två skulle vara med har med skörheten att göra och av andra skäl kan någon falla ifrån, så ska en av dom gå.

När brukarföreträdaren sitter med i ledningsgruppen blir det en maktförskjutning, det märks i ledningsgruppens arbetssätt. Det blir ett helt annat spel när klienten eller brukarföreträdaren sitter med vid bordet, där det ska fattas beslut.

Kvällsöppet på mottagningen

– Ett exempel. Det var någon som föreslog att mottagningen på en ort skulle ha kvällsöppet. Det var öppet mellan 8 och 17. Jag tog upp det på det större ledningsgruppsmötet.

Tänk dig den här sammansättningen på en avdelning, en doktor som är där då och då, några sjuksköterskor, någon administratör, någon psykolog och så vidare. Dom har barn och barnpassning och sina tider, dom flesta har en partner. Så ska man plötsligt börja jobba kväll. Man kan tänka att det blir motstånd mot en sådan idé.

Då sa jag: ”Bara för att få klarhet om det här tänker jag skicka ut en enkät





till alla intresseföreningar." Nästan alla ville att det skulle vara öppet en kväll i veckan. Inte bara brukarna utan anhöriga också. Många skäms för att gå ifrån jobbet för att gå till psykiatrin.

På nästa möte presenterades önskemål som kom fram i enkäten och då klubbades att det skulle vara kvällsöppen en kväll i veckan.

På den här platsen var dom smarta och sa: "Kan vi få göra en försöksperiod först." Sen tog jag avdelningschefen avsidis och frågade: "Vad säger dina anställda nu."

I och med att de jobbade en kväll fick personalen en halv dag ledigt, vilket uppskattades. Det visade sig bli lyckat att kunna disponera om sin arbetstid och få tid för annat.

Sedan utvärderades kvällsöppet efter två månader och det visade sig att brukarna var väldigt nöjda. Sen hade man gjort en liten sortering. Personalen har väldig personkänedom. Dom som är lediga hela dagen, dom kan gå på dagen. Men såna som hade jobb på dagen skulle få företräde till kvällsmottagningen.

Efter utvärderingen fick alla 40 avdelningar göra likadant.

Önskemålen kommer från fältet men kanaliseras av brukarsamordnaren. Från det att önskemålet kom fram till dess att man infört kvällsöppen en kväll i veckan hade det gått ett halvår. Det är kort tid.

En kvinna sa något som berörde mig. Hon skrev genom föreningen: "När helgen närmar sig, så blir jag alltid orolig. Så jag vill att det ska vara öppet på fredag kväll. Vet jag bara detta så är jag nöjd. Jag kanske inte behöver gå dit, bara jag vet att det är öppet och att jag kan gå dit."

I utvärderingen av kvällsöppetmottagningen jobbade jag mest med enkäter men jag åkte också till platsen och gjorde djupintervjuer med dom anställda för att höra deras erfarenheter innan beslutet fattades. Några var emot det och menade att det räckte att ha öppet 8-17. Dom kom inte någon annan tid.

Innan jag skickade ut enkäten om kvällsöppet, så var jag väldigt noga med att förankra det i referensgruppen, så dom fick ha synpunkter på enkäten också. Då hade jag utbildningsledaren och tre avdelningschefer med på detta genom att förankra frågorna hos dem.

När jag presenterat att jag tänkte skicka ut en enkät, så visste jag att det skulle bli en del mothugg av avdelningschefer, även om vi kommunicerade som bästa vänner så vill dom ändå säga sin åsikt. Det var en som jag visste skulle säga att kvällsöppet var onödigt och då kunde jag dra fram att hans kommun hade kvällsöppet i sin sociala jour. Det visade sig att dom hade helt andra öppettider på kvällarna. Jag kunde tala om att kommunen var bättre på kvällsöppet än sjukvårdens psykiatri. Man får spela lite. Man får förarbeta allting.





Påpassad

– När jag kom med förslag var jag väldigt noga med att dom skulle gå igenom för min status och för min trovärdighets skull. Därför underbyggde jag förslagen väldigt väl. De gånger jag hade något att säga så gick det alltid hem, för jag byggde under så mycket. Min fru trodde inte jag var klok som satt hemma och jobbade en massa på kvällarna. Jag visste att jag hade ögonen på mig.

Samordnaren deltog i alla anställningsintervjuer

– Det bästa exemplet på att jag som brukarsamordnare kunde föra fram brukarnas intresse och vilja är nog brukarmedverkan i anställningsintervjuer. Till en början trodde avdelningscheferna att det skulle föra med sig väldigt problem att ha med brukarföreträdare, att det skulle ställas en massa spetsiga frågor:

Jag var med i alla anställningsintervjuer i början och då märkte dom ute på enheterna att dom hade nytta av mig. Varför dom hade nytta utav mig? Jag kunde ställa frågor som inte dom andra kunde ställa. Om du söker ett jobb som psykolog, så kan dom inte som arbetsgivare fråga: "Har du personlig erfarenhet av psykisk ohälsa?" Det kan dom aldrig säga. Men jag som brukarföreträdare eller brukarsamordnare kan ställa den frågan. När jag ställde frågor så märkte jag att dom andra runt bordet blev alldeles tysta och dom spetsade öronen, till exempel vid en anställningsintervju i Tranemo där avdelningschefen satt i intervjun med en psykolog och en sjuksköterska. Jag märkte detta. Det var för att jag kunde ställa annorlunda frågor, såna som kom lite oväntat, hade med bemötande och attityder att göra. Jag tycker att det gick bra.

Av dom 40 brukarföreträdare som utbildades av mig så har ungefär 15 deltagit på anställningsintervjuer.

Skynda långsamt

– Referensgruppen tyckte ofta att jag var för seg, att det gick för långsamt. Och det tyckte naturligtvis många brukare också. Jag sa att allt kvalitetsarbete tar tid. Här måste man vänja sig.

Arvode till brukarföreträdare

– Hur gör man för att hålla det på jämlika villkor? Om du sitter där, så har du någon konsult eller psykiatriker eller läkare som gör det på betalt arbetstid och alla år har det varit så här. Om du är sjukpensionär eller brukare så ska du sitta där utan ersättning, som jag sitter här och blir intervjuad av dig.





Ska jag sitta där tillsammans med personal ska jag ha samma betalt. Jag ska ha ett arvode för att jag ska sitta där. För då får man inte bara legitimitet, utan man får en känsla att man inte är gratis när man kommer med sin kunskap. Jag gjorde det enkelt för mig och gick efter regionens arvodesavtal.

Så kom nästa bit. Om du är sjukpensionär och arvoderad brukarföreträdare och är aktiv och tycker att det här är livet och kanske tjänar 10-20 tusen om året. Dom kan få världens smäll. Skattemässigt. Och dom kan bli av med sitt bostadsbidrag. Jag har kontaktat Försäkringskassan så där är det inga problem. Vi fick prata om detta på våra utbildningar.

Jämlika villkor; det är det inte. Det fick jag lägga upp frågan om arvodering väldigt smart för att få igenom det, för det innebar en utgift för SÄS. Jag gjorde en första kalkyl på vad det skulle kosta i början och det gick igenom direkt. Det var inga problem för det höjer kvaliteten när brukarna är med. Är inte besluten rätt och brukarna har suttit med, då kan man inte klaga för man har varit med och tagit besluten.

Arvoderingssystemet kom igång i samband med brukarnas deltagande i anställningsintervjuer. Det kom igång, där brukarna deltog i avdelningens anställning av personal. Rör det anställning av avdelningschef så kommer det upp på Lise-Lottes nivå. Om det till exempel är en avdelningschef i Lerum som ska anställas, så kommer en brukarföreträdare från Lerum och man gör intervjun på Lise-Lottes kontor i Borås. Det blir ganska dyrt med resor och arvode.

Ökad legitimitet i besluten

– När brukarföreträdaren varit med och anställt, till exempel en avdelningschef i Lerum, då kunde han gå hem till sin förening – det är för övrigt en väldigt stark förening i Lerum – och tala om för dom vem han varit med och anställt och att han anser att det är en bra person. Det blir såna positiva vibrationer av detta.

Brukarföreträdaren från Lerum hade aldrig sett administrativa avdelningen på SÄS i Borås och aldrig träffat cheferna där, så han fick också en annan inblick i verksamheten. Det blir så mycket mer, det blir en slags legitimitet när brukarföreträdare ser hur det fungerar och är delaktiga i vissa beslut, att brukarföreträdaren blivit uppskattad genom att han fått betalt för sin insats.

Kulturerna kom i kontakt med varandra

– Det här är delaktighet som för med sig att kulturerna kommer i kontakt med varandra och att brukarföreträdare och personal förstå varandras villkor, inte minst.





Man behöver inte komma överens, bara man förstår varandras ståndpunkter och har respekt för varann. Man vet ju att psykiatrin måste styras av lagstiftningen och man vet att brukarorganisationerna är en ideell kraft, som har att rätta sig efter dom regler som gäller i föreningslivet.

Brukarsamordnarens dokumentation avböjdes

– Jag har dokumenterat en hel del av arbetet som brukarsamordnare. Jag erbjöd mig att skriva en bok om mina erfarenheter som brukarsamordnare. Men det ville inte psykiatrin ha. Nu har jag ingen lust, om jag inte får någon ersättning för det.

SÅS-modellen är brukbar i hela Sverige om man gör det på rätt sätt. Det är samma byggstenar överallt i landet med sjukhus, kommun, professionella yrkesgrupper, brukare, brukarorganisationer, samma lagstiftning och så vidare. Sen vill jag utveckla idén om brukarinflytande.

ESF-medel till studieresa

– Jag älskar att skriva projektansökningar.

England är ett föregångsland i olika sammanhang, på gott och ont. Jag ansökte om projektmedel från EFS, Europeiska socialfonden, dels för att kunna utveckla SÅS-modellen och dels att åka på studieresa till England. Jag åkte tillsammans med referensgruppens fyra personer och lika många brukarföreträdare. Vi kom fram till en del intressanta saker.

ESF-medel till granskning

– Sedan fanns det pengar från EFS till andra saker. Dels till att kritiskt granska min roll som brukarsamordnare. Det skulle göras utifrån. Jag ville inte blanda in psykiatrin i den uppgiften, så jag satte in en konsult på det. Och det var där det liksom brast.

Det uppdagades att jag hade skickat ut konsultuppdraget till fyra eller fem intressenter, bland annat till Kooperativ konsult i Göteborg. Det var bara en som nappade, hade lägsta priset och kompetens för uppdraget. Det var ett företag där min son sitter med. Och det var på gränsen till jäv, tyckte jag själv. Därför tog jag kontakt med EFS och visade anbuden och dom sa okej till det här företaget.

Då körde jag på det och fick ut mycket av detta, men sen blev det en massa omständigheter och då var det psykiatrichefen som reagerade och det blev slut på vår relation.

Sedan kontaktade jag EFS igen och sa: "Ni har ju okejat detta". Landstinget menade på att jag hade stulit landstingspengar, mer eller mindre.





Men det var ju EFS-medel. Som tur var hade jag redovisat EFS-medlen innan det här hände. Jag fick omdömet att det var det projekt under EFS-kontoret i Borås som var bäst genomfört utifrån intentioner som fanns i projektbeskrivningen.

EFS-rådet hade inte mött något projekt förut där det inte fanns ett spår av negativitet bland de inblandade. EFS-rådet intervjuade nämligen folk som berördes av beviljade projekt, brukarföreträdare och så vidare. Det brukar alltid finnas någon som har något dåligt att säga. Hon som gjorde projektrevisionen på EFS-rådet skrev att det inte fanns ett spår av negativitet utan allt var så positivt.

Brottsanklagelse och förlorat förtroende

– Dom tyckte att jag gjort en brottslig handling när jag anlitat ett företag där min son jobbade. Sen såg dom inte på resultatet, vad som hade kommit fram. Dom var inte intresserade av det. Jag tror att dom har gjort en polisanmälan också, det blev en massa omständigheter.

Psykiatrichefen tyckte det var moraliskt förkastligt och försökte få det till ett brott men juristerna för VG-regionen i Vänersborg såg ingen brottslig handling.

Då kom vi fram till att vi mist förtroendet för varandra. Jag hade inte förtroende för henne längre och hon hade inte förtroenden för mig. Och då sa jag: "Okej, ge mig två månaders lön så går jag." Och så gick jag.

Och då sa jag att jag kan skriva ned allt det jag har gjort, men psykiatrichefen var inte intresserad. Jag tyckte det var synd att allt jag hade skapat skulle försvinna...

Brukarorganisationerna hakade på detta också. Det blev löpsedel och ett helt uppslag i Borås Tidning. Det stod: "Hög befattning på SÄS." Det störde mig att se. Och när det stod: "Person med hög position, egen rätt att skriva ut pengarna."

Redovisade kostnader

– Jag hade skrivit ut 280 000 eller vad det var. Så är det. Det var EFS-medel. När fakturorna kommer, skriver jag på dom, naturligtvis. Men sen skickar jag dom vidare till nästa instans som skriver på. Min chef vet ju att det var projektmedel. Jag skrev alltid ett bihang till och redovisade hur mycket vi har kvar av projektmedlen. Så jag tycker jag skötte det professionellt.

Om jag ville göra något som kostade pengar, så begärde jag okej från psykiatrichefen. Till exempel var en stor sammanslutning i Säter där Värmlands läns landsting och kommuner som träffades. Jag skrev ett brev till min chef och begärde bilersättning men ingen lön: är det okej? Jag har





hela tiden informerat. Om jag varit på möten skrev jag alltid rapport. Det var ganska unikt, tydligen. Till exempel när jag var i Gårda på en Miltondag. Nästa dag låg det i chefens fack. Då tyckte jag att jag hade gjort mitt som en del i anställningen på SÄS. En chef ska veta vad alla håller på med och så vidare.

Obehagligt att bli beskylld

– Det är väldigt obehagligt att inte få det preciserat vad man blivit beskylld för men det hade nog börjat lida mot slutet ändå, just för trovärdigheten.

Du vet, när man jobbar ideellt som jag har gjort i 15 år; så har man tankar på hur man kan göra, så här skulle man vilja göra, tänk om det här gick att göra, du vet, men man har inga resurser. Och plötsligt sitter man vid makten och har instrumenten att få göra allt man tänkt på att få göra. Det är känsla. Man blir lite bitter, men det sitter inte i så länge i mig, för jag ser framåt. Jag kommer tillbaka till att jag trivs bra med familjen och livet.

Jag hade svårt att hoppa på något annat efter alla skrivelser och prat om vad som egentligen hände. Det har gjort att förtroende för mig har försvunnit på många ställen. Jag blev en slags syndabock, kan man säga. Jag har svårt för såna roller.

Själv har jag inte hört av polisen eller någon förundersökning. Men det står ju i tidningarna att dom hade polisanmält mig. Det var vid årsskiftet 2004-2005, ett drygt år efter jag börjat uppdraget.

Jag vet ju hur myndigheter fungerar nuförtiden. Dom vill rädda sig själva, för att ingen skugga ska falla över psykiatrichefen, så polisanmäler dom detta. Sen om det skadar människor... Det är min uppfattning. Det står jag för.

Omstart

Sedan brukarsamordnaren efter ett drygt år avslutat sitt uppdrag avstannade i stort sett arbetet att genomföra arbetsgruppens plan. På sommaren 2006 gjordes ett försök att starta om arbetet med ”reellt brukarinflytande” med utbildning av brukarföreträdare till klinikernas ledningsgrupper. Psykiatrins utbildningsledare kom att spela en mer framträdande roll än tidigare, då hon bland annat hade ingått i brukarsamordnarens referensgrupp och i övrigt arbetat nära denne.

På sommaren 2007 beslutades om en ny organisation av brukarinflytandet – *Uppdrag – Brukarråd - Vuxenpsykiatriska klinikerna SÄS*. Man byggde den nya organisationen kring ett råd ”med jämn fördelning mellan





personal och brukare”. I syfte och mål uppges att ”rådet skall i samverkan skapa förutsättningar för reellt brukarinflytande inom de vuxenpsykiatriska klinikerna och fullgöra den plan som beslutades år 2002. ... Vidare skall rådet vara klinikledningarna till hjälp och stöd i olika ärenden” (SÅS Arbetspapper 2007-06-26, version 9). Det framgår av dokumentet att brukarrådet är en ”adjungerande och rådgivande funktion”.

Till samordnare i den nya organisationen utsåg psykiatrichefen utbildningsledaren. Sex brukare och två avdelningschefer tillsattes i brukarrådet. Man bestämde att brukarrepresentanter ska ingå i ledningsgruppen på klinik 1 från hösten 2007 och på klinik 2 från våren 2008.

4.3 Analys

4.3.1 Arbetsuppgifter och arbetsmetoder

Brukarsamordnaren hade en nyckelroll i implementeringen av arbetssättet, bland annat genom rekrytering och utbildning av brukarföreträdare och som ”kopplare” mellan sjukvården och brukarorganisationerna. Arbetsuppgifterna för den tillfällige, projektanställda brukarsamordnaren var att genomföra planen för Reellt brukarinflytande och skapa en struktur för ett permanent brukarinflytande i psykiatris ledningsfunktioner. Detta skulle alltså kommuniceras i psykiatriorganisationen, kommunal psykiatri och andra berörda organisationer och i brukarleden.

Brukarsamordnaren hade i mångt och mycket en entreprenörsroll genom att finnas mellan brukarvärlden och dess organisationer, och psykiatris värld med sina vetandesystem, traditioner och organisationer. Han betonade själv vikten av att utgöra en sådan mellanposition där brukarnas och psykiatris verksamheter och kulturer kunde komma i kontakt. Men samordnaren fyllde även ut en intraprenörsroll som anställd förändringsagent inom psykiatrin. Han framhåller att mycket tid gick åt till att ”informera och marknadsföra” idén med brukarinflytande i psykiatrin. ”Hälften av mitt jobb var att marknadsföra idéer och överföra information.”

Samordnaren bedrev alltså förändringsarbete både horisontellt, mellan parter som berörs av psykisk ohälsa och vertikalt, i att sprida idéer om brukarinflytande inom psykiatrin.





Utbildning av brukarföreträdare var en annan tung uppgift. Omkring 40 brukarföreträdare utbildades för att delta i anställningsintervjuer och förberedas för uppgiften att sitta i ledningsgrupp eller arbetsgrupper. Av dessa hade ungefär 15 deltagit i anställningsintervjuer. Samordnaren involverade en erfaren pedagog i utbildning och framställning av studiematerial.

Arbetet innebar också en hel del korrespondens och dokumentation, och förstås resor runt om i sjukvårdsdistriktet där både brukarorganisationer och sjukvårdsenheter besöktes för att ”sälja in” idén med brukarinflytande.

4.3.2 Utöva brukarinflytande

På sätt och vis kan man likna brukarsamordnarens projekt som att bygga vägen samtidigt som man går den. Han utforskade brukarinflytandets uppgifter och förutsättningar genom att själv vara brukarföreträdare i ledningsgruppen, genom att delta i anställningsintervjuer och genom att tillsammans med brukare utforma konkreta förslag till förbättringar.

Brukarsamordnaren utövade brukarinflytande genom att till en början delta i anställningsintervjuer och delta som fullvärdig medlem i klinikens ledningsgrupp.

– Det bästa exemplet på att jag som brukarsamordnare kunde föra fram brukarnas intresse och vilja är nog brukarmedverkan i anställningsintervjuer. Till en början trodde avdelningscheferna att det skulle föra med sig väldiga problem att ha med brukarföreträdare, att det skulle ställas en massa spetsiga frågor. Jag var med i alla anställningsintervjuer i början och då märkte dom ute på enheterna att dom hade nytta av mig. Varför dom hade nytta utav mig? Jag kunde ställa frågor som inte dom andra kunde ställa.

På några orter deltog samordnaren i arbetet att få fram förslag till förbättringar och driva dessa som inflytandefrågor.

Samordnaren deltog även i arbetet att starta ett psykiatriråd i Borås, där kommunen och andra organisationer ingick tillsammans med brukarorganisationerna. Det innebar tillkomst av nya påverkansmöjligheter på vård och service i kommunal psykiatri. Och det skapade också kontaktytor mellan inblandade organisationer och bidrog därmed till att förstärka förutsättningar för ”horisontell integration”.





Uppgiften i planen från 2002 att få igång brukarrevision sköt samordnaren på framtiden. Det väckte referensgruppens irritation. Brukarsamordnaren argumenterar för sin medvetna avvikelse på följande sätt.

– Min uppfattning om brukarrevision är att det är en jättebra grej, men blandar man det med rollen som brukarföreträdare så blir det så att ena gången kommer man som revisor och andra gången kommer man som företrädare.

Jag sköt fram brukarrevisionsuppgiften tills allt annat var färdigt, då kunde jag tänka mig att ta mig an brukarrevision.

Det har framkommit kritik mot samordnaren för att denne tog en för aktiv del i representation av brukarintressen, och att han inte var på sitt kontor tillräckligt mycket.

Jag kan dock se en poäng med att brukarsamordnaren inte nöjde sig med att organisera och samordna brukarinflytandet, utan att han själv engagerade sig i praktiskt inflytandearbete. Han skapade därmed förbindelser mellan plan, organisation och de praktiska inflytandeaktiviteterna. Genom deltagandet i det praktiska inflytandearbetet uppkom ett erfarenhetsmaterial om inflytandearbetets praktiska och kontextuella förutsättningar, som kunde vara till nytta i den fortsatta implementeringen och eventuellt ge återkoppling så att planen för brukarinflytande verklighetsanpassades. Det sker, vill jag mena, ett lärande från det praktiska inflytandearbetet samtidigt som modellen implementerades i sina olika delar och så smått börjar syssla med de praktiska inflytandefrågorna.

Jag kan också se poängen med att söka sig mot en position *mellan* brukarnas värld och psykiatrin värld. I den positionen är det ensamt, men det är i första hand här broarna behöver byggas och förbindelserna behöver upprättas.

Det är egentligen en ganska uppseendeväckande uppgift att implementera sin egen yrkesroll som brukarsamordnare. I forskning talar man om metoden deltagande observation. I det här fallet skulle det vara fråga om deltagande implementering. Brukarsamordnaren implementerar sig själv i rollen som brukarsamordnare.





4.3.3 Uppgifter i samordningen

Tanken var att man skulle rekrytera en ordinarie brukarsamordnare när förändringsarbetets strukturer hade införts och där man hittat nya spår för brukarinflytande i ledningsfunktioner. Det verkar som föreställningen var att tillträdande ordinarie brukarsamordnaren skulle ha en mer förvaltande roll och så att säga trimma in den etablerade inflytandestrukturen i alla sina delar.

En uppgift för samordnaren var att förbereda för rekrytering av en permanent brukarsamordnare. De uppgifter som denne förväntades utföra finns skisserade i två informationsbrev, tyvärr odaterade men förmodligen skrivna av samordnaren på hösten 2004. I brevet ”Brukarnas medverkan i ledningsarbetet vid psykiatriska verksamheten, SÄS” heter det:

Psykiatrin i södra Älvsborg har arbetat med att förbereda anställningen av en ”brukarsamordnare”. Samordnaren bör ha erfarenhet som brukare eller anhörig och ha kunskap om arbetet som bedrivs i brukar- och stödorganisationer.

Arbetsgruppen föreslog följande vision för brukarnas medverkan i ledningsarbetet: ”Reell brukarmedverkan ska ge bättre vård.”

I brukarsamordnarens uppgifter ingår bl.a.:

- Medverkan i arbetet att utbilda brukare/närstående som ska delta i ledningsgrupperna.*
- Informera om och marknadsföra brukarmedverkan.*
- Bevaka brukarfrågorna i det interna klinikerarbetet och i våra interna utbildningar.*
- Skapa nätverk med andra brukarsamordnare.*
- Skapa nätverk mellan de olika brukarorganisationerna.*

I brevet ”Brukarsamordnare” hänvisas till utredningsarbete vid SÄS och det heter att ”samordnarens huvudsakliga uppdrag/roll är att förbereda patient-/brukarföreträdarens medverkan i psykiatriska verksamhetens ledningsarbetet”. Som arbetsmetod/strategi anges att utveckla en modell, en arbetsmetod, som skapar förutsättningar för och kontinuitet i samverkan [mellan psykiatrin och intresseorganisationerna, förmodar jag,] samt säkerställer det framtida samarbetet mellan intressenterna.





Under rubriken *Att tänka på* påminner brukarsamordnaren:

Att förbereda för brukarföreträdares medverkan i ledningsarbetet är ett förändringsarbete där invanda roller ska förändras och där begrepp som underifrånperspektiv och delaktighet är ledord. Nätverksarbete bland och med intressenterna har också en stor betydelse.

4.3.4 Reflektioner kring rollen

Det finns en stark passage i samordnarens berättelse som säger ganska mycket om rollen som brukarsamordnare. Det gäller förtroendets betydelse för att spela rollen. Samordnaren berättar att han och psykiatrichefen i ett samtal kom fram till att de mist förtroendet för varandra: ”Jag hade inte förtroende för henne längre och hon hade inte förtroenden för mig. Och då sa jag: Okej, ge mig två månaders lön så går jag och så gick jag.”

Ett viktigt inslag i samordnarrollen är att denne är entreprenör – i betydelserna ”företagsam person som skapar nytt användarvärde” och ”förnyar” (NE) psykiatriverksamheten, men även betydelsen att ”befinna sig mellan” de parter som bör komma samman i denna förnyelse. En del talar om möjliggörare och brobyggare för att beskriva denna funktion. Det är här fråga om integration som avser sektor, organisation och person (Axelsson & Bihari Axelsson 2007). Brukarsamordnaren ska medverka till att förbinda parterna i en gemensam ansträngning att förbättra psykiatrin. ”Kanske är det viktigaste och svåraste att förstå varandra, att prata samma språk, att man menar samma sak med det man säger”, betonar samordnaren. Och att parterna erkänner varandra och vill etablera samarbete

Att få till stånd processer där parterna börjar utforska varandra och förstår varför man tänker och handlar olika, är starkt beroende av att det finns vinster inom synhåll som kan motivera att tid och mental energi läggs på en sådan process. Att skapa integrationssamtal är extremt beroende av goda och fruktbara idéer, som kan kommuniceras och förstås av parterna. Det är en slags medlaruppdrag i detta. Och som i alla medlaruppdrag så ligger i grunden att parterna har förtroende för medlaren. Ett bristande förtroende kan inte balanseras upp av administrativ makt, att man så att säga beslutar att personal och brukare ska föra konstruktiva samtal i olika former om en förnyad psykiatri. Men så klart måste organisationerna tillåta





och stödja möten och samtal mellan personal och brukare på olika nivåer, och föra in resurser för att främja resultaten. Men det räcker inte med administration utan det måste bland annat finnas förtroende, motivation och goda idéer.

Kanske är det belysande att se rollen som en slags katalysator som ska verka utan att själv bli förbrukad i de inflytandeprocesser som samordnaren startar och vägleder.

Det finns även några intressanta punkter där brukarsamordnaren pekar ut kritiska områden i detta förändringsarbete som brukarintåget i ledningsarbetet innebär. Han påminner om att

- Förändringsprocessen får ta tid!
- Väcka intresse bland intressenterna.
- Skapa legitimitet för förändringsarbetet.
- Sammankoppla ansatsen med ordinarie verksamhet.
- Tydlighet om syfte, rollfördelning, ansvar och befogenheter.
- Genomsyra för att få stöd – skapa förståelse och delaktighet.
- Få så många som möjligt att känna sig engagerade och därmed delaktiga.
- Informera och kommunicera samt uppföljning av händelser och skeenden.
- Alla involverade har samma ”förståelseram” om tänkt resultat samt om medel och metoder.



5 BRUKARSAMORDNING PÅ TRE ORTER

Här följer nu en redovisning av erfarenheter och reflektioner kring brukarsamordning i Malmö, Småland och Halland.

5.1 Brukarsamordnare vid vuxenpsykiatrin i Malmö

Vuxenpsykiatrin vid Universitetssjukhuset MAS (Malmö Allmänna sjukhus) var först i Sverige med ett systematiskt brukarinflytande. Det hade föregåtts av ett ”ökande missnöje med psykiatrin bland brukare” (RSMH 2002). Ett strukturerat förändringsarbetet inleddes 1997. Under 1998 uppdrogs till en extern konsult, Joel Slack, att skapa en modell för inflytande och implementera den. Syftet var att ge brukarna insyn i verksamheten och tillvarata deras synpunkter genom medverkan i beslut, och på så vis öka kvaliteten i vård och behandling (RSMH 2002).

Joel Slack blev under många år framgent en inspiratör för brukarinflytande och en flitigt anlita föreläsare i Sverige. Bland annat besökte han SÄS i Borås vid flera tillfällen och inspirerade den så kallade SÄS-modellen.

I maj 1999 anställdes socialpedagogen Susanne Rosenthal som *brukarkoordinator*. ”Arbetsuppgifterna består i att vara samordnare av information och informationsutbyte mellan Psykiatrins verksamheter vid Universitetssjukhuset MAS och brukar- och anhörigorganisationer inom Psykiatrin” (tjänstgöringsintyg).

Dessa båda brukarsamordnare hade inte funnits på banan om det inte vore för psykiatrichefen Lars-Olof Ljungberg, som förefaller vara den främste förändringsagenten och igångsättaren när det gäller brukarinflytandet vid MAS. Han använde sin sakkunskap och makten som psykiatrichef för att lyfta in brukarperspektivet i psykiatriorganisationen. Det var han som kallade in Joel Slack. Det var också han som anställde brukarkoordinatorn.

Det finns alltså två brukarsamordnarroller att undersöka närmare vid MAS. Det är främst information från koordinatorn som det här avsnittet bygger på.





5.1.1 Starten

Joel Slack fick 1998 uppdrag att som konsult utveckla brukarinflytandet vid MAS. Förutom egna erfarenheter av psykiatrisk vård hade han erfarenhet av att bygga upp och praktisera en modell för brukarinflytande i vuxenpsykiatri vid Alabamas hälsodepartement. Denna modell anpassades till förhållanden i Malmö och implementerades 1998.

Psykiatri anordnade samma år den första brukarkonferensen, där brukarorganisationer och berörda offentliga organisationer inbjöds. Den andra brukarkonferensen 1999 hade temat ”Nu förverkligar vi våra idéer”. I sitt anförande om psykiatrians anpassning till medborgarnas behov betonade psykiatrichefen Ljungberg vikten av att ta tillvara återkopplingar från patienter i förnyelsearbetet.

Under senare delen av 90-talet har det växt fram en övertygelse att vår verksamhet bara kan utvecklas om vi har en tät och nära dialog med dem som vi är till för att stödja. Den tiden är förbi när vi som professionella bestämde vad som är bra för malmöborna och sedan i all välmening utförde detta. Vi vet idag att om vi ska göra ett bra arbete med att stödja människor med högst olika behov som söker sig till oss, måste vi hela tiden fråga: hur tycker ni att vi uppträder, gör vi någon nytta, bemöter vi er med respekt – och tycker ni efteråt att det var en sådan bra upplevelse att ni vill komma tillbaka om ni har samma bekymmer någon gång i framtiden? (Konferensdokumentation 23/9 1999).

Vid brukarkonferenserna deltog förutom psykiatri och intresseföreningarna RSMH, IFS och Mentala nätverket även socialtjänsten och Försäkringskassan. Man hoppades kunna involvera fler patient- och anhöriggrupper i arbetet att utöka anhörig- och patientinflytandet.

Till brukarkonferensen 1999 inbjöds Joel Slack på ett återbesök efter konsultinsatsen året innan. I sitt anförande noterade han framstegen i arbetet med brukarinflytande och manade till långsiktigt tänkande. Han uppmärksammande konkreta förändringar, som till exempel utbildningsprojektet F2000 och anställningen av en brukarkoordinator. Han betonade vikten att se och uppskatta även de små stegen i en förändring. Han hyste gott hopp för framtiden när det gäller uppmärksamheten för behovet av stöd vid psykisk ohälsa. Han underströk vikten av att brukare på olika sätt





engageras i psykiatriska verksamheter, anlitas som föreläsare eller anställs i andra funktioner.

Stora samhällsförändringar brukar ske med arbetsplatsen som miljö, och de två klassiska exemplen än kvinnorna och de svarta i USA, två grupper som inte tillmättes sitt rätta värde förrän de kom in på arbetsmarknaden. Detsamma gäller brukare. Jag vet inte om brukarna kommer att tillmätas sitt rättmätiga värde om de inte kommer in på arbetsmarknaden. ... Det är lätt att säga: 'Vi behöver ha många fler brukare anställda i organisationen, vi skulle lägga större vikt vid detta!', men tänk då på att det för några år sedan inte hade tagits ett enda steg mot detta mål. (Konferensdokumentation 23/9 1999).

Slacks erfarenheter från motsvarande uppdrag i Alabama och hans personliga erfarenheter av psykisk sjukdom och psykiatrisk vård gav honom legitimitet som företrädare för brukarintresset. Han anknöt i sitt anförande till sin egen erfarenhet av tillfrisknande och manade till återhållsamhet när det gäller att peka ut fiender och leta fel i det förgångna.

Man kan inte lägga ned tid på att kritisera och peka ut dem man tycker har ansvar [för] det som behöver förändras. Jag vill uppmuntra er att se er själva som ansvariga. Och om det finns någon barriär, något som hindrar er, vill jag bara dela med mig av detta som en terapeut en gång sade till mig när jag fortsatte att koncentrerar mig på det förflutna och alla de problem som jag upplevt. Han sade: "Joel, slut fred med det förflutna och gå vidare mot framtiden." Det vill jag uppmuntra alla här idag till att sluta fred med det förflutna och gå vidare mot framtiden för psykiatrisk service för brukare och anhöriga här i Malmö. (Konferensdokumentation 23/9 1999).

Ett av de framsteg Joel Slack uppmärksammade var att psykiatriledningen anställt en person som *koordinator* för brukarinflytandet. Det var för övrigt en anställning som liknade Slacks första anställning vid Alabamas hälsodepartement.





5.1.2 Organisering och organisation av brukarinflytande

I Joel Slaks konsultuppdrag ingick ett omfattande inspirations- och motivationsarbete. Han banade väg för arbetsformer där brukare och brukarorganisationer kunde utforma önskemål och erfarenheter, och komma fram till vad brukarna ville med sitt formella inflytande, men också kunskaper om vilket sammanhang man utövade inflytande på. Brukarkonferenserna hade exempelvis denna funktion. ”Vi har fått stor hjälp av Joel Slack... En av hans huvudsakliga arbetsuppgifter var just att stötta oss brukar- och anhörigföreningar i vårt arbete att förverkliga ett brukarinflytande inom Malmöpsykiatrin”, skriver brukarkoordinatorn 1999, och fortsätter:

Vi fick hjälp att ta fram och belysa vad som fungerar bra, men även föra fram våra åsikter om vad vi brukare och anhöriga saknar inom malmöpsykiatrin för att den ska fungera mer optimalt ur ett brukarperspektiv.

Idéerna om brukarinflytande kom att genomförs bland annat genom att företrädare för brukarorganisationer bereddes plats i beslutande och rådgivande organ i psykiatrin. Genomförandet hade fullt stöd från psykiatrichefen. Inflytandet infördes i den struktur som beskrivs nedan (RSMH 2002). Detta vara alltså den organisation som brukarkoordinatorn arbetade i och med.



Figur 5. Inflytandeformer vid MAS.

Psykiatrichef	Lars-Olof Ljungberg
Psykiatriråd	Nio chefer & nio brukar- och anhörigrepresentanter
Sju sektorsråd/klinikledningsgrupper	Fyra sektorer plus BUP, alkohol- och narkotikaklinik & resursklinik bjuder var för sig inbrukare och anhöriga till sektorsråd.
Unionsråd	Brukarrepresentanter förbereder frågor inför sektorsråd.
Koordinator	En heltidstjänst inom sjukhuset inrättades i maj 1999 med uppgift att sprida information mellan brukarorganisationerna och psykiatrin.
Projekt F 2000	Ett utbildningsprojekt inom psykiatri i avsikt att involvera brukarna, patienterna och deras anhöriga i utvecklingsarbetet.
Brukarkonferenser	Årliga brukarkonferenser från 1998 och framåt kring aktuella teman inom psykiatrisk verksamhet.
Blickpunkten	Psykiatrins interntidning brukare och anhöriga i redaktionen
Intresseföreningar	För att komma i fråga som brukarföreträdare krävdes medlemskap i en etablerad intresseförening.

Källa: RSMH 2002

Den organisation som byggdes upp syftade till att säkra brukares inflytande på flera nivåer inom psykiatrins verksamhetsområden. Man ser genast av denna översikt att brukarinflytandet kanaliseras i den befintliga organisationens struktur, och att det därför är sjukvårdens perspektiv som är utgångspunkten. Det är ingen sidoordnad verksamhet utan brukarinflytandet är integrerat i organisationshierarkin.

Den psykiatriska verksamheten var organiserad i sju sektorer. I sektorsråden, eller klinikledningsgrupper som de också kallades, sammanträdde





cheferna inom kliniken/sectorn en gång i månaden och man förde minnesanteckningar. Av 15 platser vid sektorsrådet uppläts hälften till brukare eller anhöriga. Brukarrepresentanterna hade i princip samma ställning som klinikcheferna på dessa möten, uppger koordinatören. I praktiken kunde dock inte brukarna besätta alla platser. Och ibland deltog samma brukarrepresentanter i både psykiatriråd och sektorsråd.

En gång i månaden träffades chefsöverläkarna, chefen för psykiatriadministrationen och nio brukare till ett psykiatriråd under ledning av psykiatrichefen. Psykiatrirådet hade ingen egen beslutskompetens. Enligt kommunallagen är det psykiatrichefen som formellt fattar besluten på psykiatrirådet, uppger koordinatören.

Brukarna inbjöds även att delta i arbetsgrupper och medverka vid anställningsintervjuer. Bara den som hade ett *medlemskap* i en etablerad förening kunde komma ifråga som brukarföreträdare i de olika inflytan-
deformerna.

5.1.3 Brukarsamordnarnas uppgifter och ställning i organisationen

Joel Slack utövade sin brukarsamordningsfunktion som tillkallad expert. Han hade ett tidsbegränsat uppdrag att utforma ett brukarinflytande i praktiken. Idéerna hämtades från Slacks egen praktik i Alabama. Slack motiverade och samordnade själva genomförandet. Han hade en stark ställning i detta förändringsarbete. Han hade sakkunskap genom egen erfarenhet av psykisk sjukdom, vård och förändringsarbete kring brukarinflytande som gav honom stark legitimitet i brukarkretsar. Vidare hade han ett habil stöd från psykiatrichefen. Och hans förändringsambitioner fick tillskott av en portion karismatisk verkanskraft på berörda. Det sista är inte minst viktigt för att väcka brukarsidans intresse och engagemang, och väcka hopp om förbättringar.

Funktionen som brukarkoordinator fördes in i psykiatriorganisationen i maj 1999 efter ett beslut av psykiatrichefen. Tillkomsten av koordinatörstjänsten är ganska besynnerlig, och en frukt av tillfälligheter kan man tycka. Den blivande koordinatören hade efter avklarad högskoleutbildning riktat in sig på arbete i föreningen *Mentala nätverket*, där hon redan var





aktiv medlem. Allt verkade klappat och klart för en lönebidragsanställning, men det hela föll på att föreningen inte hade någon anställd som kunde fungera som handledare. Med det ärendet gick man till psykiatrichefen, och samtalen med honom slutade i att koordinatören erbjöds anställning för att serva den modell för brukarinflytande som utvecklats genom Joel Slacks konsultverksamhet året innan. Man ansåg att de fanns behov av en administrativ funktion som skötte informationsspridning till och mellan parterna.

Informationsförsörjning blev en viktig uppgift för koordinatören. I övrigt behövde den aktuella organisationen smörjas inte bara med information utan också genom att brukarorganisationerna motiverades att tillsätta de platser som tilldelats brukarföreträdare i arbetsgrupper och ledningsorgan.

Koordinatorn hade god inblick i och erfarenheter från brukarnas situation bland annat genom aktivt medlemskap i *Mentala nätverket*, en lokal patientorganisation i Malmö. Men kände också väl till andra brukarorganisationers verksamheter och brukarnas villkor.

Koordinatorn blev anställd på lönebidrag som kanslist/brukarsamordnare vid psykiatrins administrativa team, MAS, och fick sin arbetsplats på ett kontor i den centrala administrationen. Det var en ny funktion i organisationen och det blev också en del trassel innan facket gick med på att anställa en brukarkoordinator. ”Det var bara bromsklossar hela tiden”, säger koordinatören. De fanns hela tiden ett motstånd bland andra administratörer att denna nya funktion kom till. Det uppstod en konflikt också när tjänsten som brukarkoordinator upphörde. Brukarkoordinatorn slutade efter tvisteförhandlingar januari 2002 med avgångsvederlag.

Man kan säga att koordinatören genom tjänstekonstruktionen hamnade långs ned i sjukhushierarkin. Tjänsten öppnade dock för tillgång till viktig information från sjukhuset, som genom koordinatören blev tillgänglig på brukarsidan. Till exempel fick koordinatören delta i mbl-informationer mellan arbetsgivaren och facket och kunde där se förändringar som var på gång och som kunde påverka brukarnas situation.

Uppgiften som brukarkoordinator gavs alltså redan från första början en låg status i psykiatriorganisationen genom tjänstebeteckningen kanslist





och med dess finansieringsform lönebidrag. Lönen var den lägsta tänkbara, uppger koordinatören. Den nya funktionen placerades alltså lågt i hierarkin, och organisationen tilldelade koordinatören ett stort och svårt ansvarsområde men oklart mandat och knappa resurser.

5.1.4 Koordinatörens berättelse

Här följer ett redigerat utdrag från koordinatörens berättelse om sina erfarenheter som brukarkoordinator. Informationen kommer från en workshop i november 2006.

Det fanns ingen arbetsbeskrivning

– När jag började var det väldigt otydligt vad jag skulle göra egentligen, för det fanns ingen arbetsbeskrivning. Det var vagt. Att jag skulle länka ihop föreningarna, sprida information mellan sjukvårdsorganisationen och föreningarna och tvärt om. Så det var mycket vagt när jag blev anställd på MAS.

När jag kom dit fick jag tips om att ta kontakt med utredningssekreterarna på de fyra sektorerna, som psykiatrin i Malmö var indelad i. Den indelningen är borttagen nu. Men 1999 fanns det utredningssekreterare vid varje sektor.

Jag fick adresserna till utredningssekreterarna, och skrev ett antal frågor kring brukarinflytande.

På det sättet fick jag kontakt, och så fick jag höra att det inte fanns något brukarinflytande, ungefär. Plus att jag blev uppringd av en utredningssekreterare, som erbjöd mig att vara med och ordna Psykiatrins dag.

Det var en ingång för mig. Jag gjorde mig känd och fick lite uppgifter. Sedan började det rulla på, så jag kommer knappt ihåg hur det utvecklade sig.

Psykiatriråd och Unionsråd

– Vi skulle anordna psykiatriråd. Det var Joel Slack som hade lagt upp riktlinjerna. Alla chefsöverläkarna samlades plus psykiatrichefen och föreningsrepresentanter bjöds in. Det var IFS, RSMH och Mentala nätverket och så var det jag. Jag var med i Mentala nätverket, fast jag var utanför också.

Dom informerade oss om allting, och om att vi kunde ta upp frågor.





Vi började strukturera vårt arbete och begära protokoll från sammanträden.

Efterhand började vi tänka på att samlas innan och ta upp frågeställningar, och lämna in dem i förväg. Det var tankarna som låg bakom unionsrådet.

Annars lämnas det där hän om man frågar någonting, och dessutom, så kom det mycket personangrepp och subjektiva upplevelser; och det är precis vad många i psykiatrin väntar på att man ska säga, så att dom kan avfärda oss som tokar, som man inte kan ha med i psykiatrirådet.

Det var precis sånt här som vi ville undvika, och då bildade vi unionsrådet. Det var föreningarna och jag. Jag tog på mig att skicka kallelse och skicka protokoll och vi hade möten där vi tog upp och skrev ned våra frågeställningar, som lämnades till psykiatrirådet, så det kom med på dagordningen.

Läkarna hade sina punkter, och dom informerade om allting, för psykiatrichefen ville att det skulle vara en genomskinlig organisation, allt skulle upp på bordet utom patientärenden. Vi skulle inte ta upp personärenden kring anställda.

Klinikledningsmöte

– Vi hade klinikledningsmöten ute på sektorerna. Det var samma sak där. Föreningarna blev inbjudna. Bland annat var Ananke och Ångestsyndromssällskapet med ibland. Det var flytande vem som var med och vem som inte var med. Det var svårt att få med föreningarna över huvud taget.

Sektorena kallade själva representanter från föreningarna. Men till psykiatrirådet kallade jag.

Brukarnas frågor kom inte fram

– Även på psykiatrirådet försökte man se till att vi skulle ta upp föreningsmedlemmarnas frågeställningar och föra fram dom. Men det funkade inte, inte från någon förening. Där fanns bristerna.

Jag försökte hitta metoder att bolla ut till föreningarna vad vi hade pratat om på mötena. Det gick inte heller. Informationen fördes inte vidare. Det var bara en inre krets som fick veta. Det fanns inga metoder att föra informationen vidare. Man kunde åtminstone lägga ut en pärm med protokollen. Det här var svårt.





Brukarkonferenser

– Joel Slack införde brukarkonferenser.

Första året 1998 satt man i arbetsgrupper och pratade kring olika teman och skrev olika dokument med mål, som skulle förverkligas inom ett år. Glöm det! Ingen har följt upp det. Ingenting.

Till första brukarkonferens bjöd psykiatrin in. När jag började 1999 så började det förändras. Då fick föreningarna vara med i planeringen av brukarkonferensen. Vi från föreningarna blev mer delaktiga. Vi fick vara med och lägga upp konferensen, och vi fick vara med och formulera inbjudningarna. Då inbjöds socialtjänsten, psykiatrin, arbetsförmedling och försäkringskassan.

Ett år nådde vi verkligen ut bra, för vi lade inbjudningar i psykiatrins personaltidning Blickpunkt. Annars är det alltid bara en krets som alltid suger åt sig, och deltar. Det finns ju bara ett visst antal platser. Det ska ju vara en bredd och det ska inte vara inbördes beundran.

När vi skickade inbjudan med tidningen fick vi verkligen ut det, och det var tryck på det och det blev bättre och bättre, trevligare och trevligare på brukarkonferenser. Vi började bjuda in folk från Stockholm och boråsarna, och alla möjliga som kom från hela Sverige. Lena Steinholtz från Socialstyrelsen kom en gång. Det var jättebra det hela.

Informationspärmar på avdelningarna

– Jag var tillsammans mycket ute på avdelningarna inom psykiatrin, ibland tillsammans med brukare. Jag berättade om föreningarna och inte bara om vår egen förening. Jag sa till patienterna att dom som orkade komma, var välkomna att komma och prata med mig. Det är inte så att alla kommer och vill lyssna. Det var kanske tre fyra ibland. Man kan vara glad om någon kommer och lyssnar. Så ska man tänka.

Jag försökte hitta det som var relevant att informera om. God man informerade jag till exempel. Jag letade fram en massa information om Personligt ombud, och satte in det i pärmar. Jag sammanställde en pärm om Socialtjänsten och om ett projekt kring barn med psykiskt sjuka föräldrar.

Fånga upp åsikter och förmedla dom vidare

– Så blev jag inbjuden till olika enheter, och berättade vad vi gjorde, och pratade lite om brukarinflytande, tog upp åsikter från personer som var där. Det tycker jag var viktigt. Jag försökte fånga upp deras åsikter och förmedla dem vidare. Det är det som är meningen.

Brukarinflytandet får inte bara beröra en liten klick, som jag tycker att





det mycket har varit, tyvärr: Om jag får vara kritisk. Det är jättesvårt att bryta det där.

Kommunalarbetarförbundet bjöd in

– Vi blev inbjudna till Kommunal, till facket alltså. Dom bjöd in oss, verkligen. Jag var tillsammans med någon annan från brukarorganisationerna på avdelningsmöten ibland. Fick jag med mig någon mer kunde jag vara glad.

Planerade ombyggnad

– Dom hade ett ombyggnadsprojekt i hela slutenvården som Joel Slack hade satt igång, eller som han var involverad i. Det var innan min tid, alltså 1998.

Då hade brukare varit med och bestämt hur det skulle se ut på avdelningarna, med musikrum, samlingsrum, och annat. Att sitta och spåna idéer var jättekul, tyckte folk. Men att sedan sitta och granska ritningar, då var det inte kul längre. Då blev det bara en kille från RSMH och jag som gick dit.

Det blev inte så mycket av detta brukarinflytande. Musikrummet används idag till något helt annat. Alla dom här sakerna blev inte alls så som det var tänkt. Dom har byggt om, så nu finns bara tvåbäddsrum i stället för 4-bäddsrum. Det blev så fint det kan vara.

Hinder i deltagande

– Vi brukare blev inbjudna på sådana här saker, och det krävs ju att man går dit. Och det är jättesvårt. Den här kulturen! Det är svårt att förankra.

Man har som brukare svårt att ta på sig uppgifter om man inte kan säga återbud eller få dit någon annan om man inte orkar själv. Det är sådana här små hinder som finns för att utnyttja möjligheter till brukarinflytande. För folk mår ju inte bra.

En del vill också komma fram och lysa: "Titta här är jag." Men efter ett tag är det inte intressant längre.

Brukarrepresentanter ska ha betalt

– Vi försökte få igenom att brukare som går på möten ska ha betalt. Det fick vi aldrig. Utan det var en ynnest att man som brukarföreträdare fick delta på möten. Det tror jag är fel. Vissa tog faktiskt ledigt från jobbet. Man vill ha uppskattning för att man tar sig tid. Om man hade fått uppskattning och betalt, så kanske man hade suttit ned på ett annat sätt, och känt att man har ett ansvar. Det blir lite tråkigt med såna här saker.





Tillgång till information

– Genom att jag satt där på min tjänst som brukarkoordinator, så fick jag vara med på mbl. När fackliga företrädare och psykiatrichefen satt ned vid ett litet möte, då fick jag också sitta med som brukarrepresentant.

Där fick man information om allt som hände, och allt material kunde jag skicka ut till föreningarna. Så vi visste allting som var på gång på sjukhuset. Det var väldigt positivt.

Till mig kunde folk ringa och till exempel fråga: var finns en psykolog, vem är ansluten till Försäkringskassan som man skulle kunna få genom sjukhuset. Då kunde jag hämta en lista med vilka psykologer som var anslutna till Försäkringskassan. Och den listan fick inte alla tag på. Så kunde man rulla sådana frågor vidare.

Andra frågade om föreningar. Och då försökte jag länka till rätt förening. Folk frågade om LSS och vart man ska ringa? Jag kunde ge svar som en service. Jag tycker att det är jättekul att ta reda på och att kunna hjälpa till.

Dubbla tillhörigheter

– Jag var ju med i en förening, Mentala nätverket. På ett sätt kanske det inte var bra att tillhöra en intresseförening. Det fanns vissa i brukarorganisationerna som ifrågasatte att jag satt där som brukarsamordnare. Jag har en känsla av det.

Det var otydligt från början vilka föreningar som skulle ingå i brukarinflytandet. RSMH fick pengar av psykiatrin till sin förening men min förening Mentala nätverket fick inga pengar. Det sköttes en massa saker bakom kulisserna. Det finns massor att skriva om.

Jag hade flera roller: Att som anställd sitta bland personalen och samtidigt vara koordinator för alla brukarorganisationer och samtidigt vara medlem i en förening. Det kanske heller inte var bra.

Personalen såg mig inte som en bland personalen. Med undantag för en utredningssekreterare som tog mig till sitt hjärta. Hon visade mig allting. Hon skulle pensioneras, och försökte verkligen sätta mig in i arbetet, i övrigt var det ingen som brydde sig. Förutom Lars-Olof Ljungberg, psykiatrichefen.

5.1.5 Inflytandets organisering hos föreningarna

Det var tänkt att koppling mellan brukarorganisationer och sjukvårdens psykiatri skulle förmedlas av koordinatören, som själv var aktiv medlem sedan länge i Mentala nätverket, en lokal brukarorganisation. I berättelsen





använder hon ordet länka, när hon förbinder brukare och psykiatri. Det finns även en länkningsfunktion i att ”rullar frågor vidare” med stöd av informationer hon har tillgång till genom sin anställning i sjukvården och kontaktnät i brukarrörelsen.

Det här är en av de svåraste koordineringsuppgifter som kan utföras, enligt Axelsson & Bihari Axelsson (2007), eftersom integrationen sker som en gränsöverskridande aktivitet både med hänsyn till sektorer och organisationer, och som dessutom inbegriper samarbete på individuell nivå. Det är i princip samma uppdrag som brukarsamordnaren i Borås ställdes inför.

Vi kan se i koordinators berättelse att hon klart och tydligt identifierade sig med brukarrörelsen, och kom att representera brukarsidan i många olika sammanhang. Det framkommer vidare att det var svårt att få fram en uthållig och stabil delaktighet på brukarsidan, och svårigheter att nå djupare ned i brukarleden.

Etablerade brukar- och anhörigföreningarnas skulle utse representanter till råd och lednings- och arbetsgrupper i psykiatri. Att utse och förbereda medlemmar på att ta plats i psykiatrins olika sammankomster var en ny och stor uppgift på föreningarnas agenda. Urvalet av representanter verkar ha skett ganska osystematiskt, och det verkar inte ha funnits något klart förfarande för att formulera uppdrag, ge mandat och begära återkoppling.

Det visade sig vara ganska svårt för brukarsidan att besätta alla de erbjudna platserna för inflytande i beslutande organ och arbetsgrupper. Det finns en rad förklaringar till det.

Det ligger i den psykiska ohälsans natur att den ibland sätter käppar i hjulet för det som bestäms för framtiden. Med en sådan erfarenhet är det många brukare som avstår ifrån att åta sig uppdrag som kräver att man är välfungerande vid en viss tidpunkt i en osäker framtid. ”För folk mår ju inte bra”, som koordinators sa.

Uppdraget att företräda en grupps intressen är sammansatt, i synnerhet då intressegruppen är diffus, och kan växla beroende på hur man tänker sig brukarbegreppet och vilka som räknas som brukare. Brukare av psykiatri är som grupp betraktad heterogen. Det finns många viljor och många intressen bland brukarna och ingen gemensam historia eller kultur. Därmed riktas också många olika förväntningar mot företrädaren, inte bara





från brukarhåll utan även från psykiatrins olika aktörer. Därför hamnar brukarföreträdaren ofta i en utsatt situation.

Den gemensamma nämnaren mellan brukare av psykiatrin, eller av människor som upplevt psykisk ohälsa är svag och undflyende. Många som hör till gruppen brukare vill heller inte kännas vid sin kontakt med psykiatrin, eftersom detta kan förknippas med stigma och andra belastningar

Intressegrupper bildade av personer med gemensamma erfarenheter av psykisk ohälsa och kontakt med psykiatrin riskerar att bli svaga. Själva organiseringen är svår att åstadkomma, eftersom man då lyfter fram psykisk sjukdom och ohälsa som gemensam nämnare för intressegruppen, och därmed exponerar förhållande som i vårt samhälle är förknippade med negativa attityder, exklusion och stigmatisering (jfr RSMH:s medieprojekt). Negativa föreställningar, undvikande och rädslor splittrar på olika sätt försöken att skapa gemensamma kunskaper och önskemål hos brukarkollektivet, det verkar fragmentiserande på möjliga gemenskaper. Ett annorlunda samhällsklimat med öppen nyfikenhet kring det inre psykologiska livet hade troligen underlättat organiseringen av brukarintresset.

Det blir därför en ganska instabil grund att organisera ett brukarinflytande utifrån.

Till detta kommer att många i gruppen på grund av sina funktionshinder har svårt att ingå i kontinuerliga sammanhang där gruppen organiserar sig för sina intressen. Det är emellertid just denna "svaga" gemenskap som uppfattas som brukarkollektivets konstituerande egenskap, och gör dem till en enhetlig grupp för psykiatrin eller andra offentliga organisationer.

Det finns alltså många förhållanden som hämmar att brukarna av psykiatrins tjänster bildar en intressegrupp, en grupp *i* och *för* sig. Därmed framstår också svårigheten i uppgiften att representera gruppens intressen. Det finns inte en mängd självklara frågor att driva i ett konkret förändringsarbete, dvs. det saknas en lokal brukarpolitik med idéer och förslag där brukarperspektivet konkretiseras. Det politiska måste alltså uppfinnas, för att låna ett uttryck från sociologen Ulrich Beck (1995).

För mig framstår det som försöken att föra in brukarperspektivet i psykiatrin via Joel Slack, triggade behovet av en konkret brukarpolitik. Vi kan dock se några konstruktiva steg till utformning av en lokal brukarpolitik





i Malmö vid den här tiden. Ett viktigt steg för organiseringen av brukarintresset var tillkomsten av Unionsrådet på hösten 2000. Det skapades på initiativ av ordföranden i IFS, Malte Persson och bestod av föreningar som var representerade i psykiatrirådet. Där träffades brukare från olika föreningar och koordinerade sitt agerande inför psykiatrirådet. Men det gav också tillfälle till informationsutbyte föreningarna emellan.

Syftet med Unionsrådet är dels att bredda vårt perspektiv samt att tillvara ta varandras kunskaper, men även att stötta varandra i frågor gällande våra respektive föreningar och arbetet kring att förverkliga ett brukarinflytande (brukarkoordinatorn i odaterad redogörelse, hösten 2000).

Unionsrådets aktiviteter kan ses som ett bidrag till utformning av en konkret brukarpolitik, som kunde föras in i psykiatrin via representanter i råd och lednings- och arbetsgrupper. De årliga brukarråden var likaså ett inslag i samma organiseringsprocess där brukares erfarenheter och gemensamma önskemål utformades till något som kan kallas brukarpolitik – kanske inte alltid på ett systematiskt och medvetet sätt.

5.1.6 Summering

Man byggde i Malmö upp en struktur för ”formellt” brukarinflytande, alltså inflytande i formella organ och administrativa funktioner vid psykiatrin vid MAS. Modellen designades och genomfördes av konsulten Joel Slack, med kraftfullt stöd av psykiatrichefen. Koordinatorn hade inget inflytande över de formella inflytandeformerna utan hade till uppgift att föra in deltagare, smörja och ge liv till den formella strukturen.

Fullskaleförsöket med brukarinflytande i Malmö slutade abrupt. På våren 2002 riktades hård kritik mot psykiatrichefen från 43 läkare med professor Sten Levander i spetsen. Psykiatrichefen tvingades avgå. Därmed försvann det viktigaste stödet och skyddet för de inflytandestrukturer och positioner för brukare som byggts upp inom psykiatrin. Koordinatorn räknar upp hur arbetet med brukarinflytandet från den dagen minskat, och hur hon själv fick lämna jobbet.





Psykiatrichefen fick under 2002 motsvarande tjänst i Hallands landsting och startade där på nytt ett projekt i syfte att stärka brukarinflytandet, vilket kommer att redovisas längre fram i detta kapitel.

Det borde finnas många lärdomar att hämta från Malmö, inte minst sedan Joel Slack i full skala fick applicera amerikanska erfarenheter på svensk mark och i en annan nationell kontext och tradition. Vad jag vet är dessa viktiga erfarenheter inte dokumenterade och analyserade, vare sig som process eller som resultat av brukarinflytande.

Koordinatorn hade svagt mandat och mycket knappa resurser att genomföra koordineringsuppdraget. Hennes uppdrag var för övrigt vagt formulerat och saknade arbetsbeskrivning. Det innebar svårigheter också för personer i omgivningen att rikta tydliga förväntningar på koordinatorsrollen. Rollen som koordinator var diffus.

Det framkommer också ganska stora svårigheter i brukarleden att använda sig av inflytandemöjligheterna på ett systematiskt sätt. Det återkommer i koordinators berättelse att representationen blev mer personorienterad än orienterad av kollektivet. Det var också svårt att få ut information i brukarleden. Ofta stannade informationen i en viss krets av brukare.

När det gäller koordinatorn fanns det vidare en påfallande obalans mellan å ena sidan tilldelade befogenheter och resurser och å andra sidan svårighetsgraden i samordningsuppgiften. Det är bestickande att jämföra med den fokusering av uppmärksamhet som riktades mot den mer tekniska utformningen av "modellen" genom konsultinsatsen och den svaga uppmärksamhet och tjänsteställning som modellens praktiska verksamhet ansågs behöva. Kan en assistens på lönebidrag skapa en strukturell förändring med en ny maktordning inom psykiatrin?

Det förefaller som man underskattat resursåtgång, tidsaspekten och befogenheterna när det gäller det praktiska arbetet med brukarsamordning och utformning av erfarenheter och önskemål i brukar och anhörigleden.

Man hade inte tänkt brukarinflytande praktiker tillräckligt djupt, förefaller det, utan mer formellt och tekniskt.

I fallet Malmö kunde man också se den makt som läkarna har i organisationen. Denna kollegiala makt kom tydligt till uttryck när läkargruppen





kunde byta ut högste chefen och ändra inriktning på psykiatrin åt sitt håll. Brukarinflytandet toppade inte läkarkollektivets agenda.

5.2 Brukarsamordnare i Småland

Det här exemplet på brukarinflytandesamordning kommer från smålandskommunerna Emmaboda, Nybro och Torsås. Omkring 60 tjänster finns i kommunernas psykiatri och man betjänar omkring 200 personer med psykiska funktionshinder (Lindqvist 2007, s. 52). I fortsättningen kallas detta exempel *Småland* eller *smålandskommunerna*.

Det strukturerade arbetet med brukarinflytande har utvecklats utifrån personligt ombud i smålandskommunerna. Personligt ombud tillkom 2000 över hela landet efter en lyckad försöksverksamhet. Staten gav bidrag till kommuner som ville införa denna hjälpform för psykiskt funktionshindrade. Socialstyrelsen gavs i uppdrag att leda och samordna uppbyggnad av verksamheter med personligt ombud.

Psykiatriutredningens slutbetänkande, *Välfärd och valfrihet* (1992), föreslog att ”långvarigt och allvarligt psykiskt störda” ska få rätt till personliga ombud. 2007 betecknades målgruppen som personer med ”psykiska funktionshinder” och ”psykiska funktionsnedsättningar” (Regeringskansliet 2007).

Personligt ombud är en oberoende funktion som gör det möjligt för personer med stora psykiska besvär att få en slags sakkörare på sina egna villkor. Dess roll och uppgifter skiljer sig i flera avseenden från andra yrkeskategorier, t ex genom personkontinuitet, långsiktighet, nära relation till uppdragsgivaren och arbete i uppdragsgivarens naturliga miljöer (Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000). ”Den funktionshindrade bestämmer själv – ombudet ska stödja den funktionshindrade med resurser att nå egna mål” (a.a.).

Ombudens uppgifter är att

- identifiera och formulera den enskilds behov av vård, stöd och service
- se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs





- bistå och företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter [och] se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter. (Regeringskansliet 2007)

I november 2006, när material till denna rapport samlades in, deltog *Smålandskommunerna* i Inflytandeprojektets så kallade BISAM-projekt. BISAM är en förkortning på brukarinflytandesamordning. Genom kopplingen till BISAM tillkom två halvtidstjänster som brukarinflytandesamordnare. Den ena innehades av personligt ombud Anna Koskinen, som även deltog även i en ambulering 5-poängsutbildning för brukarinflytandesamordnare kopplad till BISAM. Den andra BISAM var Annelie Svensson, som till en början kombinerade samordningsuppdraget med skötarjobbet på landstingets Psykos- och rehabiliteringsenhet. Senare kom Annelie att vikariera som personligt ombud på halvtid.

Högskolekursen och utvecklingsarbetet kring BISAM genomfördes under 2006 och 2007. Brukarinflytandesamordning i Småland har utvärderats tillsammans med nio andra exempel landet runt av Anna-Lena Lindqvist (2007).

5.2.1 Starten

Arbets sättet i inflytandearbetet har sin upprinnelse i Emmaboda på hösten 2003. Då startade och ledde personligt ombud Anna Koskinen cirklar i ”vardagsmakt” tillsammans med kollegan John de Bie, tillika RSMH:s länsordförande. 20 personer deltog, både medlemmar i RSMH och andra personer med erfarenhet av psykisk sjukdom och psykiatri. Man tillbringade 160 studietimmar kring teman som bemötande, självbild och självförtroende. Vid varje tillfälle deltog 8-12 personer. Man diskuterade i smågrupper och sedan summerades meningsutbytet på white board eller blädderblock. Cirkelledarna dokumenterade resultatet.

Cirkelverksamheten drevs i ABF:s regi, vilket innebar lite pengar till material och cirkelledare. Cirkelledarna gjorde uppdraget inom sitt jobb som personligt ombud respektive RSMH:s ideella verksamhet, så det blev pengar över som användes till bland annat studieresor. Exempelvis besöktes motsvarande cirklar i vardagsmakt i Lund.





Det var ingen slump att inflytandearbetet började just i Emmaboda. Där fanns redan en relativt livaktig verksamhet bland RSMH:s 60 medlemmar. Det fanns också en eldsjäl till chef för kommunal psykiatri. Kommunen sponsrade cirkelverksamheten med 5000 kronor.

Cirkelverksamheten upplevdes av ledarna som meningsfull och lyckat, och de ville gå vidare med den dialogbaserade metoden. Anna Koskinen:

– Vi förstod aldrig när vi gjorde cirklarna att det blev så bra som det blev. ... Vi kände att vi inte kunde sitta med all den här informationen om bemötandefrågorna och hur man kan jobba med självkänslan. Vi måste presentera frågorna och göra personalen delaktig i detta.

Så uppstod idén att sprida både arbetsmetoden och kunskaper som kom fram i cirkelverksamheten vidare till personal inom kommunal psykiatri liksom att ge personal möjlighet att reflektera kring sitt arbete.

Emmaboda kommun köpte en kurs för personal och brukare. Kursen var organiserad kring fyra teman som kommit fram i diskussionerna i vardagsmaktscirklarna nämligen självbild, bemötande, inflytande och mötet. Ett stort antal tematräffar har sedan hållits med deltagande av både brukare och personal i smålandskommunerna. Anna Koskinen:

– Idag, efter att ha jobbat tre år med de här frågorna känner jag att det är andra teman som är viktiga. Bemötande är ett ganska laddat tema. Istället skulle man kanske prata om hopp, hur man förmedlar hopp och hur snabbt man dödar hopp. Kanske skulle jag välja att prata om värderingar. Men då visste vi inte vad vi vet idag, utan det var så vi började.

Inom ramen för BISAM valdes fem verksamheter i den kommunala psykiatri ut och där startade inflytandesamordnarna ett konkret utvecklingsarbete för att stärka brukares inflytande. Också här samlade man personal och brukare i cirkelform i syfte att tillsammans utforma planer för hur inflytandefrågorna skulle drivas vidare. 38 personal och 30 brukare deltog i utvecklingsarbetet (Lindqvist 2007, s. 53).





5.2.2 Organisation

Det finns faktiskt en förenande länk mellan brukarinflytande i smålandskommunerna, vid MAS i Malmö och i Halland (se nästa avsnitt). Den länken stavas Lars-Olof Ljungberg. Redan före psykiatrireformen 1995 fanns det ett inflytandearbete i *Småland* på initiativ av den dåvarande kuratorn Lars-Olof Ljungberg, som sedan blev psykiatrichef vid MAS i Malmö och psykiatrichef i Hallands landsting år 2002. Inflytandearbetet i *Småland* utvecklades sedan i den så kallade Kontaktgruppen, som försökte skapa kontakter mellan brukare och kommunal psykiatri. Det finns länkar vidare till ledningsgruppen för personligt ombud.

Sedan hösten 2003 finns en väl inarbetad ledningsgrupp för personligt ombud i smålandskommunerna. Där ingår socialchefer och enhetschefer för kommunernas socialpsykiatri, cheferna för kommunernas socialpsykiatri, cheferna för psykiatrins öppenvård samt brukare från RSMH (Lindqvist 2007, s. 52). Sammansättningen borgar för att gruppen har stort inflytande över kommunernas arbete med psykiskt funktionshindrade. Den visar att man samarbetar över kommungränserna liksom inom kommunerna. Men det framgår även att det i gruppen saknas representation för landstingets psykiatri.

Ledningsgruppen för personligt ombud har spelat en viktig roll för att skapa förutsättningar för och ge stöd till det inflytandearbete som beskrivs här. Den gav goda möjligheter för brukarperspektivet att nå ut i kommunala verksamheter.

Det finns även en stark och långvarig förbindelse mellan RSMH och kommunal verksamhet som på olika sätt berör personer med psykiska funktionshinder. Inte minst socialpsykiatrin i Emmaboda har odlat ett fint samarbete.

De två eldsjälarna i brukarinflytandearbetet, John de Bie och Anna Koskinen, har omfattande personliga nätverk som kommit till användning i brukarinflytandearbetet. John de Bie är sedan många år djupt engagerade i RSMH, och har egna brukarerfarenheter. Anna Koskinen har under många år arbetat i kommunal psykiatri. Genom de bådasyrkesnätverk har inflytandearbetet kunnat koppla in sig på nätverk i samhällets psykiatri och i brukarorganisationerna liksom till enskilda personer med psykiska ohälsa.





Man har, som kommer att framgå, lyckats med konststycket att binda ihop de här nätverken i ett praktiskt förändringsarbete.

Personligt ombud som organisatör

Personligt ombud i smålandskommunerna är organisatören av brukarinflytande. Förutom Anna Koskinen och John di Bie är sedan sommaren 2005 även Lars Jonasson personligt ombud. Från våren 2007 vikarierade den nya brukarinflytandesamordnaren Anneli Svensson som personligt ombud.

Personligt ombud har en gemensam lokal i Nybro. En del i rollen som personligt ombud är att vara ”inflytandesamordnare” för människor och grupper med psykiska funktionshinder, säger Anna Koskinen.

– Vi tyckte att det kändes naturligt, eftersom vi som personliga ombud har i uppdrag att jobba på individnivå, gruppnivå och samhällsnivå.

Vi kände att det här var ett ypperligt tillfälle att arbeta på gruppnivå: att brukarna organiserar sig, att de kan samla sina gemensamma erfarenheter på ett strukturerat sätt, och att vi också kan göra något med dem.

Det kan jag se som en uppgift för personligt ombud. Personligt ombud har ju som uppgift att lyfta systemfel, att påtala vad som är brister i trygghetssystemet. Det kom upp exempel på systemfel på cirkeltillfällena.

När vi sedan bjöd in personalen till tematräffar med brukare som följde på cirklarna, så fanns det tillfälle att lyfta systemfel och brister. Och att göra det på ett konstruktivt sätt, så det inte blev personangrepp – att du har sagt si, och du har ett dåligt bemötande – utan att metodiskt kunna lyfta en fråga.

På hemsidan för personligt ombud i smålandskommunerna beskrivs personligt ombud som ”ett fristående stöd för psykiskt funktionshindrade”. Då inflytandesamordning sker inom ramen för personligt ombud, och personlig ombud är fristående från andra organisationer, så har också inflytandesamordnaren en fri ställning i förhållande till kommuners och landstingets verksamheter för psykiskt funktionshindrade. Det finns ingen koppling via anställning men en rad kopplingar genom personkontakter med personal, chefer och brukare i berörda verksamheter.





Personligt ombud stärkte sin roll i inflytandearbetet under 2006-2007 då kommunerna på inverkan av BISAM-projektet tillsatte två tidsbegränsade halvtidstjänster som brukarinflytandesamordnare.

5.2.3 Arbetsuppgifter och metoder

Ett metodiskt inflytandearbete har som sagt sitt upphov i cirklar i vardagsmakt, som personligt ombud drev tillsammans med RSMH. Syfte med dessa cirklar var att brukare fick komma samman och tänka kring hur man kan ta makten över sin vardag och finna nya sätt att påverka livsvillkor och funktionsnedsättning. Cirklarna byggde på en 24-sidig tidning som RSMH producerat med det viktiga budskapet att ”ökat inflytande och gemenskap är en väg mot bättre psykisk hälsa”. Det cirkelmateriel som användes i smålandskommunerna var betydligt förenklat. Man lämnade stort utrymme för deltagarna att själva ta upp frågor. Anna Koskinen betonar vikten av att ge deltagarna utrymme och makt över cirklarnas agenda:

– Det här är kanske första gången som brukarna får möjlighet att berätta hur de upplever olika saker. Att någon frågar vad de tycker om olika saker. Då ska vi som cirkelledare inte säga: ”Nej, det här kan vi inte prata om nu, för idag ska vi prata om självbilden, och hur vi får bättre självförtroende.” Vi har varit väldigt generösa med att brukarna ska bestämma över innehållet.

Att komma till tals

Deltagarna var ofta ganska ovana att formulera sina tankar i ord, och framföra sina åsikter och erfarenheter. En uppgift för ledarna var att skapa trygghet och förutsägbarhet, så att brukarna vågade komma till tals, och vågade försöka formulera vad de hade på hjärtat.

– Vi delade in deltagarna i grupper på tre, fyra personer som diskuterade dagens ämne. Det blev väldigt bra samtal i små grupper. Vi tänkte att man inte behöver prata om man inte vill det. Men möjligheten att våga prata är större i en liten grupp än i en större grupp.

Vi försökte säga: ”Det viktiga är inte att vi kommer fram till lösningar här och nu, utan det viktiga är att vi börjar tänka på hurdana vi är, vad säger vi till varandra, vad vi egentligen gör, hur dialogen ska kunna bli bättre, och





sådana saker." Det gäller ju både brukare och personal.

Ibland finns det brukare som tror att man ska ha hjälp med allting och man själv inte ska ha något ansvar. Att börja tänka kring vem som har ansvar var också en sådan fråga.

Att någon hör och reagerar

Den elementära funktionen – att få möjlighet att uttrycka sig – går som en röd tråd genom de arbetsformer som använts i inflytandearbetet. Men också att någon tar del av det man som personal eller som brukare uttrycker. Att det har någon innebörd också för andra. Summering av diskussioner och dokumentation var ett sätt att visa att det sagda och tänkta hade innebörd också utanför den enskilda personen.

– John och jag var [som cirkelledare] någon form av mentorer. Vi försökte fånga upp samtalen i smågrupper. Vi tvingade ingen att redovisa hur samtalet gått men vi frågade: "Är det någon som vill säga hur ni funderade i er grupp." Ibland var det personal som pratade och ibland var det brukare som sa några ord. Så skrev vi ned det på en white board, och som vi sedan dokumenterade och tog med oss hem.

Att dokumentera

Vid slutet av varje cirkelträff tog man del av andras tankar och resultat av diskussioner i grupper, och det uppstod stora möjligheter att reflektera både kring andras erfarenhet och få spegling av sin egen.

– Efter fiket samlades vi alltid i ett stort rum där vi hade blädderblock. Det var samma sak där, och deltagarna började fråga: "Vad sa ni i eran grupp?" Och vi kunde fråga: "Är det något ni vill berätta om?" Ibland ville man inte säga något och då fick det vara så. Vi tvingade inte folk att säga något, men oftast sa man något om det man hade samtalat om i sin grupp.

Och så försökte vi summera på blädderblock vad vi gemensamt kom fram till. Så hade vi en allmän, öppen diskussion. De som ville prata fick prata, och det var en del som bara ville lyssna.

Vi ändrade aldrig deltagarnas formuleringar. Vi tyckte att det var viktigt att inte lägga in fina ord, eller något annat för att göra det mer begripligt för personalen. Vi valde att skriva precis som de sa på mötet.





Att finna det gemensamma

Gemensam summering var ett sätt att föra ihop de enskilda rösterna och pröva vilka tankar, erfarenheter och idéer som flera kunde känna igen. När erfarenheterna i nästa steg dokumenterades så kunde tankar och idéer bevaras. Det var ett sätt att ge dem chansen till ett andra liv, att de kunde spridas och återvändas i andra sammanhang. Dokumentationen var viktig också som en bekräftelse på att mötesledningen ansåg det som sådant som så pass viktigt att det krävde en rad på white boarden eller i blädderblocket. Summering och dokumentation var också viktiga som led i en gemensam efterprövning tankar och idéer. Det fanns chans att lägga till och dra ifrån, att jämföra med egna åsikter och erfarenheter i ämnet, och på olika sätt ge respons till gruppsamtalens resultat.

En rad insikter torde ha sett dagens ljus vid summering och dokumentation innan var och en gick hem till sig.

Att framföra kritik

Ibland hände det att man bjöd in företrädare för verksamheter viktiga för brukarna. Inte sällan hade inbjudan föregåtts av kritik från brukarna. Därmed bildades direkta kanaler för ömsesidigt inflytande mellan brukare och verksamhetsföreträdare. Anna ger ett exempel från brukarcirkeln:

– Många tyckte att de fick ett dåligt bemötande från psykmottagningen, som aldrig svarade i telefon eller där det alltid var upptaget på telefontiden. Då bjöd vi in enhetschefen för psykmottagningen. Vi skicka ett brev innan med frågor som vi undrade över i cirkeln och bad honom komma och besvara frågorna. Och så kom de från psykmottagningen.

Vi har haft besök av olika chefer, från patientnämnd, och andra inbjudna gäster. Det viktiga är att de inbjudna representanterna får förbereda sig på vad det mötet ska handla om, så att man är väl förberedd och känner sig förankrad.

Det har blivit väldigt bra möten. Det har inte blivit så att man känt sig utsatt och hotad, vare sig som personal eller brukare, utan det har just blivit goda samtal, med bra stämning.





Platsens betydelse

Anna understryker också platsens betydelse för vilka som kommer till träffen och för vilka samtal som kan komma till stånd. Det kan vara en fördel om lokalen är välkänd och att deltagarna kände sig trygga i lokalen. Det märktes redan vid cirkelarna i vardagsmakt:

– Första gången var vi på Folket hus. Det var många brukare som inte kom, för de tyckte det var jobbigt att vara i en ny lokal, lite skrämmande eller svårt att ta sig dit och att det var nytt och okänt.

Brukarna ville vara i RSMH:s lokal för där kände de sig trygga, visste var toan var, var man drack kaffe och kände sig trygga med det. Då bestämde vi att vi skulle vara i den lokalen.

När utbildningarna med personal sedan kom igång, så hyrde vi en lokal för att markera att det här var något annat [än cirkel i vardagsmakt].

Man kan inte ta för givet var man ska hålla till. Kursdeltagarna måste få inflytande över cirkeln direkt, så att de känner att det är deras cirkel.

Arbete och paus och rörelse

Anna Koskinen betonar också att det är viktigt att vara lyhörd för deltagarnas olika förmåga till koncentration.

– Det är jobbigt för en del brukare att bara sitta, och för många andra också för den delen. Det spelar ingen roll om man är personal eller brukare, det är jobbigt att sitta utan att man får göra något praktiskt.

Vi gjorde ofta avbrott så att deltagarna fick röra på sig och så gjorde vi övningar. Till exempel att deltagarna i smågrupper fick skriva tre positiva saker kring en fråga.

Och sedan har man fika. Det var viktigt att ge ganska stort utrymme för fiket, för på fiket där kommer det. Där kommer det fram massor om det vi har pratat om innan. Det man inte vågat säga något om kommer ofta fram vid fiket eller rökpausen.

Positiv avslutning

Cirkelledning såg till att man avslutade cirkeln med någonting som deltagarna tyckte var roligt och gav positiva associationer.

– Det kunde vara att lyssna på musik. Vi lyssnade till exempel på "Älska mig för den jag är" ett par gånger och deltagarna tyckte den sången gav





så mycket. Ibland läste vi en dikt eller berättade om någon positiv episod. Ibland spelade någon på gitarr till avslutning.

Vi försökte alltid avsluta med något positivt, så att man gick därifrån och kände sig väl till mods.

5.2.4 Tema: Mötets betydelse

Tema *mötet* var en av fyra återkommande teman på cirklar och tematräffar. Med ”möte” menades det enskilda mötet mellan en professionell och den person det gäller, klienten. Vad händer i det mötet? Vad kan hända? Hur kan det påverka klienten? I nedanstående exempel visar Anna Koskinen hur en enskild fråga och svårigheten hos en person kan bli till en gemensam fråga, där det sker ett lärande och där man också kan minska risken för onödigt lidande och felbehandling.

– Det var någon som beskrev paniken hon fick när kontaktpersonen tog upp sin kalender och sa: ”När ska jag komma nästa gång.” Han frågade aldrig **om** han skulle komma till henne.

Klienten kände att hon egentligen inte ville ha kontaktpersonen hemma hos sig. Det hade pågått under många, många år. Hon visste inte hur man skulle ta upp det med kontaktpersonen. Det är också en beroendeställning. ”Jag kanske inte får något annat stöd om jag tar upp det här.”

Hon tänkte ut olika sätt undvika att kontaktpersonen kom hem till henne: ”Jag stänger dörren, jag låser eller jag ser till att jag inte är hemma när kontaktpersonen kommer, jag låtsas jag att jag glömt det.”

Då fick vi pratat kring det här hur man tar upp de här frågorna. Kan vi hitta metoder hur man gör i sådana här situationer tillsammans med personalen. Kan vi prata om det här? Hur kan vi göra när personkemin inte stämmer, eller när stödet borde vara formulerat på något annat sätt?

– Jag tänkte att det här ska jag direkt ändra på. Idag tar jag inte min tidbok och frågar folk när jag ska komma utan jag väntar in, så att de kanske **ber** mig komma, att de *bjuder in* mig och säger: ”Jag vill att du kommer igen” eller så frågar jag om de vill att jag ska komma.

Den här kvinnan lärde mig att inte ta för givet att man ska komma hem till folk eller träffa dem på sina egna villkor. Det är lätt att det blir så när klienten är beroende av stöd.





5.2.5 Inflytandearbete på boendestödet

Cirkeln på boendestödet är ett exempel på hur man i arbetet måste ta hänsyn till deltagarnas varierade kapaciteter. Ledarna måste anpassa aktiviteten till deltagarnas förmåga att tänka, att formulera sina behov och önskemål och deras förmåga att kommunicera.

Deltagarna på boendestödet hade ganska svåra funktionshinder. Det var en grupp på sex personer, några yngre men fler äldre som bott på mentalsjukhus i kanske 20-25 år och som nu kommit ut i eget boende. Personerna var ganska hårt medicinerade. De var inte så motoriskt oroliga men ”påverkade av tankar och röstpåverkade, de hade svårt att med att hålla fokus på ett speciellt ämne”, säger Anna och tar sats för en berättelse om hur en inflytandesamordnare sätts på prov och måste improvisera.

– Vid första mötet var det nästan total tystnad. Jag tänkte, hur ska jag lösa detta? Jag försökte slänga ur mig frågor, och gjorde som jag brukar göra första gången man träffas. ”När man pratar om vardagsmakt, vad tänker man då? Vad är det för något? Brukare, vad är det för något?”

Jag fick inget tillbaks på frågorna. Jag förstod: ”Dom var inte alls med dig!” Hur ska jag komma åt det här?

Jag gick hem efter en timme, för vi hade en timmes träff, för det var vad vi klarade av och sitta kring ett fikabord.

Här kan jag inte jobba i små grupper. Hur ska vi göra? Så jag frågade nästa gång: Vad tycker ni är kul? Vad skulle ni vilja göra?

– Jag vill ut och gå, sa en.

– Jag tycker vi ska äta tårta, sa en annan.

Så tänkte jag: fasen, jag måste möta upp deltagarna där dom är. Vid nästa cirkelträff så tog vi en promenad. Jag får väl försöka få in vardagsmaktens teman när vi är ute och går istället. Vad tycker man om olika saker; hur känner man för det? Efteråt fick jag gå hem och försöka dokumentera det vi hade sagt.

– Äter vi tårta nästa gång då, frågade en.

– Ja, vi äter tårta, sa jag.

Nästa gång hade jag med mig en tårta och jag frågade var vi skulle sitta och äta den.

– Vi sitter ute i parken”, kom det ett förslag.

– Okey, sa jag.

Vi gick ut i parken och hade vår cirkel med tårta. Personalen på boendestödet fick hjälpa mig med tallrikar och muggar.





Det blev ganska bra ändå, men jag kunde inte ha den vanliga strukturen på cirkelmötet.

Fastän de var så funktionshindrade kände jag att de hade **så** mycket att berätta. De kanske inte kunde berätta utifrån en händelse, utan de sa små ord, och sa sina tankar kring olika saker. Till exempel:

- Dom har aldrig tid!, sa någon.
 - Hur menar du då?
 - Ja, dom har aldrig tid. Säger alltid att dom har bråttom. Hinner aldrig. Får aldrig resa. Aldrig åka bil.
 - Hur skulle du vilja ha det?.
 - Vi skulle ha en bil här, skulle ha en bil här.
- Önskan om att ha tillgång till en bil var viktigt för den här boendestödsgruppen.

Alltså så här: det kom ord och fraser som vi kunde prata kring. Och så kunde man stanna upp och fråga: Det var en och en som pratade. Det var något nytt för mig som kom från cirklarna i Emmaboda, där man pratade med varandra och där vi kommit så långt.

När vi började prata om inflytande [på boendestödet], så fattade dom inte innebörden av uttrycket utan vi fick hitta andra uttryck, vad kan man påverka i sitt eget hem, och vad kan du påverka här på boendestödet när du är här två gånger i veckan. Vad skulle du vilja vara med och bestämma över? Vad får du vara med och bestämma över? Vad känner du inför det?

Jag fick liksom knyta an till deras vardag. Och för att få igång det var ju dom tvungna att börja berätta för mig hur deras vardag såg ut.

5.2.6 Analys

Det fanns flera olika arbetsmetoder i inflytandearbetet som cirklar i vardagsmakt, tematräffar, informationsträffar, inspirationsdag, framtidsverkstad, verksamhetsutvecklande cirklar. Det genomgående i dessa metoder är att de handlar om bearbetning av erfarenheter som brukare och personal tog med sig till träffarna. Metoderna innebar att bejaka och utgå ifrån det som var aktuellt för deltagarna, och skapa förutsättningar för att kunna uttrycka detta och få respons. Det fanns också en öppenhet för de tankar och idéer som uppstod i samtalen, och en beredskap från cirkelledning att ta hand om dessa.

En stor del av inflytandesamordnarnas uppgifter handlade om att medverka till att synliggöra brukares kunskaper, önskemål och erfarenheter, och kanalisera dessa till personal och verksamheter inom psykiatrin.





Inflytandesamordnarna dokumenterade det viktigaste av vad som framkom i möten av olika slag. Därmed kunde erfarenheter och önskemål bevaras, och blev möjliga att återanvända i andra sammanhang. I dokumentationen skedde också en förädling av stoffet för brukarinflytande.

I inflytandearbetet blandades ofta brukare och personal, och ofta bjöd man in resurs- eller ansvarspersoner. Även personal i exempelvis boenden och daglig verksamhet kunde i dessa möten på motsvarande sätt medvetandegöra sitt arbetssätt.

Inflytandearbetet bestod också av strukturellt arbete med ledningsgruppen, referensgrupp till inflytandesamordningsfunktionen, utveckling av inflytandenätverk och brukarråd.

Genomgående för arbetssättet är att det är *dialogburet* och därmed deltagarorienterat. Man har skapat former där brukare kommer i dialog med andra brukare, där brukare och personal kommer i dialog, och där chefer kommer i dialog med personal och brukare. Det uppstår här både formulering av erfarenheter och erfarenhetsutbyte, och i bästa fall ett ömsesidigt lärande mellan kommunikationsdeltagarna. Sådana möten förefaller vara förändringsarbetets mikroaktiviteter. I dessa möten sker många olika saker. Bland annat beskrivs och bearbetas bilder av verkligheten, här uttrycks uppfattningar, önskemål, och förväntningar, här kommer normer och värderingar till uttryck i personliga berättelser, här skapas kontakter och personkännedom, här vederläggs förutfattade meningar, här utformas idéer och förändringsförslag, som kan få genomslag en vacker dag i organisationernas arbetssätt – om de är tillräckligt bra och övertygande.

Man kan säga att man i *Småland* utformade en metodik att få fram svar på frågan ”vad” inflytandet ska handla om, och samtidigt fick man ett svar på frågan ”hur” inflytande kan utövas. Det första ledet i inflytandeprocessen var att strukturera processerna för enskild och kollektiv viljebildning. Här handlade arbetet till en början om att medvetandegöra deltagarna som enskilda individer och som grupp. Det framgår tydligt att ett första steg är att deltagarna berättar om sina upplevelser och erfarenheter av ohälsa, psykiatri, strävan att få kontroll över sina liv, etc. Genom dialoger och olika slags bearbetningar kan man ur denna mängd individuella erfarenheter formulera vissa gemensamma kunskaper, rekommendationer och önskemål till psykiatrin, till exempel när det gäller bemötande eller hur personal pratar med brukare.





Det dialogbaserade metoden i inflytandearbetet handlade också att skapa medvetenhet om vart man riktar krav på förändring eller redovisar systemfel. Med andra ord ett lärande om hur hjälpsystemet är uppbyggt och hur det fungerar. I denna process deltog personalsidan på olika sätt och därmed skapade man nödvändiga kontakter mellan brukare och personal och verksamhetsföreträdare, som behövdes för att föra in brukares idéer och önskemål i den dagliga verksamheten.

Inflytandearbetet i smålandskommunerna kan därmed kännetecknas som gräsrotsbaserat förändringsarbete både när det gäller innehåll och påverkansformer.

Det verkar ha funnit en stark positiv inställning till arbetet med cirklarna och personalens deltagande i olika tematiska träffar. Man rapporterar att det endast vid ett tillfälle har hänt att personalen sviktat i respekt, så att brukaren upplevt att personalen tittat snett på henne och tyckt att det var obehagligt.

Inflytandearbetet bedrevs genom rollen som personligt ombud. Det ger tillgång till en speciell position, utan formella kopplingar till organisationer och myndigheter och heller inga formella kopplingar till intresseorganisationerna, men med en rad nätverkskopplingar till brukare, personal och chefer. Det är en slag mellanrumsposition, och som sådan idealisk för att skapa möten och erfarenhetsutbyte mellan parter som finns i olika organisatoriska sammanhang eller livssammanhang. Det finns ingen formell maktutövning som personligt ombud kan ha på någon part i de nät av dialoger som utmärker inflytandearbetet i smålandskommunerna. Därmed blir också inflytandearbetet beroende av parternas frivilliga deltagande.

Funktionen personligt ombud och brukarinflytandesamordning är uppdrag som går helt hand i hand med varandra. Det handlar om brukares makt över sina liv och deras rättigheter. Det personliga ombudet gör på individnivå, det gör brukarinflytandesamordnaren på grupp och samhällsnivå. I Södra Kalmar län har de personliga ombuden uppfattat att det ligger inom deras uppdrag att göra insatser också på grupp och samhällsnivå och på så det sättet bana väg för hela målgruppen, t ex genom stöd till brukarorganisationer och att lyfta frågor till samhällsnivå (Lindqvist 2007, s.74).





Uppgiften inflytandesamordning kunde betonas och utvecklas tack vare BISAM-projektet. Man byggde då upp en referensgrupp bestående av två brukare på varje ort. Det finns, enligt Anna stora möjligheter att referensgruppen utvecklas till ett brukarråd. Vilket utrymme som denna referensgrupp får i förhållande till ledningsgruppen för personligt ombud återstår att se. Anna Koskinen intervjuas 2007 av Inflytandeguiden.se, och hon tycker sig ha funnit en arbetsform som har framtiden för sig:

– Vi är idag nio personer som arbetar tillsammans med inflytandefrågor i det tilltänkta brukarrådet, som är under utveckling. Arbetet är långsiktigt och förhoppningen är att någon från rådet, som har egen erfarenhet, så småningom kan anställas som brukarinflytandesamordnare.

5.3 Brukarsamordnare i Halland

Ett led i satsningen på brukarinflytande i Hallands vårdpsykiatri var tillkomsten av en ettårig projektjänst som brukarsamordnare 2005. Bland rekryteringskraven efterfrågades egen erfarenhet som patient eller anhörig i psykiatri i Halland. Det var den första tjänsten i sitt slag i Hallands landsting. Jenny Svensson sökte och fick jobbet som brukarsamordnare. Hon slutade i förtid efter sju månader. Det här avsnittet är främst baserat på hennes egen beskrivning och reflektioner kring sitt uppdrag i Hallands landsting (Svensson 2005-11-07).

5.3.1 Sammanhang

Innan jag återger en nedkortad version av Jenny Svenssons rapport vill jag introducera brukarinflytandearbetet i Halland med att återge en intervju med metodutvecklaren Ylva Berger. Texten är hämtad från utmärkta Inflytandeguiden.se

Psykiatrin i Halland är en av flera psykiatriska organisationer i Sverige där brukarinflytande blivit mer än tomma ord. På psykiatrisamordningens idéseminarium berättade utvecklaren Ylva Berger om de första stapplande stegen mot en brukarvänligare organisation.

Processen startade när Lars-Olof Ljungberg för tre år sedan blev chef för psykiatrin i Halland. Upptakten blev en ny politisk organisation, psykiatrinämnden, som sjsattes 2003.





– Tidigare var psykiatrin splittrad på sju olika nämnder utan någon som helst samsyn, berättade Ylva Berger. Nu finns en tydlig politisk vision som vi kan bygga brukarmedverkan på. När denna vision är förverkligad ska brukarinflytandet genomsyra alla nivåer i organisationen:

– På individnivå ska brukarna bemötas med respekt och ha inflytande över sin egen vård och behandling. På det större planet ska de ha möjlighet att påverka såväl organisation som beslut.

Stommen i förändringsarbetet är ett länsomfattande råd bestående av ett 50-tal brukare, som träffas regelbundet:

– Fortfarande arbetar vi ganska spontant och förutsättningslöst. Vi har varit noga med att inte bli för byråkratiska i början. Sedan får vi se vad det hela utmynnar i på sikt.

Hittills har brukarrådet fått ge synpunkter på såväl verksamhetsplanen som på byggprojekt och hur de så kallade Milton-pengarna ska användas. Representanter för rådet har även medverkat vid anställningsintervjuer med nya chefer:

– Ännu så länge har det väl inte framkommit så många synpunkter, men vi tror att brukarna med tiden lär sig att vara mer kritiska.

I enlighet med rådets önskemål anställdes vidare för en tid sedan en lokal psykiatrisamordnare:

– Tyvärr har personen redan hoppat av. Problemen blev för många och rollen för otydlig. Det har vi tagit till oss. Ett stort fel som vi gjorde var att vi inte förmedlade kunskap om hur organisationen fungerar. Här måste vi bättra oss nästa gång.

Ett annat initiativ i brukarinflytandets tecken är en undersökning i samarbete med Lunds universitet där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa brukare intervjuat nuvarande patienter om hur de upplever den psykiatriska vården i länet:

– Den rapport som blev resultatet av undersökningen ska användas på olika nivåer i organisationen. För att vi ska få en uppfattning om bristerna åtgärdats görs nya intervjuer med samma personer om två år.

Ylva Berger beskrev utvecklandet av brukarinflytande som en lång resa på kurvig väg:

– Det finns inga givna modeller. Det krävs mycket tålamod och brukare, profession och ledning måste lära sig att vänta in varandra. För det här är ett gemensamt arbete där alla måste visa varandra respekt. Vi får heller inte vara rädda för att misslyckas ibland.

Källa: Inflytandeguiden.se (hämtad i 12/12 2007).





Brukarinflytande som projekt

Brukarinflytandet i Halland skulle komma till stånd genom en projektorganiserad verksamhet, och där Jenny Svensson var den enda anställda. Hennes projektanställning och kontor var placerad vid centrala administrationen för landstinget i Halland. Jenny Svensson:

Syfte med projektet var att bidra till att utveckla brukares och närståendes inflytande över verksamheten genom att arbeta på uppdrag åt brukar- och anhörigorganisationerna, samt att påbörja och skapa underlag för tjänsten som brukarsamordnare. Dokumenterad målformulering och handlingsplan fanns inte att tillgå. Målgruppen har främst varit de anhörig- och brukarorganisationer för psykiskt funktionshindrade som finns i Halland, till viss del även personal inom psykiatri i Halland.

Samordnaren hade till uppgift att arbeta på uppdrag av ”brukar- och anhörigorganisationerna”. Dessa var omkring 25 till antalet och sines emellan oorganiserade. Det krävdes en ganska stor administrativ insats för att få kunskap om vem som då var uppdragsgivaren, och att få fram konkreta uppdrag att arbeta med från denna skara av brukar- och anhörigorganisationer. Men det fanns också brukarråd där föreningsföreträdare redan verkade.

I arbetsbeskrivningen för projektanställningen som brukarsamordnare beskrivs uppgifterna i följande punkter:

- informera brukar- och anhörigorganisationerna
- samordna möten och sammanställa synpunkter
- stödja brukarrådet inom psykiatri i Halland.

Det förefaller vara en ganska ostrukturerad situation som samordnaren ställdes inför. I teorin skulle brukar- och anhörigorganisationer styra samordnarens yrkesutövning. Men för att detta skulle kunna ske måste uppdragsgivaren organisera sig, och formulera någon form av riktlinjer för brukarsamordningen. I vanliga arbetslivet utgår man ifrån att arbetsgivaren redan är organiserad. I det här fallet blev det en uppgift för samordnarens att organisera, om inte sin arbetsgivare, så sin uppdragsgivare.





5.3.2 *Brukarsamordnaren berättar*

Följande bygger på en dokumentation och analys som brukarsamordnaren på eget initiativ har genomfört. Texten är försiktigt redigerad och nedstruken och den är försedd med orienterande rubriker.

Få kontakt med föreningarna

– Min första arbetsperiod bestod av att samla på mig information om de olika brukar- och anhängigorganisationerna som finns i Halland. Eftersom jag inte kommit i kontakt med någon av dem förut, fick jag börja med att läsa in mig på dem, sedan började arbetet med att kontakta organisationerna. De uppgifter som fanns tillgängliga var enbart adresser till de medlemmar som medverkat på brukarråden samt enstaka telefonnummer. Att hitta rätt kontaktuppgifter tog därmed tid, detta gjordes huvudsakligen genom Internet och telefonsamtal. När jag fått ihop listor till samtliga lokalföreningar var det dags att ringa runt och kontrollera så att jag hade rätt kontaktperson.

Lära känna föreningarnas verksamhet

– Nästa steg var att bilda mig en uppfattning om hur de olika lokala föreningarna, namnförkortningar, målgrupp, medlemsantal, styrelsen, hur aktivt och regelbundet lokalarbetet var, bedrevs dagverksamhet etc. Ovanstående information fick jag främst genom att besöka föreningarna men även genom telefonsamtal. Eftersom det rört sig om ca 25 olika lokalavdelningar i hela länet, var detta ett tidskrävande arbete och det är fortfarande inte alla organisationer som jag är bekant med. Jag har till stor del låtit organisationerna själva välja om de velat ha kontakten med mig eller inte, det har inte känts som någon god idé att påtvinga ett samarbete. Ur detta informationsarbete uppstod också en del kontorsarbete med skapandet av mail- och telefonlistor.

Då jag själv aldrig varit aktiv medlem i någon organisation var det mycket nytt att lära om hur föreningsarbete fungerar; bidragsansökningar, styrelse- och medlemsmöten med dagordningar och ordförandeval tillhörde helt nya områden.

Besök hos de olika brukar- och anhängigorganisationerna har varit en stor del av arbetet och mycket givande då det innebar möten med välkomnande människor som var öppna och nyfikna på mitt uppdrag. Besöken har resulterat i kontorsarbete med förberedelser inför presentationer samt dokumentation över de tankar och synpunkter som framkommit angående psykiatrin.





Vid behov har jag medverkat vid organisationernas styrelse- och medlemmöten och jag har deltagit på vissa av de utbildningskurser som föreningarna bedriver lokalt. Detta har varit ett bra sätt att få insikt i det viktiga komplement till vården som organisationerna bedriver i samhället. Jag har också blivit inbjuden att medverka vid föreningarnas sociala samlingar och utflykter; något jag uppskattat även om jag inte haft möjlighet att närvara vid alla dessa tillfällen.

Förmedla information

– Jag har förmedlat aktuella händelser inom brukarorganisationerna till psykiatrianställda och även mellan organisationerna. Ibland har jag varit behjälplig med att förmedla brukarorganisationernas kontaktuppgifter till landstings-anslagna, privatpersoner och andra intresseföreningar.

Eftersom jag själv varit funderad över utformningen av rollen som brukarsamordnare har det inte känts aktuellt att upplysa media om tjänsten.

Andra arbetsuppgifter var att informera organisationerna om aktuella händelser inom psykiatri, exempel på ärenden är diskussionerna runt tillfälliga inskränkningar av slutenvårdspatientens rättigheter eller eventuella ändringar runt sekretesskyddade patientjournaler. Brukare och anhöriga har via mig fått möjlighet att lämna sina synpunkter; jag har sammanställt åsikterna och vidarebefordrat dem. Andra arbetsuppgifter har varit att ny information, såsom brukarintervjuerna, nått brukarrådets medlemmar.

Rekrytera och stödja brukarföreträdare

– Stundvis har jag i mitt arbete strävat mot att få in brukarrepresentanter inom psykiatri i arbetsgrupper, exempelvis gällande ombyggnaden av Varbergs lokaler. Ibland har arbetet inneburit att fungera som moraliskt stöd och följa med brukarrepresentanter i deras möten med t.ex. kommunrepresentanter. Mitt uppdrag som brukarsamordnare har ibland inneburit att jag formulerat och sänt ut gemensamma skrivelser från brukarrådet till t.ex. psykiatri- och länsmyndigheterna. Jag har också skickat ut enkäter och förfrågningar till psykiatripersonal samt till brukar- och anhörigorganisationerna både på uppdrag från brukarna och på eget initiativ.





Prioritera bort stöd till föreningar och enskilda individer

– Genom besök och telefonsamtal har jag fått insyn i hur lokalföreningarna emellanåt kämpar med t.ex. lokaler och bidrag. På grund av tidsbrist har det tyvärr inte funnits möjlighet för mig att gå in lokalt och hjälpa organisationer grundligt med dessa problem. Jag förstod på ett ganska tidigt stadium att jag av organisatoriska skäl inte kunde fungera som ombud och gå in i enskilda fall. Dessutom saknar jag kompetens för vägledande samtal, därmed har jag från första stund varit noga med att framföra till föreningarna att jag inte kan ta mig an enstaka fall.

Ibland har jag fått samtal från enskilda individer som stått rådvilla i sin kontakt gentemot psykiatrin, då har jag lyssnat och försökt hänvisa till rätt personer. *Det har inte varit lätt att avgränsa min roll här eftersom jag själv inte riktigt vetat vad som skulle vara omöjligt och möjligt inom tjänstens ramar.* Emellanåt har jag upplevt en förväntan att jag ska fungera som blåslampa till berörda myndigheter, vilket känts som ett omöjligt ensamuppdrag.

Orsaker till diffus roll – oklara förväntningar

– Då det inte funnits specifika mål eller någon handlingsplan att arbeta efter har arbetsuppgifterna dykt upp efter hand under tjänstens gång samt varierat brett. Detta har resulterat i en ganska spretig och ostrukturerad tjänst.

Avsaknad av uttalade förslag och planer, från intresseföreningarna men främst från psykiatrin som varit min arbetsgivare, om vad man önskar uppnå med brukarinflytandet i Halland tror jag är den främsta orsaken till detta. Min oerfarenhet vid projektarbete och utformandet av en ny tjänst har givetvis varit en bidragande orsak, samtidigt var inte projekterfarenhet någon merit som krävdes för tjänsten.

I efterhand kan jag tycka att jag började i fel ände då jag, före jag undersökt brukarinflytandet inom verksamheten, startade projektet med besök hos organisationerna för presentation. Det hade varit lättare att möta organisationerna om jag hade haft mer kunskap och kännedom runt verksamheten.

Börja med kartläggning

– Idag skulle min rekommendation vara att först göra en nulägesundersökning angående befintligt brukarinflytande samt försöka kartlägga vad brukarorganisationer samt psykiatrin vill uppnå med brukarinflytandet. Enligt min uppfattning är det nödvändigt att veta vad båda parter strävar efter för att tjänsten ska kunna formas på ett mer konstruktivt sätt. En





undersökning runt tankar och förhoppningar angående brukarsamordnarens roll hade varit lämpligt redan vid tjänstens inledning.

Personligen har jag haft svårt för att inte ha specifika mål och ramar att arbeta efter, jag behöver viss struktur och stadga och det har tagit mycket av mina krafter att arbeta i en icke färdig roll.

Med erfarenheten bakom mig är alltså min slutsats att projektets första period enbart skulle ha bestått i att förbereda och skapa förutsättningar inför brukarsamordnarens tjänst.

Ambitionerna saknade förutsättningar

– När jag började tjänsten var mina ambitioner att skapa en god dialog mellan psykiatrin och dess användare, stärka relationerna mellan brukarna och psykiatrin, sträva efter att brukarna får större inflytande över sin egen vård samt vara en länk i kontakten mellan psykiatrin och brukarna.

Som jag ser det idag fanns inte förutsättningarna för ovanstående ambitioner. Med facit i hand skulle mina ambitioner för första perioden av projektarbetet i korta drag istället fokuserats på att skapa förutsättningar för tjänsten genom att göra nulägesundersökningar, enkätundersökningar angående mål och tankar inför utvecklandet av brukarinflytande, skapa arbetsgrupper kring arbetet med brukarinflytande bestående både av brukare och psykiatripersonal.

En annan del av ambitionerna skulle ha varit att utbilda mig själv om psykiatrins verksamhet och om brukar- och anhörigorganisationerna. Idag anser jag att mina första ambitioner är något som kan strävas mot först när man arbetat fram vad man vill uppnå med brukarinflytande i Halland. Detta är kunskap som växt fram under projektets gång och hade jag haft med mig den från början hade arbetet känts lättare.

Inventering utan gensvar

– Under projektets gång har jag skickat frågeformulär till organisationerna angående mina arbetsuppgifter men inte fått något riktigt gensvar. Vad detta beror på vet jag inte men antar att de precis som jag, inte riktigt vet hur denna tjänst fördelaktigast formas. En annan anledning kan vara att jag väntade några månader innan jag gick ut med frågan och kanske tyckte organisationerna då att jag redan kommit igång med mitt arbete.

Oklara rollförväntningar

– Behovet av målsättningar med tjänsten är möjligtvis inte så viktiga för brukarna och anhöriga, det viktigaste är kanske att det finns någon att vända





sig till vid behov. Jag tror även det funnits en osäkerhet inom verksamheten vad tanken med brukarsamordnarens roll ska vara samt hur mycket man förväntas samarbeta.

Jag blev till exempel inte kontaktad av någon angående medverkan vid psykiatrins dag trots att det när tjänsten utannonserades framgick att en del av arbetsuppgifterna var samarbete inför förberedelserna till psykiatrins dag. I detta fall kände jag en viss förvirring då det varit otydligt om specifika arbetsuppgifter funnits inför detta eller om jag själv skulle arbeta fram dem. Det har inte varit självklart vem som skulle ledsaga mig i sådana och liknande situationer, vilket gjort att jag ibland har saknat känsla av sammanhang i yrkesrollen.

Stundvis har jag upplevt att det förekommit ovisshet runt min funktion som brukarsamordnare, varken organisationerna eller verksamheten, inklusive mig själv, har verkat veta vad som förväntades av mitt uppdrag. Ändå verkar det ha det funnits en samstämmighet om att tjänsten som brukarsamordnare är en viktig del i utvecklingen mot mer brukarinflytande. Många brukare uttryckte en betryggande känsla runt vetskapen att jag fanns tillgänglig för deras skull, att det fanns någon självklar att vända sig till även om det inte var säkert att jag skulle kunna möta deras specifika behov och önsningar. Från personalen upplevde jag att det fanns det en nyfiken men också en osäkerhet och i enstaka fall förbehållsamhet runt min roll och funktion som brukarsamordnare.

Orimligt omfattande uppgiftsområde

– Brukarsamordnarens tjänst har förväntas täcka hela psykiatri i Halland med en omfattning från BUP till Äldrepsykiatri. Tillsammans med brett varierande arbetsuppgifter har detta bidragit till en splittrande upplevelse. Även om det rent praktiskt inte varit möjligt att arbeta inom alla fälten, har vetskapen om att tjänsten förväntas täcka alla områden haft en stressande effekt på mig. Begränsat arbetsfält inom psykiatri eller mer avskilt geografiskt område hade skapat bättre förutsättningar.

Min uppfattning är Halland ett för stort område att arbeta med för en person, för att lösa områdesfrågan är ett förslag att man tillsätter två brukarsamordnare, en i norra delen och en i södra. Dessutom kan dessa två samarbeta och stötta varandra i arbetet.

Stöd från chefer

– Lars-Olof Ljungberg har varit en förstående chef som låtit saker och ting mogna fram hos mig i min egen takt. Tyvärr har vi inte lyckats förmedla





behovet av handledning och stöd i arbetet till varandra på ett tillräckligt sätt. Idén om att brukarsamordnaren skulle vara helt självgående i tjänsten redan från andra dagen utan introduktion till de olika verksamheterna är något som tolkats annorlunda från ledning och från mig. Jag tog för givet att introduktion till verksamheten och dess personal skulle erbjudas till en betydligt större grad än vad som förekommit.

Även om tjänsten skulle skapas av mig själv och utifrån mina möten med brukarorganisationerna så antog jag att tjänsten skulle vara mer genomtänkt och förberedd från verksamhetens sida än vad den visade sig vara. [En metodutvecklare på förvaltningen] har delat med sig av mycket av sin kunskap och gett massor av inspiration genom att berätta om de uppdrag och projekt som pågår inom verksamheten. Hon har vänligt nog tagit sig tid att ge viss handledning när jag har stått rådvill. Det har funnits en del psykiatripersonal som gett mig vägledning vid behov men då det inte ingått i deras arbetsuppgifter har hjälpen varit mycket begränsad.

Behov av handledning och respons

– Jag hade behövt kontinuerlig tillgång till en handledare, någon att bolla idéer med och som kunnat ge konkreta råd på hur arbetet och dess uppdrag kunde struktureras upp. Jag insåg och framförde tidigt behovet av handledning i tjänsten och blev då rådd att kontakta före detta brukarsamordnare samt maila Joel Slack i USA. Dessa råd gav dock inget stöd i mitt lokala arbete.

Jag hade behov av att personal inom psykiatri i Halland engagerade sig i mina arbetsuppgifter och gav feedback ifall mitt arbete låg i linje med de förutsättningar som fanns från psykiatrins sida.

Då man som före detta brukare är ny att arbeta inom branschen och arbetar med att utforma en ny tjänst, anser jag att regelbunden handledning eller en tilldelad mentor vara viktigt i det här sammanhanget.

Geografisk placering

– Det har varit roligt att ha sitt kontor i landstingshuset som är en både en spännande och vacker arbetsmiljö. Psykiatrichef med stabspersonal har varit välkomnande och vänliga och det har varit intressant att få ta del av hur man arbetar inom staben på psykiatri, särskilt med tanke på att jag inte hade någon tidigare yrkeserfarenhet inom området. Samtidigt funderar jag på om en brukarsamordnare inte bör vara kopplad till någon klinik och ha sitt säte ute i verksamheten istället. Dels för att lättare knyta de kontakter som behövs för att utföra sina uppdrag och för att skapa sig en tydligare bild av hur det dagliga arbetet ser ut ute på klinikerna. Emellanåt har jag upplevt att





jag hamnar vid sidan av det som händer i själva verksamheten, kanske kan en utsedd kontaktperson eller samarbetspartner på klinikerna motverka detta.

Lärande

– Det finns mycket att lära och läsa om hur psykiska funktionshinder påverkar vardagen och förutom mina personliga erfarenheter har jag haft god nytta av mina psykologikurser på högskolan. Kunskap och erfarenhet från detta tror jag är viktigt i arbetet som brukarsamordnare. Mycket av mitt arbete har också bestått av att lära mer om hur landsting och psykiatri i Halland är uppbyggt.

Under projektarbetets gång har jag deltagit vid några konferenser. Detta har varit inspirerande eftersom jag mött andra som arbetat med anhörig- och brukarinflytande och nya tankar angående tjänsten som brukarsamordnare har fötts i samband med detta.

Värdering

– Tjänsten som brukarsamordnare kan emellanåt vara ganska utmanande eftersom det behövs initiativ- och prioriteringsförmåga samt en hel del motivation. Samtidigt är det en väldigt intressant och rolig tjänst som är mycket varierande. Eftersom man hela tiden lär sig saker, stöter på oprövade infallsvinklar och träffar nya människor blir arbetet aldrig långtråkigt. Samtidigt som projektiden varit ansträngande har den fungerat som en mycket god lärotid för mig.

Det har varit intressant att upptäcka att arbetet som brukarsamordnare kan spänna över så många andra områden än psykiatri. Samtidigt som det har bidragit till att arbetet känts mer splittrat och utspritt.

Intresse utifrån har visats för tjänsten. Till exempel har frivillig-samordnare, anhörigarbetare och personliga ombud varit intresserade av brukarsamordnarens roll.

Förbättringsidéer

– Som jag tidigare nämnt anser jag att det behövs skapas mer förutsättningar och förberedande inom verksamheten för brukarsamordnarens tjänst. Brukarsamordnaren kan vara del i det förberedande arbetet men jag anser att det fördelaktigast görs i samarbete med anställda från verksamheten. Jag tror att samarbete med personal verksamma på klinikerna skulle ge bästa effekt eftersom det är där uppdragen med brukarinflytande till största del genomförs.

Eftersom tanken varit att brukarsamordnaren inte ska bli en del av





psykiatrin behövs en naturlig länk in i själva verksamheten. Det är svårt för brukarsamordnaren att vara länk åt båda hållen om denne inte är förankrad i verksamheten. Därmed vore det en fördel om man från ledningsgruppen har färdiga mål om hur verksamheten ska samarbeta med brukarsamordnaren.

Jag skulle dock rekommendera att psykiatrin bortser en aning från idén att brukarsamordnaren inte ska "vara en del av verksamheten". Jag tror att det blir lättare att genomföra förändringar och samarbeta om brukarsamordnaren är väl insatt och engagerad i psykiatrins verksamhet, jag tror inte att ensamarbete är särskilt effektivt vid förändringsarbete.

För att nästa person som får tjänsten som brukarsamordnare på ett enklare vis ska kunna greppa sin roll tror jag det är viktigt att det ges större back-up från verksamheten. Min erfarenhet är att brukarsamordnaren behöver uppleva att det finns ett organiserat mottagande av henne/honom från verksamheten.

Om tjänsten ska struktureras upp och arbetet med brukarinflytande ska framskrida konstruktivt är min uppfattning att det behövs fler som arbetar med denna uppgift. En idé är att man har två brukarsamordnare som *delar* på arbetsbördan.

Ett annat alternativ är att man har en brukarsamordnare som arbetar gentemot brukar- och anhängigorganisationerna som deras kontaktlänk och som är "expert" inom detta område. Samtidigt har man en brukarsamordnare som är förankrad inom verksamheten och som redan har kunskap om hur psykiatrin fungerar. Eftersom det är svårt att vara en effektiv länk och knyta kontakter mot båda parter samt näst intill omöjligt att hålla sig ajour vad som händer inom bägge fälten, tror jag detta vore en bra lösning. Ett samarbete mellan två personer med ovanstående ansvar inom de olika fälten tror jag kan vara mycket givande.

Sedan tror jag också det är viktigt att det skapas arbetsgrupper med representanter både från psykiatrin och från brukar- anhängigorganisationerna som tillsammans med brukarsamordnaren arbetar fram förslag på hur man ska arbeta vidare med brukarinflytandet och de uppdrag som kommer ifrån brukarna.

När det gäller brukarna och de anhöriga så tror jag att ett mer organiserat samarbete med dem också hade varit en fördel för tjänsten. Behovet av arbetslag, som jag tidigare nämnt, skulle kunna fyllas av brukare lika väl som psykiatriställda, där man i grupp arbetar fram förslag och där brukarsamordnaren är projektansvarig. För att detta ska kunna fungera anser jag att man bör projektanställa gruppen brukare och ge dem betalt för deras arbetsinsatser.

I Halland kan förslagsvis resultatet från brukarintervjuerna ge lämpliga





hänvisningar mot vilka mål man vill sikta. Jag tror inte det största behovet i Halland ligger i att hitta nya arbetssätt mot brukarinflytande, istället behöver man bestämma sig för vad det är man vill uppnå och inom vilka ramar man ska arbeta. För att nå dit krävs engagemang och intresse både från verksamheten och från brukar- och anhängigorganisationerna.

5.3.3 Analys

Jag tycker att samordnaren med sin dokumentation har givit ett stort och efterföljansvärt bidrag till förståelsen av brukarsamordning och rollen som brukarsamordnare. Det är en genomtänkt yrkesberättelse, kan man säga, som inte bara beskriver en ny samhällsfunktion i en av dess första versioner, utan bjuder på många genomtänkta reflektioner och förslag till efterföljande brukarsamordnare. Tänk om vi hade tillgång till ett litet bibliotek av erfarenheter från personer som verkat på brukarinflytandets osäkra arenor, mellan intressenter av olika slag som alla har sina ofta outtalade förväntningar på vad samordnaren ska göra och låta bli att göra. Med tillgång till en sådan erfarenhetsbank skulle troligen målen formuleras mer realistiskt och metoder kunde göras tillgängliga, och man skulle minska risken för misslyckanden och besvikelser.

Hög belastning

Det framgår av beskrivningen att samordnaren utsattes för hög belastning. Arbetsuppgifterna var otydliga, förväntningarna växlande, arbetsbördan orimligt omfattande, stödet bristfälligt och ensamheten i positionen mellan ”fälten” påtaglig. Sammantaget förefaller detta bilda en situation där de faktiska kraven och förväntningarna vida överskred de praktiska möjligheterna att ”leverera”. I gapet däremellan uppkommer stress. Det förefaller ha varit en mycket stressframkallande uppgift att vara brukarsamordnare i Halland. Det *var* orsak till att samordnaren slutade sitt uppdrag i förtid (skriftlig kommunikation med samordnaren).

Otydlig uppgift – otydliga förväntningar

Det som framkommer allra tydligast i berättelsen är, enligt min läsning, otydligheten i uppgiften som brukarsamordnare. Varken arbetsgivaren





eller brukarorganisationerna verkar ha tänkt igenom vad man ville med en brukarsamordnare. Uppdraget var inte bara helt ostrukturerat utan krävde vad det verkar först att brukarsamordnaren strukturerade uppdragsgivarens förväntningar. Brukarsamordnaren beskriver en bild som ger en känsla av att vara utkastad i en omöjlig arbetsuppgift, med stora brister i stöd och ledning från arbetsgivaren.

Det framkommer också en möjlig förklaring till denna utkastade yrkessituation, nämligen den att man skilt på uppdragsgivare och arbetsgivare. Samordnaren var anställd av psykiatrin och hade sitt tjänsterum vid centrala administrationen. Men samtidigt var uppgiften att ”arbeta på uppdrag åt brukar- och anhörigorganisationerna”. Uppdragsgivaren är i sig en otydlig enhet bestående av 25-tal föreningar som förmodligen alla har olika uppfattningar om vad man ska ha en brukarsamordnare till men som inte har pratat med varann om den saken.

Åtskillnaden mellan arbetsgivare och uppdragsgivare måste ha varit splittrande för den person som ska organisera sitt arbete på en dubbel domän. Vem bestämde? Att hitta ett arbetssätt i denna mellanposition kan inte ha vara lätt.

Å andra sidan kan man kanske säga att det inte fanns någon mall för brukarsamordnarens uppdrag och att i den här typen av osäkerhetssituationer kan det uppstå helt nya idéer och lösningar på tidigare problem, och därmed nya sätt att utveckla inflytandets frågor och former. Men jag det verkar ha varit för utbrett kaos, och inte lagom innovativt kaos.

Intressenterna tog ej ansvar

Rollen som samordnare i Halland var alltså otydlig eftersom parterna inte hade tänkt ut vad man förväntade sig av samordnaren, än mindre skrivit ned sådana förväntningar och kommunicerat dem sinsemellan. Det allmänna syftet med projektet var ”att bidra till att utveckla brukare och närståendes inflytande över verksamheten”. Hur detta skulle gå till var däremot inte alls beskrivet. Samordnaren upplever av allt att döma att hon lämnades av organisationen: ”Idén om att brukarsamordnaren skulle vara helt självgående i tjänsten redan från andra dagen utan introduktion till de olika verksamheterna är något som tolkats annorlunda från ledning och från mig”, skriver





hon. Det fanns ingen ”dokumenterad målformulering och handlingsplan”. Förväntningarna som riktades mot rollen var diffusa. Det saknades en grund att bygga verksamheten på. Jenny Svenson:

– Jag tror det underlättar ifall det finns ett utarbetat förslag från psykiatrin vad man menar med konceptet brukarinflytande. Så att man kan ställa detta mot brukarnas önskan och börja brygga broar där emellan. Någonstans måste ju båda sidor uttala var de står för att man ska kunna utveckla projektet framåt. Jag anser att det är viktigt att intressenterna, d.v.s. psykiatriska verksamheten samt brukar- och anhörigorganisationerna har en gemensam uppfattning om vad uppdraget mot ökat brukarinflytande innebär. Även om målet inte kommer uppnås på många år så behövs det förtydligas vad det är man strävar mot.

Arbetsuppgiften var alltså helt ostrukturerad när brukarsamordnaren tillträdde. Att genomföra brukarintervjuer var en metod att få fram inflytandets innehåll, och på så vis precisera vad inflytandet skulle handla om. Men det framgår av texten att även organisatoriskt stöd och handledning hade varit en hjälp på vägen, liksom att vuxenpsykiatrin hade klart för sig vad man ville med den projektverksamhet man startade.

Omfattningen på arbetsgiften var orealistisk: ”Brukarsamordnarens tjänst har förväntas täcka hela psykiatrin i Halland med en omfattning från BUP till Äldrepsykiatrin.” Det är en övermäktig uppgift att greppa över hela den psykiatriska verksamheten och åstadkomma brukarinflytande.

Valet att bedriva brukarsamordning som ett tidsbegränsade projektet på ett år, pekar på en planerad kortsiktighet i arbetet, och utgör av allt att döma en onödig påfrestning på brukarsamordnaren.





6 ANALYS

I det här kapitlet ska jag sammanställa och diskutera erfarenheter från de brukarsamordnare som kommit till tals i kapitlen 4 och 5.

6.1 Jämförelser

Det som förenar de undersökta fallen är rollen eller funktionen som brukarsamordnare. Helt allmänt är samordnarens uppgift att upprätta förbindelser mellan brukarnas världar och psykiatrins värld, så att brukares enskilda och gemensamma kunskaper, erfarenheter och önskemål tas tillvara i samhällets psykiatri, och direkt eller indirekt påverkar det praktiska arbetet i vård, behandling och service.

Man kan också slå fast att brukarsamordnaren ställs inför en mycket svår förändringsuppgift. På ett *ytplan* uppstår svårigheter till följd av att rollen som brukarsamordnare är ny och okänd i de olika miljöerna samordnaren ska verka, och därmed är rollförväntningarna från berörda i omgivningen är ofta vaga och skiftande. På ett *djupplan* är svårigheten än större för det handlar om förändring av traditionella psykiatriska verksamheter. Med ett brukarperspektiv på psykiatriska verksamheter provoceras inarbetade synsätt, kunskaps- och maktordningar. Det finns alltså all anledning att dämpa förväntningarna på vad en brukarsamordnare kan åstadkomma, och vidga tidsperspektivet ordentligt.

Det är därför inte förvånande att tre av de fyra beskrivna försöken med brukarsamordning avbröts i förtid och slutade i besvikelser eller rent av misslyckanden. Samordnarna har som personer fått betala ett högt pris för sina pionjärinsatser. Det är viktigt att se att det finns strukturella förklaringar till detta.

Det framgår också att brukarsamordningsuppgiften hanteras på olika sätt i de studerade fallen. Uppdragets formulering, förutsättningar och sammanhang för brukarsamordnaren ser olika ut på de olika orterna. Brukarsamordning har olika tillkomsthistorier på de olika orterna.

Vi kan också se att det finns en utveckling av rollen som brukarsamordnare över tid, som en följd av att omgivningen erkänner uppgiften





och börjar relatera yrkesmässigt till rollen som brukarsamordnare. Det är klart att samordnaren ställs inför olika arbetsuppgifter om det i det ena fallet saknas organisation för brukarsamordning och det i det andra fallet finns en sådan organisation.

I tre av de undersökta verksamheterna har brukarsamordnaren varit anställd i sjukvårdens psykiatri. I Småland har brukarsamordnaren/-na haft en fristående ställning utanför sjukvården, och andra organisationer som ger service till personer med psykisk ohälsa liksom till brukarorganisationerna. Det finns ett talesätt som gör gällande att ”den som betalar kusen bestämmer vart han kör”. Hur samordnaren är kopplad till berörda organisationer sätter givetvis upp rambetingelser för vad brukarsamordnaren kan göra, får göra och skall göra, och förväntas göra. Genom anställningen så måste brukarsamordnaren svara an till den uppgift som ska utföras i organisationen. Det gäller även om den som betalar inte har någon riktig uppfattning om vart färden bär, som i Halland.

En annan viktig signal är huruvida samordnarfunktionen är tillfällig eller permanent. I materialet finns tre samordnare som tidsbegränsad projektinsats nämligen Joel Slacks uppbygge av brukarinflytandet vid MAS i Malmö, brukarsamordnaren i Halland och den förste brukarsamordnaren i Borås. Det finns också två exempel på en permanent samordnarfunktion, personligt ombud i Småland och koordinatör vid MAS. Ett tredje exempel är den permanenta samordnaren som tillsattes 2007 i Borås

Det förefaller vara så att första generationens brukarsamordning är projektorganiserad medan senare generationer kan organiseras som reguljär verksamhet.

Matris

Jag ska i följande matris försöka positionsbestämma brukarsamordnarrollen utifrån ett antal variabler, och se hur sju rollinnehavare fördelar sig på dessa.





Figur 6 Sammanfattande beskrivning av brukarsamordningen

Inflytandeformens ursprung		Importerad modell <i>MAS1 +2, SÄS1 +2, Hall1</i>	Utvecklad på orten <i>Småland, Hall1</i>
Fokus på brukarinflytandets		Former <i>MAS1, SÄS1 +2, Hall1</i>	Innehåll <i>MAS2, Småland</i>
Arbetsgivare		Sjukvårdens psykiatri <i>MAS1 +2, SÄS1 +2, Hall1 +2</i>	Annan <i>Småland</i>
Uppdragsgivare		Sjukvårdens psykiatri <i>MAS1 +2, SÄS1 +2</i>	Brukarorganisatio- nerna <i>Hall1 +2, Småland</i>
Varaktighet		Projekt/tillfällig <i>MAS1, SÄS1, Hall1</i>	Permanent/tills vidare <i>MAS2, SÄS2, Hall2, Småland</i>
Brukarsamordnare på		på uppdrag <i>MAS1</i>	i tjänst <i>MAS2, SÄS1 +2, Hall1 +2, Småland</i>
Brukarsamordnarens kön	Man <i>MAS1, SÄS1</i>	Kvinna <i>MAS2, SÄS2, Hall1</i>	Både män och kvinnor <i>Småland, Hall2</i>
Generation brukarsamordnare		Första <i>MAS1, SÄS1, Hall1, Småland</i>	Andra <i>MAS2, SÄS2, Hall2</i>
Antal brukarsamordnare		Ensam <i>MAS1, MAS2, SÄS1, SÄS2</i>	Två eller flera <i>Småland, Hall2, SÄS2</i>
Ställning i psykiatri- organisationen	Hög <i>MAS1, SÄS1, SÄS2</i>	Låg <i>MAS2, Hall1</i>	Utanför <i>Småland, Hall2</i>
Uppdrag i relation till inflytandeformer	Skapa <i>MAS1, Små- land, Hall1</i>	Implementera <i>MAS1, SÄS1, Hall1, SÄS2</i>	Använda <i>MAS2, Småland, SÄS2</i>
Resurser/makt		Tillräckliga <i>MAS1, SÄS1, SÄS2, Småland</i>	Otillräckliga <i>MAS2, Hall1</i>





De som på så vis placeras in i matrisen nedan är brukarsamordnare

- i Malmö, där *MAS1* betecknar konsulten och *MAS2* betecknar koordinatören.
- vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås där *SÄS1* betecknar den förste, projektanställda brukarsamordnaren och *SÄS2* betecknar den senare, permanenta brukarsamordnaren.
- i Landstinget i Halland, där *Hall1* den förste projektanställda. Efter *Hall1* anställdes en brukarsamordnare som också slutade i förtid. Därpå anställdes två brukarsamordnare, *Hall2*, som ansvarade för var sitt geografiskt område i psykiatrin. Sådan är situationen idag. Hall2 känner jag bara genom sekundära källor.
- som *Småland* betecknar den grupp av personligt ombud arbetar med brukarinflytande och de två brukarinflytandesamordnare som specialiserade sig på just denna uppgift.





I den här sammanställningen blandas olika slags egenskaper och kännetecken för brukarsamordningen. Det finns flera oklarheter om hur samordningsverksamheten ska kategoriseras. Kategorierna är inte alltid ömsesidigt uteslutande. Exempelvis när den gäller den till synes enkla frågan om antalet brukarsamordnare. Här uppges SÅS2 både som ensam och flera. Det kommer sig av en organisationsform där samordnaren har knutit ett brukarråd till sin uppgift och strävar efter avpersonifiering av uppdraget. Oklarhet finns också i frågan om arbetsmodellen är importerad eller utvecklad på orten. Även i det tydligaste av importerade fall, alltså MAS1, så måste det alltid till en anpassning till lokala förhållanden och motivation för deltagarna att skapa lokala inflytandepraktiker, vilket innebär ett lokalt utvecklingsarbete.

I det följande ska några av matrixens egenskaper diskuteras. Vad betyder det till exempel vilken generation brukarsamordnaren utgör? En angränsande fråga är: Vad betyder det för brukarsamordningen att skilja planering och genomförande? En tredje fråga: Vad betyder det för rollen att funktionen som samordnare är skapad genom förvaltningsbeslut?

6.2 Första och andra generationens brukarsamordnare

Man kan se att uppgifterna för brukarsamordnaren vid MAS i Malmö (Joel Slack) och på SÅS i Borås (Lars Andersson) var administrativt tydliga, och dessa uppgifter hade också utformats och beskrivits inom sjukhusadministrationen. I båda fallen var uppgiften att skapa strukturer och positioner för brukarinflytandet. I det första fallet planerade och genomförde samordnaren arbetet att upprätta en organisation för brukarinflytande, i det andra fallet (Borås) genomförde samordnaren en plan som utformats av andra men med uppgiften att befolka inflytandepositioner med brukarföreträdare (se nedan).

Brukarsamordnaren vid psykiatri i Halland (Jenny Svensson) hade också till uppgift att skapa strukturer för brukarinflytande men utifrån brukar- och anhörigorganisationernas perspektiv och på deras uppdrag. Det stod alltså inte i sjukvårdsorganisationens makt att på förhand bestämma hur brukar- och anhörigorganisationer ville utforma sitt inflytande, och





dessa organisationer var liksom brukarsamordnaren lika frågande till denna nydaning. Uppgiften var alltså liknanden den i Malmö och i Borås men administrativt otydlig och ostrukturerad.

Dessa tre brukarsamordnare från första generationen har det gemensamt att deras uppdrag är tidsbegränsat och projektorganiserat. Vidare är en gemensam uppgift att skapa en organisation för brukarinflytande och på olika sätt bana väg för en permanent brukarinflytandestruktur och en permanent brukarinflytandesamordnare.

Koordinatorn vid MAS hör till andra generationens brukarsamordnare. Hons ställdes inför en färdig modell som skulle administreras. Uppgiften för koordinatorn i Malmö var att fylla organisationen för brukarinflytande med verksamhet och medverka till att brukarna utnyttjade poster och formella positioner och att de var förberedda inför sammanträdena. Detta var visserligen uppgifter som låg på de föreningar psykiatrin samarbetade med, där koordinatorn inte hade bestämmanderätt, men som hon ändå kunde påverka som en insider med stor erfarenhet av hjälparbete inom föreningslivet. Tillkomsten av Unionsrådet var ett steg i samordningen av brukarrörelsens röster, och göra dessa hörda på ett tydligt sätt i psykiatrin. På koordinatorns eget bord låg uppgiften att sörja för informationsflödet mellan psykiatrin och brukarorganisationerna. Det framgår att det ofta var problem att få ut informationen djupare i brukarleden. Den stannade ofta i en trängre krets av föreningsaktiva.

Glapp mellan uppgift och resurser

Liksom samordnaren i Halland hade koordinatorn vid MAS till uppgift att kanalisera in brukarinflytandet till psykiatriorganisationen. I förra kapitlet kunde vi se att samordnaren i Halland påpekade otydligheten i arbetsuppgifterna. Det kommer också fram i koordinatorns beskrivningar:

- När jag började var det väldigt otydligt vad jag skulle göra egentligen, för det fanns ingen arbetsbeskrivning. Det var vagt. Att jag skulle länka ihop föreningarna, sprida information mellan sjukvårdsorganisationen och föreningarna och tvärt om. Så det var mycket vagt när jag blev anställd på MAS.





Klarheten i uppgifterna har alltså inte med första eller andra generationen att göra. I själva verket förefaller det vara ganska likartade förhållanden för koordinatören i Malmö och samordnaren i Halland. De ställdes inför uppgiften att leverera brukarinflytande utan att de hade tillräckligt starkt mandat och tillräckliga resurser att genomföra det. De hade båda en alltför låg ställning i organisationen, och de fick inte tillgång till maktresurser för att genomföra de uppdrag de hade på papperet. Det är ett stort glapp mellan förväntningar och organisationsresurser, men det förefaller ha varit svårt att lyfta fram dessa strukturella svårigheter och antingen anpassat målet till resurserna, eller anpassat resurserna till målen. Det hade varit en lättnad för samordnarna om målen och uppgifterna klargjorts. Här kan man inte annat än hålla med samordnaren i Halland när hon efterlyser tydligare mål: Psykiatrin och brukarorganisationerna ”behöver bestämma sig för vad det är man vill uppnå och inom vilka ramar man ska arbeta”. Då uppkommer också vad som ska samordnas och koordineras som konkreta frågor och önskemål eller, för all del, även som kritik att föra fram.

Det som sticker ut från de övriga är uppgifterna för brukarsamordningen i Småland. Här arbetar man med de konkreta frågorna i brukarledet i första hand, och bland alla de frågor som kommer upp i cirkelarbetet är det några som har kraft att lyftas vidare, som krav, erfarenheter eller önskemål riktade till den kommunala psykiatrin i första hand. Man bygger här inflytandestrukturer samtidigt som man utvecklar inflytandefrågorna. Inflytandesamordnaren har sin anställning utanför parterna, och kan därför vara en entreprenör i ordets betydelse – att vara mellan. Arbetsuppgifterna bestäms av inflytandesamordnarna tillsammans med deltagarna i cirkelarna.

Viktiga generationsskillnader

Det förefaller finnas betydelsefulla skillnader i uppgifter och villkor mellan första generationens projektanställda brukarsamordnare och den andra generationens permanenta brukarsamordnare. En påtalig skillnad är att första generationens brukarsamordnare hade till uppgift att upprätta en organisation för inflytandearbetet, medan andra generationen redan hade en organisation att använda sig av, fastän ganska omogen. Det är som skillnaden mellan att bygga båten och att ro den.





Den första generationens brukarsamordnare hade uppgiften att organisera upp verksamheten, att skapa en organisation. Organisations kommer ur grekiska ”organon” som betyder redskap. Alltså, uppgiften var att frambringa ett redskap för brukarinflytande. Följande generationers uppgift var att använda och kanske vidareutveckla redskapet. Inte minst är det stora skillnader i de förväntningar som riktas mot funktionen i det första fallet då allt är nytt och okänt och i det andra fallet när brukarsamordning är en känd verksamhet.

6.3 Skilja eller förena planering och genomförande

Brukarinflytandemodellen vid SÄS i Borås hämtade inspiration från erfarenheterna nere i Malmö. Man kan säga att konceptet i Malmö i stora drag lyftes över till SÄS. Det fanns ett fokus på formella strukturer och formella positioner för information och beslutsfattande. Visserligen fanns det form-skillnader i försöken att skapa en återkommande dialog med patient- och anhörigorganisationer. Men man strävade genom psykiatrikonferenser respektive dialogmöten att skapa kontakter mellan psykiatrin och föreningarna. I Malmö ansträngde man sig också för att få med andra delar av det offentliga hjälpsystemet i denna dialog.

I båda fallen drevs utvecklingen fram av förändringsagenter med ett formellt uppdrag från psykiatriledningen. Båda förefaller ha utövat sitt samordningsuppdrag med stöd av liknande erfarenheter från andra verksamheter, och med inslag av karismatisk övertygelsekraft på andra aktörer som berörs av en ökad brukarmakt.

Joel Slack hade några år tidigare varit anställd i uppdraget att utveckla brukarinflytandet inom vuxenpsykiatri, dvs. samma uppdrag som den projektanställda brukarsamordnaren i Borås.

En skillnad var dock i vilken mån förändringsagenten deltog i utformning av modellen för brukarinflytande. I Borås var planering och implementering åtskilda. Där skötte en speciellt tillsatt grupp med chefer och föreningsrepresentanter planeringen av inflytandeformer, och den projektanställda brukarsamordnaren hade till uppgift att implementera dessa planer, dvs. att se till att strukturer och positioner fylldes med lämpliga





personer. När den projektbaserade implementeringen av arbetsgruppens förslag var avklarad skulle brukarinflytandet administreras som en del av den ordinarie verksamheten och en ordinarie brukarsamordnare skulle rekryteras och anställas. Man skilde alltså på uppgiften att utforma inflytandeformer och implementera dessa i en förändrad inflytandestruktur och att förvalta den samma. Man skilde också tydligt på planering av inflytandestrukturen, som var arbetsgruppens uppgift och implementeringen av densamma som vara brukarsamordnarens projektuppgift.

I Malmö kan man inte se motsvarande åtskillnader. Förändringsagenten Joel Slack ledde och inspirerade både arbetet att utveckla nya former för brukarinflytande och implementering av dessa inflytandeformer i praktiskt, vardagligt beslutsfattande. Dock kan man se att uppgiften att smörja organisationen tillföll den brukarkoordinator som anställdes på MAS. Koordinatorn ställdes inför uppgiften att betjäna en färdig modell, och hade knappast något utrymme att påverka denna.

I Malmö, i Borås och Halland var idén om brukarinflytande förankrat i sjukhusadministrationen och det fanns ett starkt stöd, inte minst från högste psykiatrichefen. Det är mer tveksamt om stödet fanns djupare ned i administrationen i Malmö. Ute i verksamheterna verkar dock förankringen av brukarinflytandemodellen vara betydligt svagare. Mina undersökningar i Borås indikerar till exempel att vårdpersonalen föredrar patientbegreppet och hellre talar om inflytande genom uttryck som ”patienten i centrum”. I Malmö uttryckte läkarkåren en rent fientlig inställning till fullskaleförsöken med brukarinflytande. Man kan också se hur beroende dessa formella inflytandeformer är av den administrativa makten, eftersom de raserades sedan psykiatrichefen tvingats lämna befattningen i Malmö.

En rimlig slutsats av detta är att funktionen som brukarsamordnare är beroende av administrationens stöd, i synnerhet då den tillkommit genom ett förvaltningsbeslut och inte växt fram organiskt genom er inflytandepraktiker.





6.4 Rollens tillkomst och variation

Om vi ser tillbaka på tillkomsten av de fyra exemplen på brukarsamordning, så är det uppenbart att funktionen tillkom i ett förvaltningsbeslut på tre av platserna medan den i *Småland* växte fram ur verksamheterna hos personligt ombud. Det är värt att fundera kring vad dessa skillnader kan betyda för rollen och rollförväntningar.

I Småland kan man säga att brukarsamordnarrollen adderades till personligt ombuds rollrepertoar. Rollen som brukarsamordnare, eller inflytandesamordnare som personligt ombud själva sa, utvecklades alltså ur en redan befintlig verksamhet. Brukarinflytandesamordnaren hade redan kontakt med brukarna, och med flera psykiatriska verksamheter. Man kan säga att funktionen redan var inflätad i en erkänd verksamhet och i ett nätverk av redan etablerade kontakter mellan berörda individer och organisationer – kommunal psykiatri, bildningsförbund, RSMH och andra brukarorganisationer, personligt ombud, liksom länkar till yrkespersoner i andra berörda organisationer. Rollen och rollförväntningarna utvecklades alltså ur en befintlig praktik. De flesta som berördes av inflytandesamordningen kände redan varandra och rollerna var därför delvis redan utformade och avstämde. I Småland arbetade man vidare med studiecirkelmetoden, som var välkänd och för inblandade personer. Det fanns inget skrämmande i den metoden, snarare tvärt om.

I Malmö, Borås och Halland tillkom rollen till följd av förvaltningsbeslut. Joel Slack pionjärinsats i Malmö blev en tydlig förebild för brukarsamordningen i Borås. Man införde en administrativ funktion, som skulle vara en slags bas för spridning av idéer, visioner, förväntningar och erfarenheter till psykiatriorganisationen och till berörda aktörer. Idén om brukarinflytande skulle marknadsföras och i ett andra steg sättas i förbindelse med olika verkligheter i konkret inflytandepraktik, både när det gäller inflytandets former och inflytandets sakinhåll.

Det betyder att pionjärinsatsen för brukarsamordnarna i Malmö, i Borås och även i Halland främst var den tekniska uppgiften att skapa förutsättningar för utövande av brukarinflytande i psykiatrin. I Borås och i Malmö var det också viktigt att få brukarorganisationerna att utnyttja de möjligheter till inflytandet som öppnades i beslutande organ och arbetsgrup-





per. Men här kommer en annan fas i förändringsarbetet. Entreprenören har fullgjort sin nydanande uppgift och inflytandeformerna verksamhet lämnas över till ”förvaltaren”.

Variation

Brukarsamordning i detta material är initierat av skilda aktörer och genomförda på olika mandat och i skilda organisationsformer och på olika nivåer i inflytandearbetet. Relationerna till brukarorganisationer och offentliga organisationer, som kommer i kontakt med personer med psykiska ohälsa, varierar också. Liksom givetvis att rollen innehas av personer med unika erfarenheter, preferenser, sätt att kommunicera och att fungera i övrigt, och med olika attityder till och kunskaper om psykisk ohälsa och den offentliga hjälpapparaten. I många väsentliga avseenden skiljer sig uppdraget och rollinnehavaren åt på de olika orterna liksom förutsättningarna att lösa uppdraget. Det finns alltså många individuella variationer i förväntningar som riktas mot rollen och de tankar som brukarsamordnaren själv har om sina uppgifter och hur dessa bör och kan lösas.

Vi befinner oss förmodligen bara i början av en utveckling där rollen som brukarsamordnare preciseras. Kanske blir den en dag ett nytt yrke, som personligt ombud har blivit.

6.5 Tre idealtyper för brukarsamordning

Idealtyper var något som sociologen Max Weber (1864-1920) utvecklade som ett hjälpmedel i samhällsforskning. Idealtypen är en konstruktion där vissa kännetecknande egenskaper hos den studerade verkligheten hårdras, som en karikatyrteckning tar fasta på vissa utmärkande egenskaper hos en person. ”Ideal” i termen idealtyp har alltså inte med en normativ bedömning att göra. Ideal avser renodling och idealtypen är beskrivande.

Jag ska konstruera tre idealtypiska versioner av brukarsamordning och dryfta några underliggande föreställningar hos dessa. Som läsaren märker så används också Webers tre idealtypiska former av auktoritet, och därmed kopplade skäl till att brukarinflytandesamordningen får legitimitet av berörda människor och organisationer.





1. En rationell, byråkratisk version.

Brukarmodellen utformas med förebild i modern organisationsteori. Brukarinflytande motiveras av effektivitetsskäl men även av demokratiska skäl. Inflytandet sker i de former för rationellt beslutsfattande och i samrådsformer som leder fram till goda, rationella beslut. Den offentliga organisationens legitimitet antas stärkas om brukare involveras i beslutsfattande och i övrigt kan påverka.

Den rationella, byråkratiska modellen rymmer också en demokratisk dimension, och man kan se att den i många fall behandlar brukarorganisationernas inflytande på liknande sätt som fackliga organisationer gavs inflytande i företag och förvaltningar under 1970-talets arbetsrättsliga modernisering. Ett inslag i denna demokratisering var att fackföreningarna fick plats i bolagsstyrelserna, vilket är ungefär detsamma som brukarföreträdare i psykiatrins beslutande organ.

För att den rationella modellen ska införliva ett brukarperspektiv krävs att organisationen också vidgar sitt ansvars- och verksamhetsområde, och ser effekten av sin verksamhet som ”outcome” för patienterna och inte enbart som ”output” med organisationsinterna mått. Det finns emellertid stor risk för att den rationella organisationen ser brukarinflytandet som ett ”irrationellt” inslag som hotar produktionen som grus i maskineriet.

2. En karismatisk version

Här är de byråkratiska strukturerna ett hinder för brukarinflytande. Organisationerna har blandat ihop mål och medel, och de har stängt in sitt samhällsuppdrag i en egen värld. Max Weber talar om rationalitetens *järnbur*, när en tilltagande rationalitet slår över i irrationalitet. En sådan situation uppstår t ex när en vårdcentral väljer bort patienter med omfattande vårdbehov till förmån för enkla patienter som ger bättre statistik och inkomst.

Det krävs förmodligen en extraordinär förmåga och övertygelsekraft hos en ledare att skapa utrymme för ett brukarperspektiv i de psykiatriska byråkratierna. Ett första steg är att bekräfta för brukarna själva att deras erfarenheter kan komma till nytta.

Egen erfarenhet av psykisk sjukdom anses vara ett skäl till att tro på





förändring mot ett brukarperspektiv i psykiatrin och att tro på förändraren, dvs. brukarsamordnaren och hans grupp. Till Sverige infördes en sådan karismatisk modell av amerikanen Joel Slack, som hade övertygelsekraft i egen erfarenhet av psykossjukdomar och som personligen utövade karismatisk påverkan på sin omgivning (så som jag har uppfattat saken). Jag har fått en del indikationer på att även brukarsamordnaren i Borås utövade påverkan via karismatiskt ledarskap.

Som framgått av undersökningen inplanteras den karismatiska förändringsmodellen i en rationell, byråkratisk struktur, och dess förändringskraft blir därmed tyglad. Kanske är det här som brukarföreträdaren hamnar i en slags gisslansituation. För Max Weber var uppgiften för den karismatiska ledaren tvärtom att bryta upp gallren i den rationella organisationens *järnbur*, och släppa ut dess verkningfulla krafter på mer angelägna uppgifter.

3. En folkrörelseversion

Denna modell motsvaras av att man tror på brukarsamordningen eftersom man känner igen dess metoder och arbetssätt från folkrörelsen. Det är alltså frågan om en traditionell legitimering. Stickorden i en sådan version av samordning kan möjligen vara tålmodighet, långsiktighet, delaktighet och bredd. Och demokrati förstås.

Av de undersökta arbetssätten för brukarsamordning är det givetvis arbetet i Småland som kan illustrera denna version. Brukarsamordning sker inom ramen för intresseorganisationernas företrädande och påverkande roll. Där finns en klassiskt företrädande roll, som återfinns på flera områden i samhället och som återfinns i intresseorganisationerna också i dag, till exempel i facken, hyresgästföreningen, patient-, och anhörigföreningar. Genom sina sammanslutningar påverkar patient- och anhörigföreningar förhållanden i psykiatrin, och samordningen av denna påverkan har delvis andra förutsättningar än om ett sjukhus anställer en person och sätter honom i en position i sjukhusets egen organisation.

Viljebildning, opinionsbildning och utbildning spelar traditionellt en stor roll i folkrörelserna. Dessa aspekter tar också stort utrymme i inflytandearbetet som bedrivs i Småland.





7 ROLLEN SOM BRUKARSAMORDNARE

Rollbegreppet

Roll och rollförväntningar är givetvis centrala begrepp för undersökning av rollen som brukarsamordnare. Termen roll utformades till ett sociologiskt begrepp i en betydande teoribildning inom den så kallade Chicagoskolan, med bidrag från bland andra George Herbert Mead och Herbert Blaurer, och senare av Robert Merton och Ralf Linton. Linton påpekar att rollen är förknippad med en viss "status":

Med status menas en position i ett socialt system som innebär vissa rättigheter och skyldigheter; med roll menas beteendet som orienterar sig mot dessa mönster av andras förväntningar. Så sett blir status och roller begrepp som tjänar till att förbinda kulturellt bestämda förväntningar med mönsterföljande beteende och relationer, vilka bildar en social struktur (Merton 1957, min övers.).

Det sker här en fokusering på den strukturella sidan av en social roll. Rollen är redan "skriven" och den är inbäddad i kulturen. I en familj, till exempel, finns redan färdiga roller för pappan, mamman, barn, syskon. Dessa roller är snarare kulturellt givna än uppkomna efter förhandlingar. Rollinnehavaren får lära sig rollen, som i en teaterföreställning och rollen spelas väl om omgivningens förväntningar infrias.

Å andra sidan kan man fokusera på den dynamiska och interaktiva sidan av rollen, och betona den förhandling som sker med omgivningen om vad rollen ska betyda och innehålla.

Samma person kan givetvis spela olika roller beroende på vilken position han eller hon har i det aktuella sociala sammanhanget, till exempel rollen som mamma i förhållande till sitt barn, eller som lärare i förhållande till eleverna. Det kallas *multiple roles*, och kräver förmåga till växling mellan de olika rollerna. Men samma person med viss position inom ett och samma system kan utsättas för påfrestningar genom att förväntningarna är olika och delvis motstridande på henne eller honom, med olika förväntningar från parter i omgivningen. För att beteckna denna typ av situation använder Robert Merton (1957) begreppet *role-set*, dvs. en samling av rollrelationer





som en person berörs av till följd av att hon uppfyller en särskild social ställning, till exempel ställning som avdelningschef på en psykiatrisk klinik. Denne har rollrelationer till underställd personal, till klinikchef, till praktikanter, till patienter, till kolleger i samma position, och så vidare. Olika förväntningar riktas hela tiden mot en och samma position i en social struktur. "By role-set I mean that complement of role-relationships in which persons are involved by virtue of occupying a particular social status." På så sätt skiljer sig "role-set" från "multiple roles".

En social roll uppkommer i ett samspel mellan rollinnehavaren och personer i omgivningen, och vilka förväntningar som personer i omgivningen riktar rollinnehavaren och vilka förväntningar han själv har på rollen. Men rollen bestäms inte enbart av en serie dyadiska relationer, utan dessa är på ett eller annat sätt kopplat till något tredje, normen, samhället, tredje part, referensgrupp, kulturella modeller eller vad det kan göra sig gällande och sufflera samspelen mellan rollinnehavaren och personer i omgivningen (Österberg 1977).

Rollbegreppet förutsätter alltså samspel, och förekomst av yttre referenspunkter för samspelen. Om referenspunkterna är kända och delade hos rollinnehavaren och berörda personer i omgivningen är det frid och fröjd. Sådan överensstämmelse finns när det gäller rollparet tandläkare/patient. Nästan alla vet hur man ska uppföra sig hos tandläkaren, och nästan alla tandläkare motsvarar patienternas förväntningar om vad som kommer att ske – även om vi kan överraskas ibland.

Beträffande nya funktioner och därtill kopplade roller finns ännu inte den här delade kunskapen och delade handlingsnormer. I synnerhet roller som inte utvecklas i samspel med berörda aktörer i sitt sociala sammanhang utan uppkommer plötsligt genom politiskt beslut eller förvaltningsbeslut är till en början vaga – eftersom de är tomma på erfarenhetsmaterial. Tillhör rollen dessutom en samhällsfunktion som berör och kanske på något sätt hotar något väsentligt hos omgivande funktioner, yrkesgrupper eller intressegrupper, kan man räkna med att det kommer att bli reaktioner om hur denna funktion ska bedrivas. Kanske kan man pröva att se hur aktörer i samordnarens omgivning reagerar på eventuella hot som kan kopplas till brukarsamordnarfunktionen med stressforskningens tre attityder till fara:





fight, flight or freeze. För balansens skull kan man även försöka få syn på vilka aktörer som uppfattar brukarsamordnarens funktion och brukarinflytande som en positiv möjlighet. Vad det verkar finns dessa vanligtvis högre upp i hierarkin än i de sammanhang där samordnaren utför sina uppgifter.

När det gäller brukarsamordnaren på de undersökta orterna fanns inga gemensamma föreställningar om vad en sådan är och vad man kan förvänta sig att en brukarsamordnare ska göra. Inget självklart kulturellt vetande som det exempelvis finns i ömsesidiga förväntningar som i rollparet lärare/elev i skolan.

Det är givetvis svårt att spela en roll när rollförväntningar saknas eller är vaga, tillfälliga och motsägelsefulla, och inte har rotat sig i etablerade normer och kulturellt vetande, och inte har delats upp längs maktförhållanden som råder i de berörda sammanhangen. Det finns inget klart manuskript att följa, helt enkelt. Det betyder att det ofta uppkommer konflikter som följd av olika aktörers konkurrerande förväntningar i brukarsamordnarens ”role-set”. Ett extra skäl till att varna för konflikter är att uppgiften för brukarsamordnaren är att förändra maktförhållanden och bemötande hos berörda, ja kanske rent av hela arbetsätt i verksamheter som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och funktionshinder.

Roller som brukarsamordnare

I intervjuerna med brukarsamordnare har det framkommit många förslag till beteckning av rollen liksom beskrivningar av olika funktioner/uppgifter som hör till samordnarrollen och förväntningar från aktörer i omgivningen. Samordnaren i Borås säger:

– Det här var ett sätt att överbygga kulturskillnader och attitydskillnader och krockar. Och det ingick i min roll att vara en länk mellan olika kulturer och organisationer. Det var för att smälta samman kulturerna.

Brukarsamordnarnas beskrivningar av den egna rollen växlar. Det är alldeles tydligt att brukarsamordnaren själv inte kan bestämma rollen, utan att den i mångt också mycket bestäms av vilka förväntningar som riktas mot funktionen av berörda aktörer och förstås hur funktionen är inbäddad i sin miljö.





Det framgår i beskrivningen av rollen i Halland och koordinators beskrivning av uppgifterna i Malmö, att de parter som ska föras samman av brukarsamordnaren har en mängd outtalade förväntningar på brukarsamordnaren. Så länge dessa är outtalade men verksamma, är det stor risk att det uppstår rollkonflikter och missförstånd kring brukarsamordnarens arbete. Det kan det göra ändå, men det är enklare att hantera konflikter som är synliga och medvetna.

En nyckelfaktor för samordnarens förmåga att verka för ett förbättrat brukarinflytande är om rollen erkänns av andra aktörer som berörs av brukarinflytande, och hur den erkänns. Samordnarrollen ska tillpassas och anpassas till förhållanden som råder i praktiken. Ju bättre samordnarens rollrepertoar stämmer med omgivande aktörers förväntningar på rollrepertoar, desto mer effektivt kan förmodligen samordningsfunktionerna utföras. I denna interaktiva rollbildningsprocess sker i bästa fall en slags förhandling, och där kan brukarsamordnare bli frestad att överge vissa av sina ambitioner i strävan efter erkännande hos omgivande aktörer. I värsta fall ignoreras samordnaren av aktörer i omgivningen.

Omförhandlingar

Det skapas en ny situation med tillkomsten av en ytterligare en aktör på det psykiatriska fältet, en funktion som kallas brukarsamordnare. Om denna funktion inte enbart ska göra retorisk nytta utan också praktiskt främja brukarnas inflytande i psykiatrisk verksamhet, så måste andra omgivande funktioner reagera, och i någon mån förändras av brukarinflytandet.

När funktionen som brukarsamordnare tillkommer och man tilldelar samordnaren vissa resurser, så kan man vara ganska säker på att det händer saker hos personal, brukare och organisationer som är berörda. Vi kan i materialet se att rollen som brukarsamordnare är omstridd, inte bara därför att det råder okunskap om vad rollen innebär utan att den hotar en etablerad ordning och syn på patienter och klienter. Med sociologen Pierre Bourdieu skulle man kunna säga att det psykiatriska fältets *doxa*, dess underförstådda trosföreställningar som utformats under lång tid, ifrågasätts av brukares kunskaper och önskemål. När konkurrerande uppfattningar möts uppkommer spänningar och motsättningar, och maktförhållanden blir då





mer tydliga. Man kan se läkaraktionen mot psykiatrichefen i Malmö 2002, som uttryck för de ortodoxas ordning. Företrädare för brukarperspektivet är heterodoxa på psykiatrins fält.

En viktig beståndsdel i brukarsamordnarrollen torde vara att klargöra förväntningar från olika aktörer på det aktuella fältet, att artikulera dem så de blir medvetna, hanterliga och så småningom realistiska. I en del fall gäller det att klargöra att intressenter i omgivningen inte erkänner brukarsamordnaren över huvud taget. De drar undan en grundläggande legitimitet till samordnarrollen.





8 BRUKARSAMORDNING I ETT INTEGRATIONSPERSPEKTIV

Brukarinflytandesamordnaren, skriver David Ershammar (*Hitta rätt*, 2007), är en funktion som företräder ett brukarperspektiv på offentlig vård och service, och som med olika medel verkar för och samordnar former av inflytande i hur vård och service i sjukvården och socialtjänsten ska utformas och levereras ut till människor med psykisk ohälsa och sociala svårigheter.

De flesta skulle nog ställa sig bakom uppfattningen att en brukarsamordnare ska företräda ett brukarperspektiv på offentlig vård och service. Däremot kan det bli en smula kontroversiellt med idén att ”inflytandet ska utgöra en formell del av verksamheten och bygga på systematiska metoder” (2007, s.11). Ershammar beskriver kortfattat tio metoder för inflytande där brukarna har en aktiv roll (jfr. kapitel 2). Det är inte svårt att följa logiken i brukarinflytandet på ”vård och service”. Riktningen i påverkan är klart angiven: brukarna påverkar verksamheter i psykiatri och socialtjänst genom olika inflytandemetoder.

8.1 Förändring och motstånd

Brukarinflytandet kan vara kontroversiellt, eftersom det gör anspråk på att förändra psykiatriska verksamheter till brukarnas fördel, efter mått och steg som brukarkollektiven utformar. Kontroversiellt även därför att brukarperspektiven på flera punkter torde krocka med professionella perspektiv och expertvetande, liksom med tankesätt, förställningar och vanor hos personal i vardagspraktiker. Kontroversiellt också för att det innebär en extra kostnad och ett visst besvär att administrera det brukarinflytande som byggs in i psykiatriorganisationerna.

Med brukarsamordnaren och andra brukarföreträdare tillkommer en ny aktör som ser och uppfattar ohälsa, sjukdom och psykiatriska verksamheter med delvis andra kognitiva strukturer och tolkningsmönster än de som används inom psykiatrin. I dokumenten och i diskursen kallas detta helt allmänt för brukarperspektiv, och det ger intryck av att brukarperspektiv





är någonting känt och enhetligt. I praktiken framträder det förmodligen med en mängd unika bilder av ohälsa, psykisk sjukdom, psykiatriska tjänster, etc., beroende på vilken brukare eller brukarsamordnare som berättar. Brukarerfarenheter och brukarföreställningar är blott i liten utsträckning systematiserad och generaliserad, och motsvarar inte alls den enhetlighet, och höga grad av generalisering och systematisering hos motsvarande expertvetande. Det finns alltså en stor variation av vad som framkommer när psykiatrivksamheter betraktas ur brukarperspektiv, och när man börjar tematisera olika aspekter av brukarperspektivet som kunskaper, erfarenheter, önskemål, normer, värderingar, föreställningar om maktordning, etc.

Låg grad av systematisering

En konsekvens av den låga grad av systematisering av brukarnas erfarenheter och önskemål är att det uppstår ett *representationsproblem* när brukarsidan med olika inflytandemetoder försöker göra brukarperspektivet gällande i psykiatrivksamheter. Vems erfarenheter företrädes när brukarföreträdare uttalar sig om brukares erfarenheter och önskemål? Och vem företräder brukarkollektivet? Med tanke på att brukarsamordnaren verkar i politiskt styrda och reglerade organisationer, kommer inflytandearbetet även i beröring med den politiska demokratins idé att politikerna representerar medborgarna.

En annan konsekvens av den låga grad av systematisering är att det blir stora lokala variationer av vad som framförs som brukarnas erfarenheter och önskemål.

Låg grad av systematisering av brukarkollektivet erfarenheter och önskemål komplicerar arbetet med brukarinflytandet, eftersom det handlar just om att tillföra brukares kunskaper och erfarenheter i psykiatriska verksamheters planering och beslutsfattande, i vård och behandling, och dessa överföringar av brukarperspektivets vetande och önskemål avser att öka brukares makt över vård och vägen till hälsa. Vilka kunskaper? Vilka önskemål?

Motstånd

I alla sociala förändringsprocesser uppkommer motstånd. När beteende, försanthållanden och arbetssätt ifrågasätts, finns det personer och grupper





som vill försvara den befintliga ordningen mot nymodigheter. Ibland har förändringsmotståndarna ”rätt”, eftersom förändrarna inte har varit genomtänkta, inte haft hela bilden klar för sig eller liknande, och att motståndet kan påvisa detta. Vid förändringsarbete uppifrån händer det att makten avgör vad som är rätt, och motståndet körs helt enkelt över. Då uppfattas ofta motstånd som grus i maskineriet. Motståndet blir passivt och oartikulerat. Ett aktivt, öppet, artikulerat motstånd däremot, skärper kraven på att det nya alternativet kommer att ge verkliga förbättringar, och att förändringsivrarna kan argumentera för sina idéer och förslag. Motståndet är i denna form en medverkande kraft i förändringsarbetet: ”Vi måste lära oss inse fördelarna med aktivt motstånd vid förändringsarbete. Motstånd definieras här som frigjord mental energi uttryckt i äkta engagemang” (Ahrenfeldt 2001, s.21). Genom att lyssna till motståndet så skärps förändrarnas tankar, idéer och argument. Det blir högre kvalitet och precision.

I synnerhet uppstår motstånd mot förändringar av ”andra ordningen”. Omsatt till psykiatriska praktiker skulle en förändring av andra ordningen kunna innebära utveckling av nya arbetsätt som tillgodoser brukarnas behov på ett sätt som avgörs av brukarna själva, ett inarbetande av brukarperspektivet i arbetssättet.

Vid förändring av första ordningen förändrar man inte organisatoriska tankemönster och organisatoriskt agerande. Man gör istället nya kombinationer av gamla mönster, vilket håller kvar organisationen inom den gamla traditionen och systemet är kvar intakt och oförändrat. Vid en förändring av andra ordningen däremot, förändras både tankemönster som verksamhetsbeskrivning och agerande, vilket innebär att hela systemet är förändrat. Vi ser verkligheten i ett nytt ljus och med en ny annorlunda förståelse (Ahrenfeldt 2001, s.23).

Så länge brukarinflytandet befinner sig på planeringsstadiet och i policydokument märks kanske inte skillnaderna mellan psykiatriperspektiv och brukarperspektiv så tydligt, men framträder desto tydligare i vardagspraktiker när brukaren vårdas eller medverkar i utformningen av psykiatris tjänster. Det är just skillnaderna i perspektiv och erfarenhet som kan vara drivkraft i önskvärda förändringar till brukarnas fördel, men också för att effektivisera psykiatrin och öka träffsäkerheten i vård och service. Genom att framhålla





betydelser av brukares kunskaper och erfarenheter, så tonas betydelsen av andra intressegruppers kunskaper och erfarenheter i verksamheterna ned. Och här finns en strukturell källa till konflikt som är inbyggd i idén att öka brukarnas inflytande i samhällets psykiatri. Förändring mot reellt brukarinflytande och brukarperspektiv i offentlig psykiatri implicerar förändring av andra ordningen.

Psykiatri som socialt fält

Man kan förstå uppkomsten av kontroverser i detta förändringsarbete genom att tänka psykiatri som ett *socialt fält* i Pierre Bourdieus mening, och specifika psykiatriska verksamheter som delfält. I noten nedan illustreras fältbegreppet med hjälp av Donald Broadys exempel på fotografins fält.¹ Med ett socialt fält menas ett system av sociala relationer mellan positioner som uppstår av institutioner eller människor som strider om något som är gemensamt för dem (Bourdieu 1992, s.9). Ett fält består av en mängd aktörer, både individer och institutioner, som agerar utifrån sina positioner och dispositioner. Det sker en kamp om de prestigefyllda positionerna på fältet men den sker inom en viss normativ ordning och med hänsyn till gemensamma trosföreställningar, *doxa*. För att medräknas som aktör måste personen eller

¹ Donald Broady är en viktig introduktör av Pierre Bourdieus sociologi i Sverige. Den text som här refereras är en HTML-version av "Kulturens fält. Om Bourdieus sociologi" i Nordicom-nytt/Sverige nr1-2 1988. Med ett exempel från fotografins område beskriver här Broady vad som menas med "fält" och visar ett antal aspekter på begreppet.

"Ett fält definieras av att det finns människor som är disponerade på ett specifikt sätt (fotografer, fotografispecialister av olika slag), av de specifika investeringar som avkrävs nya inträdande (kunskaper om fotograferandet och förtrogenhet med etablerad fotoestetik), av specifika insatser i spelet (ställningstaganden för och emot den ena eller andra fotografen eller estetiken), av specifika vinster (ekonomiska vinster, men minst lika viktiga är de symboliska, nämligen erkännande som fotograf, fotogallerist, skribent med fotografi som specialitet, etc.), och framför allt att det är något för alla deltagare som står på spel (främst frågan om kriterier för fotografers värde). Med andra ord: allt är inte fält i Bourdieus mening. Om någon i sin ensamhet odlar vissa intressen och hyllar vissa värden har därmed inget fält uppstått. Ett fält förutsätter specialister, institutioner, erkända värdehierarkier" (Broady 1988, s. 9 i <http://people.dsv.su.se/ljpalme/society/pierre.html>)





institutionen tillägna sig "tron" som förenar deltagarna på fältet. "Ett fält förutsätter specialister, institutioner, erkända värdehierarkier" (Broady 1988, s. 9 i <http://people.dsv.su.se/jpalme/society/pierre.html>) På ett socialt fält är det alltid något "specifikt gemensamt som står på spel". I grunden handlar det om erkännandet och värdet av de bidrag eller produkter som en aktör kan presteras. Aktörerna har olika tillgång på resurser i detta spel.

Bourdieu talar här om tillgång av olika kapitalformer och om habitus. *Symboliskt kapital* är "det som av sociala grupper igenkännes som värdefullt och tillerkänns värde" (Broady 1991/2005, s. 123). En specifik form av symboliskt kapital är grunden för makten inom fältet och därmed för utdelandet av erkännande... (Broady 1988, s. 10). Begreppet *habitus* användes redan av Aristoteles och kom in i modern samhällsvetenskap via Marcell Mauss antropologi som "body techniques" och icke-diskursiv kunskap hos en specifik social grupp. Habitus kom att bli ett nyckelbegrepp i Bourdieus sociologi. "En viktig tanke hos Bourdieu är att det symboliska kapitalet är nedlagt i kroppen, i form av habitus, det vill säga system av dispositioner. Det är resultat av sociala erfarenheter, kollektiva minnen, sätt att röra sig och tänka som ristats in i människors kroppar och sinnen" (a.a.).

Folkrörelselexikonets definition av habitus lyder:

Förhållningssätt. Gruppsspecifikt, men oftast omedvetet, sätt att tänka, känna, tycka och bete sig. Manifesterar sig i en livsstil. En gemensam habitus underlättar bildande av en kollektiv kultur och en kollektiv identitet, i synnerhet om den skiljer sig starkt från andras.

I den aktuella förändringsriktningen är syftet för brukaren, brukarföreträdaren och brukarsamordnaren att verka i och förändra miljöer som redan är strukturerade, befolkade och vardagspraktiker som är marinerade av doxa och habitus. En del av förändringsarbetet berör alltså verksamma kognitiva strukturer, handlingsmönster och kroppsligt förankrade kunskaper och vanor, som i stor utsträckning är omedvetna och tagna för givna hos personal och verksamhetsföreträdare.





Brukarvetande

Som framgått har samordnaren tilldelats en viktig roll när brukarinflytandet ska utövas i psykiatrin. En viktig uppgift för samordnaren är att sätta inflytandeformerna i rörelse, göra dem verksamma. Kanske kan man härvidlag likna samordnarens roll vid ingenjörens, med uppgift att bygga och underhålla inflytandeformerna. Inflytandeingenjören kan så småningom förvärva en expertis i inflytandeteknologin. I denna riktning går också inflytandeprojektet beskrivning av brukarinflytandesamordnaren som en *möjliggörare* (Ershammar 2007, s.21). Inflytandesamordnaren är *brobyggare* mellan brukare och personal på olika nivåer i psykiatri och socialtjänst. Genom metaforen *broar* skapas förbindelser och möten mellan brukarnas och psykiatrins världar, och tanken är att det ska springa en förändringskraft ur världarnas och perspektivens möten. Då ska också sakinnehållet i brukarperspektivet komma fram, är det tänkt.

Brukarperspektivets sakinnehåll kallas i den här studien *brukarvetande*. Med det menas:

brukares enskilda och gemensamma erfarenheter av psykisk ohälsa, sjukdom, återhämtning och av trygghetssystemens inverkan på återhämtning och livssituation i övrigt, liksom konsekvenser, behov och önskemål som kan härledas ur dessa erfarenheter.

Jag tänker mig brukarvetande i två huvudformer, *brukarvilja* och *brukarerfarenheter*. Brukarvetandet kan vara mer eller mindre artikulerat, och mer eller mindre systematiserat, och mer eller mindre användbart i psykiatriska praktiker. Det uppträder både individuellt och kollektivt. Fokus in nästa avsnitt ligger på brukarsamordnarens roll i *framställningen* av brukarvetande.

Brukarvetande och integration

Ett sätt att tänka kring brukarinflytande är att det uppstår när brukarvetande i någon mån integreras i psykiatrivirksamheternas arbetssätt. Integration betyder ”process som leder till att skilda enheter förenas” (NE). Enligt Axelson & Bihari Axelsson (2007, s. 11) betyder integration att ”olika aktörer





eller aktiviteter har förts samman till en större helhet”. Denna integration förväntas ge effekter, i det här fallet på psykiatriorganisationens arbetssätt och därmed positiva effekter på service och i yttersta led positiva effekter på återhämtning hos brukarna. Jämte denna serviceanpassning till brukarbehov så kan man tänka kring flera andra vinster med en brukarorienterad verksamhet, exempelvis tillskott av legitimitet (Se Dahlberg & Vedung 2001, s. 44ff).

Det här leder fram till några frågor kring brukarsamordnaren uppgifter när det gäller framställning av brukarperspektivets sakinnehåll, dess distribution och integration i olika psykiatriska praktiker. Hur går det till när brukarvetande framställs? Vilken roll kan brukarsamordnaren spela i denna process? Och vidare: vilken roll kan brukarsamordnaren spela i *överföring* av brukarvetande och vid *integration* av brukarvetande i psykiatriska praktiker? Tyvärr når inte min undersökning fram till den mest väsentliga frågan: Vilka blir konsekvenserna av ett integrerat brukarperspektiv för psykiatriska verksamheters praktiker, för arbetsflöde, maktfördelning, kunskapsbas, metodrepertoar, kommunikationsmönster, klientkontroll, klientsyn etc?

Jag föreställer mig två principiella integrationsriktningar. Den ena skapar integration av brukarvetande i psykiatrins olika verksamheter, där brukarperspektivets vetande och tydningmönster stöter på både explicita makt- och vetandeformer liksom lågmäld doxa och habitus på de psykiatriska delfälten. Den andra skapar integration av expertvetande på brukarnas arenor. Båda dessa integrationsriktningar kan tänkas både individuellt och kollektivt. I avsnitt 8.1 ska jag problematisera spåret där brukarvetandet integreras i psykiatrins praktiker. Tre av de undersökta fallen – Malmö, Borås och Halland – kan tydligt räknas till denna integrationsriktning. I 8.2 diskuteras integrationsfrågan i omvänd riktning, där psykiatrins expertvetande integreras med annat vetande i brukarnas vardagssituationer. 8.3 öppnar tanken för brukarinflytande av andra ordningen.

8.2 Integration av brukarvetande i psykiatrin

Integration i denna riktning handlar om att brukarvetande integreras i psykiatriska verksamheters praktiker. Många parter och aktörer är inblan-





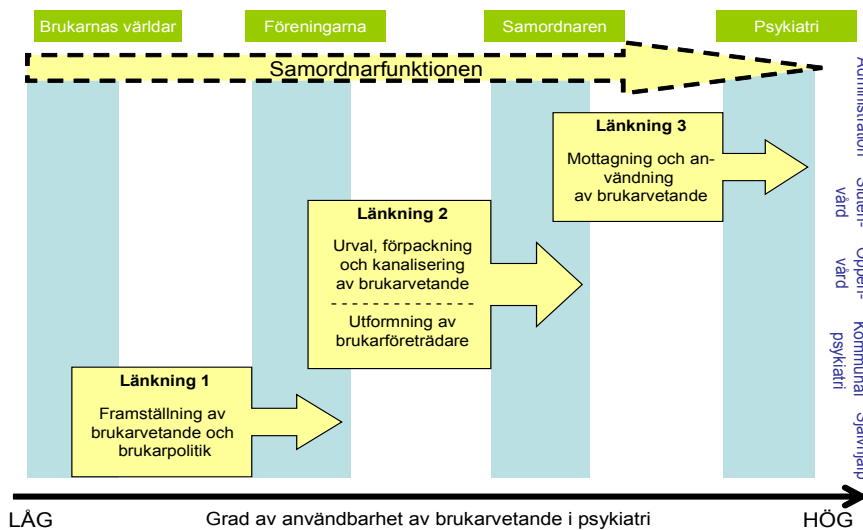
dade i sådana processer men jag kommer att fokusera på den roll brukarsamordnaren kan spela. Brukarsamordning kan i den här tankefiguren ses som en process med flera inbördes kopplade uppgiftsstationer där brukarvetande länkas i syfte att integreras och utöva inflytande i psykiatriska praktiker av olika slag. Schematiskt sett är uppgiften att *identifiera, artikulera, sammanställa, översätta, förpacka, och kanalisera* brukarvetande till olika praktiker inom psykiatrin.

Figur 8.1 markerar fyra domäner där denna inflytande- och integrationsprocess utspelas: Brukarnas världar, Föreningarna, Samordnaren och Psykiatri. Det finns flera olika slags praktiker på psykiatrins domän med olika öppningar för brukarinflytande och olika erfarenheter av att bemöta och involvera brukare i sina praktiker. Föreningarna och Samordnaren är en slags mellandomäner, som får sin uppgift och kraft genom att förmedla mellan människornas (brukarnas) verkligheter och behov, å ena sidan, och psykiatrins verkligheter och intressen, å den andra. Av figuren 8.1 framgår inte att föreningarna har ytterligare uppgifter i förhållande till medlemmarna och i påverkan av förhållanden i samhället. Det framgår heller inte att brukarsamordnaren i allmänhet har en mängd kontakter med andra organisationer än psykiatrin när han eller hon utför sitt uppdrag.





Figur 8.1 Samordnarens uppgifter vid länkningar av brukarvetande till psykiatris verksamheter.



Figur 8.1 vill visa är att det i föreningarnas och brukarsamordnarens melandomäner sker sammanställningar, översättningar och överföringar av brukarvetande i riktning mot praktisk användning i psykiatrisk verksamhet. De medverkar även i överföringar i motsatt riktning, som bland annat bidrar till vård- och servicesystemens legitimitet men denna riktning kommer inte att problematiseras här.

Samordnaren kan vara aktiv på alla fyra domäner. Därför markeras också samordnarens aktiviteter som en pil genom de fyra fälten. I synnerhet gäller detta en samordnare som är anställd av psykiatrin. Men samordnaren har även ett område för sig själv, i den mån det finns en erkänd funktion som kallas brukar(inflytande)samordning. Denna funktion ger samordnaren en särställning jämfört med andra berörda aktörer som kan verka för förbindelser mellan människorna (brukarna), brukarorganisationerna/sammanslutningarna och psykiatriska verksamheter.





Länkningar

På väg mot ett för psykiatrin användbart brukarvetande markerar figur 8.1 tre principiella länkningar, där samordnaren kan spela en framträdande roll.

I länkning 1 sker *fram- och sammanställning* av brukarvetande, både som brukarerfarenheter och brukarvilja. Detta sker främst i samspel mellan enskilda brukare och i sammanhang där brukarföreningar och andra sammanslutningar ingår. När brukare kommer samman kan en gemensam viljebildning komma till stånd kring några förhållanden, och då kan också ett kollektivt brukarvetande utformas. Det bildas ett erfarenhets- och viljematerial som kan vidareutvecklas av intresseorganisationerna till *brukarpolitik*, som bara delvis riktas mot lokala psykiatriverksamheter.

Brukarsamordnaren har ett speciellt mandat och ett eget intresse av att vara en möjliggörare av sådana processer men även andra aktörer, som personal i psykiatrin, kan medverka i att frambringa brukarvetande. Detta framgick av brukarinflytandesamordningen i Småland, som bland annat gick ut på att skapa former där brukare kom samman och ibland tillsammans med personal utformade brukarvetande och brukarvilja kring vissa frågor, och faktiskt även lokal brukarpolitik i meningen att formulera gemensamma krav på förbättringar. Personal i olika verksamheter torde ha behov av att utforma och artikulera ett motsvarande "personalvetande".

I länkning 2 sker *urval, förpackning och kanalisering av brukarvetande*. I samspel med föreningar och andra företrädare kan brukarsamordnaren välja ut relevanta delar av brukarvetandet och bearbeta det så att det blir relevant och användbart i psykiatrins värld. Det är en slags översättningsarbetet som utförs. I denna länkning inverkar givetvis förväntningar och efterfrågan från aktuella verksamheter inom psykiatrin.

En motsvarande procedur gäller *utformning av brukarföreträdare*. Dessa ska också väljas ut, och bearbetas till exempel genom utbildning för att passa in i de funktioner som psykiatrin upplåter. I materialet framkom att speciellt brukarsamordnaren SÄS1 och MAS1 ägnade mycket tid just åt att rekrytera och anpassa brukarföreträdare till de positioner psykiatrin erbjuder. MAS2 berättade om vikten att brukarrepresentanter träffades i ett förberedande möte på *unionsrådet* inför sammanträden i sektorråd och andra formella möten (jfr. avsnitt 5.1).





Brukarsamordnaren hamnar vid länkning 2 i en position mellan brukare och psykiatri, och det är också grundpositionen i figuren ovan. Ofta beskrivs samordnarens ”mellanposition” som mäklare, eller brobyggare, eller möjliggörare. I uppgiften ligger alltså att skapa förbindelser mellan brukarnas verkligheter och behov, å ena sidan och psykiatripraktikerna sätt att fungera, å den andra. Denna länkning kräver ur en samordnarens synvinkel avstämningar och kompromisser med brukarföreträdare och intresseföreningar, liksom med mottagarna inom psykiatrin. Det underlättar förmodligen om man kan finna former där parterna gör detta tillsammans.

Länkning 3 sker i allt väsentligt inom psykiatrin. Samordnarens uppgift är bland annat att motivera psykiariverksamheten i fråga att *ta emot* brukarvetandet och göra inflytandet verksamt genom *praktisk användning*. Kanske är det bra för tanken att dela upp denna länkning just i dessa två led: vad tar psykiatriska praktikerna emot av brukarvetande? Vad av det mottagna vetandet växlas in och används i de vardagliga praktikerna?

Hur ser psykiatrins filter ut? Hur sorteras de mängder av brukarvetande som brukarsidan vill översända av psykiatrin? Vad kan integreras i befintliga praktiker, vad stöts bort och vad tas emot men saknar innebörd? Det är förstås upplagt för en empirisk undersökning av just detta, men i brist på en sådan vill jag reflektera lite kring denna, för brukarinflytandet så viktiga fråga.

Tillpassning av brukarvetande

För att brukarvetandet ska tas emot och i nästa led integreras och bli verksamt i den psykiatriska praktiken, torde det bedömas vara nyttigt och användbart av centrala aktörer för den psykiatriska verksamheten. Nyttan kan vara av många olika slag, i exempelvis administrativ, retorisk, politisk, symbolisk, verksamhetspraktisk beroende på tolkningsmönster, sammanhang och aktörens position. Ett kriterium oavsett vilken slags nytta som åsyftas, torde vara att brukarvetandet harmonierar med *doxa* på det aktuella fältet, så att det känns igen genom habitus hos centralt positionerade aktörer, och som därmed kan hanteras och tillgodogöras av dem. Brukarvetandet får inte komma i för stark konflikt till *doxa* och *symboliskt kapital* i verksamheterna, för då inträder systemstabiliserande mekanismer, t ex att hotfullt vetande





stöts bort eller ignoreras. Jag tänker här integrering av brukarinflytande som en förändringsprocess av första ordningen, där systemet strävar efter att återfå jämvikt, enligt en systemteoretisk figur.

Konststycket är alltså att det mottagna brukarvetandet ska kännas igen som sådant av brukarsidan, samtidigt som det ska harmoniera med doxa och habitus, och vara praktiskt användbart i det aktuella psykiatrifältet. Det kräver erkännande från båda sidor. Det är en förmedlingsuppgift som kräver stort kunnande och en stor känslighet hos brukarsamordnaren.

Samordnaren har som en av sina specialuppgifter att medverka i denna ömsesidiga tillpassning av brukarvetande. Ofta finns ett anställningskriterium att brukarsamordnaren ska ha egen erfarenhet av psykiatri eller kommit i kontakt med psykiatri som närstående. De har också de flesta av brukarsamordnarna i de aktuella exemplen. Tanken med egen erfarenhet är givetvis att brukarsamordnaren upplevt psykisk ohälsa, sjukdom, vård och service inpå bara skinnet och i någon mån lärt sig "spelets regler". Den egna erfarenheten bidrar till att skapa legitimitet kring uppgiften, både så att brukare tror på samordnaren och att psykiatrins verksamheter gör det. Egen erfarenhet är en viktig del i samordnarens förtroendekapital, men det måste till många andra kapaciteter och resurser för att lyckas med länkningarna. Inte minst förmågan att organisera och känna till hur psykiatrin fungerar på ort och ställe. Samordnaren måste också i sitt uppdrag skapa samarbetssituationer och kontakter. *Networking* borde vara en av de första aktiviteter en brukarsamordnare ägnar sig åt, alltså networking för att bygga upp samarbetssituationer där länkingsprocessen kan utföras. Men det finns också många faktorer utanför brukarsamordnarens kontroll, som påverkar i vilken mån som brukarsamordnaren lyckas med länkningarna.

Framställning av brukarvetande

För att utföra sin uppgift att integrera brukarvetande i psykiatriska verksamheter, så måste det finnas ett sakinnehåll att sammanföra med psykiatrin arbetssätt, i olika avseenden. En del av brukarvetandet kan man givetvis hämta från medlemsorganisationernas aktuella frågor, men dessa har också vid någon tidpunkt hämtats från medlemsleden. Frågan är här hur man på en viss ort kan systematisera brukarvetande och integrera delar av detta i





psykiatrins praktiker. I denna process är brukarsamordnaren starkt beroende av samarbete med lokala aktörer på de fyra domänerna, men också beroende av den tradition och synsätt kring psykiatri som finns på orten.

Systematisering av brukarvetande

Figur 8.2 visar en schematisk bild över aktörer, aktiviteter och processer där brukares osystematiserade vetande och vilja systematiseras till konkret brukarpolitik för påverkan av psykiatrins praktiker.

I utgångsläget är *brukarvetandet* en osorterad och osystematiserad mängd erfarenheter, kunskaper och önskemål hos personer som erfar eller tidigare erfarit psykisk ohälsa och samhällets psykiatri som patienter eller som anhörig/närstående. Detta vetande är en slags levd erfarenhet och kopplad till person, kropp och kontext. Det är erfarenheter inbäddade i livssammanhangen. Ofta är sådana kunskaper och erfarenheter vilande även för personen själv, och växer först när någon frågar efter dem eller påstår något som strider men levda erfarenheten.

Den principiella uppgiften för brukarsamordning torde vara att göra denna levda kunskap medveten och synlig, först för brukaren själv och sedan delad och prövad i brukarkretsar. I ett andra led är uppgiften att göra vetandet tillgängligt i en bearbetad form för intresseorganisationer och andra språkrör. I ett tredje led är uppgiften att överföra brukarvetande till psykiatrin. I ett fjärde led handlar det om mottagandet och den faktiska användningen av brukarvetandet i psykiatrisk vård och service. Man kan se det som en slags anrikning där subjektivt erfarenhetsmaterial förädlas och systematiseras i olik led, men där det också objektivteras genom att informationen friställs från sina ursprungliga uppkomst- och verknings-sammanhang.

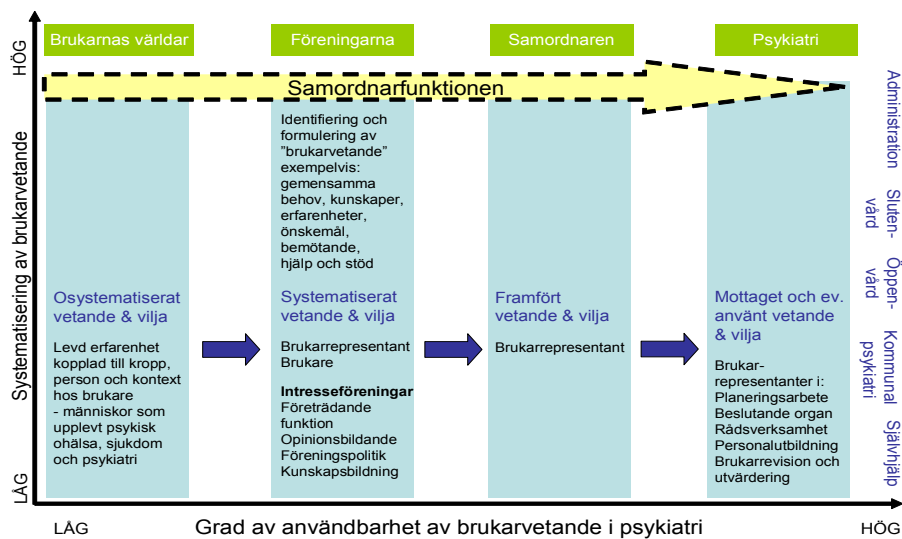
På varje område i figur 8.2 pågår ständigt en aktivitet där vissa delar av erfarenheten systematiseras och annat lämnas osystematiserat, som *outtalat* vetande inbäddat i livssammanhangen och förankrat i den aktuella kulturen. Med systematisering menas att detta vetandet *artikuleras* så det blir möjligt att reagera på det och *dokumentera* det i erfarenhets- och behovssammanställningar. Sådan sammanställd information bildar ett sakinnehåll för lokal och nationell brukarpolitik, för opinionsbildning och





upplysningsverksamhet ur ett brukarperspektiv, och påverkar på olika sätt samhällets psykiatri.

Figur 8.2 Samordnarens uppgifter och aktörer vid framställning av brukarvetande och brukarvilja.



Den vertikala axeln till vänster visar grad av systematisering av brukarvetande. Här försiggår erfarenhets- och viljeframställning. Inflytandematerialet organiseras och systematiseras till artikulert brukarvetande i samspel mellan brukare och intresseorganisationer. En del av brukarvetandet formuleras till brukarpolitik.

Att utforma och utöva brukarpolitik är en självklar aktivitet i en medlemsorganisation – en ”vi-för-oss”-organisation. Intresseorganisationerna riktar politiken åt olika håll i omgivningen, inte bara i pilens riktning mot psykiatrin. Man vänder sig till sina medlemsgrupper, bland annat genom utbildningsverksamhet och stödarbete, och man vänder sig ut mot samhället i attitydpåverkan och opinionsbildning, och till organisationer och myndigheter i lobbyverksamhet, rådsverksamhet och liknande.





En del av brukarpolitiken länkas vidare av brukarföreträdare och samordnaren till psykiatrin. Och det är förstås denna del av aktiviteterna som fångar uppmärksamheten när det är tal om brukarperspektiv i psykiatrin. Den horisontella axeln visar grad av användbarhet av brukares kunskaper och erfarenheter för psykiatrin. Man kan säga att en lokal, generell brukarpolitik i psykiatrin har utformats i figurens övre högra hörn. Man kan tänka sig mer specifika politiker som berör olika brukargrupperns villkor i förhållande till olika verksamheter i psykiatrin.

I de undersökta fallen förefaller en stor del av brukarsamordnarnas arbete ha bestått i att syssla med det slag av informationsbehandling och systematisering som figur 8.2 avser att visa. Brukarsamordnaren sorterade och växlade en stor mängd information till rätt adress, liksom skapande av kontakter för erfarenhetsutbyte mellan olika adresser i brukarnas världar och på psykiatrins olika fält. Informationen är dock inte alltid kompatibel i brukarnas värld och i psykiatrins värld – och just därför behövs det länkningar och översättningar. En brukarsamordnare har därför stor nytta av att vara förankrad i båda parternas verkligheter.

Det kan emellertid bli svårt att prioritera vilket slags information som länkas, och vilka dialoger som bör gynnas. Ett stöd i det arbetet kan vara att systematiskt bygga upp brukarvetandet kring olika delar av hälsa och återhämtning och utifrån denna kunskapsbank utforma lokal brukarpolitik.

Flera källor till brukarvetande

Förutom samordnaren finns det flera aktörer som bidrar eller kan bidra till att göra implicita kunskaper och erfarenheter till explicit brukarvetande, och därmed frambringa det inflytandematerial som länkas vidare i samordnarfunktionen. Jag har redan nämnt medlems- och intresseföreningarnas självklara roll när det gäller att samla, förvara och sprida kunskaper om medlemmarnas situation och behov. Men också i opinionsbildning och påverkan på relevanta delar av trygghetssystemet. Föreningarna har också i figuren ett eget fält, där saker och ting står på spel med vissa trosföreställningar och fördelning av positioner och makt.

Bidrag kan också komma från enskilda författare som skildrar erfa-





renheter av sjukdom och ohälsa i litterär form, och brukares egna skildringar av erfarenheter. Även forskare som systematiserat patientgruppers lidande och behov kan räknas in som en aktör på detta fält.

Det mest vanliga är förstås att personal inom psykiatrins olika verksamheter tar del av brukares erfarenheter. Men frågan är hur denna information hanteras och vad som sker när man lyssnar och tolkar enligt de koder där man skapar mening och motiverar åtgärder visavis en patient. Det borde finnas stora möjligheter för personal att i ökad utsträckning ha en brukarorienterad dokumentation och vara öppen för en vidare mängd erfarenhetsmaterial som bland annat handlar om lärandet från brukaren.

Jag kan gott tänka mig att personal inom psykiatri kan göra betydande insatser på just det här området. En central, och troligen också mycket stimulerande och intressant uppgift för en framtida dokumentation vore att samla berättelser från människor kring deras ohälsa och deras erfarenheter av coping, och deras erfarenheter av hur hjälpsystemet svarat upp mot deras behov. Helt enkelt att samla in berättelser för att få del av ett konkret erfarenhetsmaterial från brukarnas värld. Det är förstås en uppgift som också skulle passa intresseorganisationerna.

Det finns alltså många källor där brukares tysta kunskap och levda erfarenhet dokumenteras och görs hörbara för andra.

Användbarhet och behov i psykiatriska verksamheter

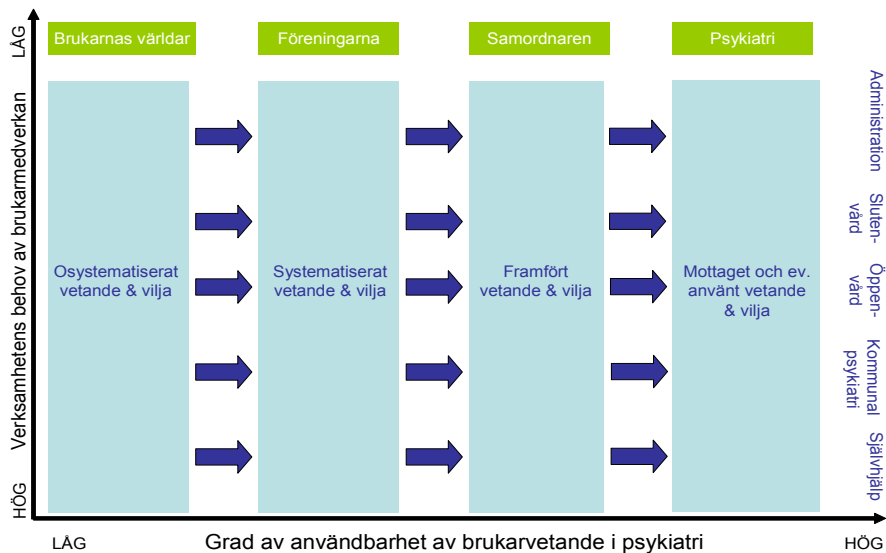
Alla möjliga kunskaper, erfarenheter, önskemål, etc. från brukarna är inte relevanta för alla positioner och funktioner i samhällets psykiatri. Ibland avvisas brukarvetandet eftersom det kommer i konflikt med särintressen, kunskapsmakt och doxa på det psykiatriska delfältet i fråga. Ibland upplever den aktuella verksamheten ingen nytta av brukarvetandet och brukarinflytande. Ibland påtvingas verksamheten brukarinflytande, och hanterar det som ett "måste". Ibland utvecklas verksamheten tack vare tillgång till brukarvetande. Figur 8.3 avser att visa att olika verksamheter i samhällets psykiatri i olika mån är beroende av brukarmedverkan för att fullgöra sina uppgifter. Systematisering av vetande och vilja sker i olika processer beroende på vad den aktuella formen av psykiatri kan tillgodogöra sig och vad den behöver för slag brukarmedverkan för att lösa sina uppgifter. De





administrativa besluten och vårdsystemens rationalitet är i det närmaste helt oberoende av brukarvetandet, medan psykiatrisk ”group work” och organisering av självhjälpsverksamhet är helt beroende av brukarvetande och brukarmedverkan. Den här figuren utgår ifrån tanken: Ju mer den psykiatriska praktiken är baserad på psykiatrins doxa och expertvetande (vetenskapligt vetande), desto mindre är den beroende av brukarvetandet. Man kan förstås problematisera ett sådant hypotetiskt samband genom att framhålla att man med expertvetande kan frambringa och ta tillvara brukarvetandet, och liksom att man med expertvetande kan främja brukarens aktiviteter i återhämtnings- och utvecklingsprocesser. Men då är det inte medicinsk expertkunskap som åberopas utan psykologisk, social och pedagogisk expertis.

Figur 8.3. Psykiatriska verksamheters behov av brukarmedverkan.



På vilken nivå och i förhållande till vilka praktiker sker länkning av brukarvetande och vilka aktörer är involverade vid sidan av brukarsamordnaren?

Det här skulle vara intressant att undersöka empiriskt, kanske som





ett antal fallstudier till en början. Om vi kastar en blick på de aktuella exemplen så sker länkning vid SÄS1+2 och MAS1+2 i huvudsak i förhållande till administrativa praktiker i psykiatri med betoning på beslutsfattande och planering. Det kräver ett väl systemiserat brukarvetande, ett representativt brukarvetande kan man säga.

I Småland sker länkning främst på samma nivå som den kommunala psykiatrins praktiker. I materialet finns exempel på att framställning och länkning av brukarvetande sker i en och samma process, och där brukare, personal och samordnare är delaktiga. Ibland även verksamhetsföreträdare. Det innebär att framställning och länkning av brukarvetande sker i den kontext där inflytandet också utövas. Det är uppenbart att personal utför betydande insatser för framställning av brukarvetande och för att göra det användbart i de kommunala praktikerna i fråga. Länkingsnivån är konkreta verksamheter i kommunal psykiatri, t ex daglig sysselsättning. En sådan verksamhet är i större behov av brukarmedverkan för att fullgöra sina uppgifter än de administrativa praktikerna.

Klientbildningsprocessen

Jag har hittills i det här avsnittet följt tanken att brukarvetandet integreras i psykiatri, och haft en ganska naiv syn på självständighet hos brukare att utifrån sina förutsättningar skapa sig en bild av ohälsa, sjukdom, psykiatri, etc. Det är givetvis en förenkling. En massiv påverkan torde i själva verket ske i rakt motsatt riktning, den att psykiatri och i viss mån intresseföreningarna påverkar brukarnas vetande och önskemål.

Det som hitintills beskrivits som implicit, osystemiserat brukarvetande är i någon mening redan format av diskursiva praktiker i psykiatri, eftersom brukarna har varit föremål för vård, behandling och service. En del av dem under många, många år. Många är ordentligt inläsa på sin sjukdom eller funktionshinder och har ibland mer expertkunskap än personal.

Brukare uppfattar och uttrycker ofta sitt lidande och sina svårigheter i en terminologi som förvärvats i kontakt med professionella och expertvetandet. Det är så man blir hörd och förstådd av vårdsystemet. Men det är långt ifrån säkert att betydelsen i uttrycken för psykisk ohälsa och lidande är identiska i brukarnas verklighet och psykiatrins professionella verklighet.





Det är snarare troligt att betydelser skiftar med den kontext där uttrycken används.

Att brukare ofta använder samma lexikala uttryck som professionella i beskrivning av sina besvär och behov, kan man delvis förklara som expertsystemens selektering och sortering av personer som uppfyller kriterierna för att vara klient i systemet.

I många fall ska man uppfylla vissa betingelser för att vara en rättmätig brukare av en tjänst. Man ska uppfylla vissa kriterier för tillgång eller "tröskelkriterier" (Rönning & Solheim 1998:24).

Rolf Rönning och Liv Johanne Solheim hänvisar till Schaffer & Huang (1975) tillgänglighetsteori. Med den så kallade "tröskel-kö-bom"-modellen påvisar de en rad olika selekterings- och bedömningsmekanismer när det gäller avslag eller beviljande av välfärdstjänster. *Tröskeln* är metafor för de hinder som måste övervinnas vid den första kontakten med organisationen. Klarar personen detta hamnar hon i organisationens *kö*, där det finns olika bestämmelser och regler eller slumpmässighet för turordning. Den sista stationen kallas i modellen *bommen*, där personen kommer fram till den station där den aktuella servicen eller tjänsten ska vägas av mot personens behov och organisationens regler. Regler och kriterier kan vara tydliga eller luddiga. Kriterierna är till exempel klara för tillgång till ålderspension och barnbidrag. Men när det gäller annan service som exempelvis ett läkarbesök eller ansökan om socialbidrag eller om man kan få behandling inom barnpsykiatri, gör den professionelle en rad bedömningar efter kriterier som inte alls är så tydliga och klara.

Att tillägna sig hjälporganisationens språkbruk ökar sannolikt chansen att passa in som patient eller klient, *och* därmed vara berättigad att ta del av organisationens resurser (Hasenfeld 1992) och anpassa sig till de procedurer som konstruerar klienten (Billqvist 1999).

Klient- eller patientbildningsprocessen pågår därför inte bara inom psykiatri arena utan sträcker ut sig i samhället och påverkar hur man till vardags tänker kring psykiatrins brukare och hur de tänker om sig själva som sådana. Det kan vara värt att påminna om benämningen om samtiden som det diagnostiska samhället. Psykiatrins vetandesystem utövar alltså inflytande redan i modellens nedre vänstra del, särskilt hos personer som





under många år haft kontakt med psykiatrin och andra välfärdsorganisationer. En mångårig kontakt med psykiatrin, påminner Alain Topor (2004), kan framkalla institutionsskador.

Den springande punkten

Den springande punkten i dessa resonemang kring integration är den långa länkningen mellan å ena sidan brukarnas upplevda behov, önskemål och erfarenhet, och å andra sidan samhällets organiserade hjälp och service till samma personer. Integrationen uppstår när brukarperspektivets innehåll rinner in i och förändrar arbetssätt inom psykiatriska verksamheter. Det uppkommer en ny blandning av *doxa* på psykiatriska fält, nya kombinationer av föreställningar, erfarenhet, förhållningssätt, moral, metod, klientsyn och allt som tillhör tankefigur och arbetssätt.

Det finns en del viktiga saker att tänka vidare kring i en sådan här beskrivning av integration. Det gäller exempelvis vilka återkopplingsmekanismer som finns i de olika länkningarna och därmed vilka läroprocesser som kan tänkas uppkomma. Andra frågor är brukarnas kontroll över viljebildning och erfarenhetssammanställning liksom brukarrepresentanternas mandat och återkoppling.

Brukarrepresentationen kan förmodligen bidra till att skänka psykiatrin legitimitet, främst genom att verksamheten kan få bättre verktyg för att avgöra när man gör rätt saker i vård och service. Psykiatrin kan via brukarrepresentanter kanalisera och ta hand om missnöje och kritik på ett kontrollerbart sätt. Det borde bidra till en ökad tilltro till verksamheten. Fast det kan också bli så att kraven från brukarna växer snabbare än psykiatrin förmår att anpassa sig till reella behov, och då är risken överhängande att man genom ökade insynsmöjligheter får en försämrade legitimitet – i vart fall kortsiktigt.

Och för brukarrepresentanterna kan en integration av brukarperspektivet i psykiatrin innebära personliga utvecklingsmöjligheter och lärande. För en del brukarföreträdare kan det rent av bana väg för jobb och karriärvägar. I Danmark har omkring 200 personer med erfarenhet av psykisk sjukdom anställts inom psykiatri. Det började som ett projekt i Århus 2004 (Ershammar 2007, s. 15), och Norge följer efter.





Men hela tiden måste den kritiska frågan resas: hur påverkas brukarperspektivet då det integreras och görs tillgängligt i och för olika verksamheter inom samhällets psykiatri? I vilken mån innebär denna integration samtidigt en invasion av expertvetande, en så kallad kolonialisering av människors livsvärld och vardagssammanhang?

8.3 Integration av expertvetande i ett brukarperspektiv

Den andra integrationsrörelsen vänder på riktningen. Här är integreras expertvetande i utformning av individuellt designade välfärdstjänster för att möta medborgares sammansatta behov. Personer med psykiska funktionshinder uppvisar ofta just sammansatta behov och har ofta kontakt med flera hjälporganisationer och myndigheter på grund av sitt lidande. Inte minst kommunal psykiatri.

En bra illustration på integration av expertvetande i brukarperspektiv” är Laila Genzels insiktsfulla och fina bok *Nätverkskontraktet. Ett verktyg i återhämtning*. Det finns ytterligare en undertitel till boken: ”Ett strukturerat samarbete mellan patient-närstående-psykiatrin.” I boken beskriver hon ett integrerat arbetssätt med professionella och närstående som motsvarar behoven när de maniska skoven sätter in. I förordet kopplar läkaren Tuula Wallsten boken till Jaakko Seikkulas erfarenheter av nätverksmetoder i finsk psykiatri när hon kort presenterar nätverkskontraktets modell:

Den modell hon beskriver i boken ger förutsättningar för ett snabbt agerande vid signaler om återinsjuknande. Handlingsprogrammet är väl genomtänkt och överenskommelserna är förankrade i tydliga kontrakt, vilket är bokens huvudtema...

En förutsättning för ett framgångsrikt arbete av detta slag är en psykiatri som agerar för en tydlig inriktning på arbete i familjen och det sociala nätverket.

Ett annat exempel på försök att integrera expertkunskaper i ett brukarperspektiv är familjecentraler som växt upp runt om i landet. ”I en sådan central samordnar olika yrkeskategorier som barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, psykologer, förskollärare och socialsekreterare sina resurser till en gemensam





enhet i till exempel ett bostadsområde. Fördelen med familjecentraler är att de främjar närhet, helhet och kontinuitet”, skriver brukar- och anhörignätverket i *Så vill vi ha det*, en rapport till Nationell psykiatrisamordning.

Ett liknande exempel är barnvården i Västbus, där 49 kommuner och Västra Götaland-regionen sedan 2005 utformat riktlinjer för samverkan, så att barn och ungdomar med psykisk, psykiatrisk och social problematik inte ska hamna mellan ”stolarna”.

Ett tredje exempel är Ekens demensboende som beskrevs av Insidans reporter Malin Nordgren (DN 15/12 2007).

På den här avdelningen på Ekens äldreboende i Järfälla finns inga 'måsten' som styrs av rutiner. De nio boende, alla drabbade av demenssjukdom, är olika individer och det är utgångspunkten i arbetet, förklarar personalen. Känner man för att ligga länge på morgonen, så gör man det. Vill man äta frukost i sängen, så gör man det. Personalen är hjälppjag som försöker hjälpa de boende att ha så hög livskvalitet som möjligt.

Statsvetaren Benny Hjern (2007) menar att ”tjänstesamhällets organisering för produktion av varor och tjänster” bättre kan möta sammansatta behov än industrisamhällets specialiserade ”stuprörsorganisationer”. Att utforma och anpassa tjänster för personer med sammansatta behov kräver att specialisterna integrerar sina insatser och kommer fram till vem som gör vad, och när.

Låt oss för resonemangets skull ta utgångspunkt i en person som är i behov av service från flera hjälpare. Vårdsystemet använder ofta uttryck som ”dubbeldiagnos”, ”samsjuklighet” eller komorbiditet för patienter med behov av hjälp från två eller flera sjukdomar, och det händer ofta att den ena vårdgivaren förutsätter att den andre gjort sitt innan man själv kan ingripa. Och vice versa. Därför riskerar personer med flera hjälpbehov att falla mellan stolarna och bli utan hjälp. Beskrivningen av *Mustafa 54 år* som följer nedan, handlar om ett sammansatt hjälpbehov. Berättelsen är hämtad från ”Vad är psykiskt funktionshinder” (SOU 2006:5, s.18-19).





Mustafa är en kurdisk flyktning som beviljats politisk asyl i Sverige. Han kom till Sverige för fyra år sedan. I iranska Kurdistan arbetade Mustafa bland annat som byggnadsarbetare. Han har gått i skola endast tre år och förmodas ha begränsade läs- och skrivfärdigheter på sitt eget språk. Mustafa bor i en hyreslägenhet anvisad av flyktningmottagningen i en mindre mellansvensk kommun. Det finns några fler kurder i kommunen, men Mustafa har endast sporadisk kontakt med dem. Han berättar inte gärna om sin bakgrund och om sina upplevelser, men asylskälen talar för att han kan ha varit utsatt för en längre fängelsevistelse eventuellt med inslag av tortyr. Mustafa har aldrig haft något arbete i Sverige, och han har inte lärt sig svenska så bra att han skulle fungera på särskilt många arbetsplatser. Han har gått SFI (svenska för invandrare) under flera år med måttliga resultat. Mustafa försörjer sig på socialbidrag. Han mår inte bra, tycker socialsekreteraren, som remitterat Mustafa till psykiatri för bedömning. Mustafa var mycket misstänksam mot den psykolog han fick träffa, och kontakten avslutades efter ett par besök. Den psykiatriska bedömningen blev osäker – man funderade på om patienten kunde lida av "PTSD (posttraumatisk stressyndrom) med paranoida inslag". Mustafa verkar ha något större förtroende för primärvården. Han går ofta till vårdcentralen och söker för sina besvär med värk i hela kroppen och för sin dåliga sömn. För husläkaren har Mustafa berättat att han är väldigt rädd för "repressalier" av olika slag. Han sover alltid med lamporna tända i sin lägenhet och törs aldrig vistas utomhus när det är mörkt.

Mustafa är en person med psykiska funktionshinder. Det är inte utrett vilken psykisk störning han lider av, men tillräckligt mycket talar för att psykisk sjukdom bidrar till hans starkt inskränkta dagliga liv. Möjligen bidrar någon form av kognitiv begränsning, vilket heller inte är utrett. Problemen har funnits under flera års tid, och inget talar för att han är på väg att komma över dem. Mustafa har även konsekvenser av bristen på språkkunskaper och mer generellt – invandrarskapets utsatthet. Han har påtagliga behov av hjälp från flera myndigheter och vårdgivare.

Människor i situationer liknande Mustafas behöver stöd från flera välfärdsorganisationer. Tanken i den här integrationsmodellen är att specialister från dessa organisationer tar hänsyn till samförekomst av flera svårigheter och koordinerar och riktar sina tjänster mot brukarnas personliga och kontextbundna problemsituationer. Det innebär att professionella hjälpare anpassar sina tjänster efter behov som råder "där ute" och efter de handlingsmöjligheter som ges där.





Det innebär, skulle jag vilja tillägga, ett yrkesperspektiv där man medräknar klienten i utformningen av tjänsten, med vissheten att det i grund och botten är personens hantering av problemsituation och sjukdom som är avgörande för positivt utfall och återhämtning. Alain Topor (2004, s.29) påpekar att de flesta personer som återhämtat sig talar om återhämtning som en ”utvecklingsprocess” och betonar därför individens aktiva medverkan i återhämtning från psykiska sjukdom:

En person kan inte återhämtas. Återhämtning är alltid följden av ett arbete som individen själv gör, oftast med hjälp av andra. Att tala om återhämtning innebär därför att man erkänner brukarens aktiva och avgörande medverkan i sitt eget liv (Topor 2004, s.27).

Specialister kan på olika sätt underlätta och stödja på olika sätt, bland annat genom att samordna sina insatser. Att det kan vara fråga om behov av ett mångsidigt stöd har med återhämtningens livsomdanande process att göra. Topor hänvisar till William Antony (1993):

Återhämtning beskrivs som en djup personlig, unik förändringsprocess av attityder, värden, känslor, mål och/eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredställande, hoppfullt och konstruktivt liv även inom ramen för de begränsningar som sjukdomen skapar. Återhämtningen kräver att man utvecklar en ny mening med livet och nya livsmål, samtidigt som man lämnar mentalsjukdomens katastrofala effekter bakom sig (Topor 2004, s. 28)

Det finns anledning för olika experter att samarbeta för att understödja sådana återhämtnings- eller utvecklingsprocesser. Det kallar Hjern ”reellt samarbete” och det är alltså en integration av specialistvetande och specialistinsatser på brukarens arena och i förhållande till brukarens livssituation.

Det finns exempel på integrerad vård från flera områden, exempelvis rehabiliteringsverksamheter, integrerade insatser för äldres sammansatta behov, eller palliativ vård. Men två arbetsformer inom psykiatrin som stämmer särskilt väl överens med Hjerns beskrivning av ”reell samverkan” nämligen *Case Management* inom sjukvårdens psykiatri, och *personligt ombud*. Personligt ombud kan på uppdrag av uppdragsgivaren fungera som samordnare av insatser inte bara från offentliga organisationer utan även





andra parter av vikt för uppdragsgivarens livssituation och svårigheter. Båda dessa funktioner förbereder för specialister att nå fram med sina bidrag när klienten är mottaglig och tiden är lämplig. De kan också ge värdefull återkoppling till specialister i psykiatri, primärvård, försäkringskassa, arbetsgivare, arbetsförmedling, etc.

I denna integrationsriktning följer organisationerna genom sina anställda specialister med i rörelsen ut mot brukarnas livsvärldar och faktiska livsomständigheter.

Hjern pekar på behovet av att organisationernas chefer och dess politiska ledning utvecklar styrning som belönar arbetssätt som främjar samverkan och integrerade insatser för personer med sammansatta behov. I stuprörsorganiseringen av välfärd missgynnas organisationer som tar sig an medborgare med sammansatta problem, eftersom dessa är resurskrävande. I organisationer fokuserade på väl avgränsade, ensartade behov utestängs därför ofta nödlidande personer med sammansatta behov. De blir inte sällan en slags trygghetssystemets nomader, som vandrar runt i välfärdssystemet utan att få adekvat hjälp. Ett annat uttryck är trygghetssystemets Svarte Petter, en besvärlig och kostnadskrävande klient som berörda hjälpinstanser anser att någon annan har ansvar att ta hand om.

Problemet i denna integrationsmodell är alltså att organisationer som borde samverka och dra sitt står till stacken, prioriterar ned eller prioriteringar bort personer i målgruppen. ”För sammansatta behov visar studier att personer som har dem inte är högt prioriterade i alla organisationer som på ett eller annat sätt skulle behöva engagera sig för dem. Behovspersonerna faller mellan stolarna” (Hjern 2007, s.50).

Det märks inte mycket av denna integrationsmodell i det samordningsarbete som framkommer i materialet. Jag kan dock se spår av den i Småland, där studiecirkeln kunde kalla till sig experter när de hade frågor som bekymrade dem, och där experter kunde förhålla sig till redan befintlig problemhantering. Den skönjdes också genom det förhållandet att samordningsarbetet organiserades utifrån en integrationsfunktion på brukarnas arena, nämligen personligt ombud, vars klientattityd och arbetssätt lyste igenom i arbetet med inflytandesamordning.





Denna form av integration förefaller ha funnits i tanken hos samordnaren i Halland när hon skrev:

Det har varit intressant att upptäcka att arbetet som brukarsamordnare kan spänna över så många andra områden än psykiatrin. Samtidigt som det har bidragit till att arbetet känts mer splittrat och utspritt. Intresse utifrån har visats för tjänsten, till exempel har frivilligsamordnare, anhörigarbetare och personliga ombud varit intresserade av brukarsamordnarens roll.

Samordnaren i Halland pekar här på samordnarens uppgift att länka andra organisationer än psykiatrin till de hjälpbehov som många brukare inom psykiatrin upplever. Det är åter igen en fråga om sammansatta behov. Professor Benny Hjern efterfrågar en policy som understödjer ett integrerat välfärdsarbete:

När det gäller sammansatta behov som fordrar professionell samverkan behövs en annan startpunkt för analysen än den som utgår ifrån ensamma organisationer. Det är inte säkert att det finns policy för sammansatta behov. Det verkar inte finnas systematiska organisatoriska arrangemang ordnade för dem, och då faller de som har behoven "mellan stolarna" eller sänds runt från specialist till specialist utan att någon egentlig tjänst organiseras för dem. Också sådana behov behöver analyseras om bättre systematik ska utvecklas, om lärande organisering ska komma till stånd, om organisationers specialister ska lära sig samverka (Hjern 2007, s. 49).

8.4 Integration av andra ordningen

Mycket återstår att uppfinna när det gäller brukarsamordning. Hittills har integrationen diskuterats i två olika riktningar, dels hur brukarperspektivet kan integreras i psykiatrin (8.1) och dels hur psykiatrin och andra berörda verksamheter kan integrera sina insatser visavis sammansatta behov (8.2). Ofta tänker man i det senare fallet på tvärfackliga team (Payne 2000), och "reell samverkan" mellan samhällets specialister som inte längre behöver hindras av stuprörsorganiseringens förenklingar och klientanpassningsmekanismer.





Möjligen finns här också något tredje – en regelöverskridande integration. I dagen situation lägger man ofta på klienten att ställa om efter olika förväntningar som inblandade organisationer riktar mot sina klienter. Varför inte ställa dessa krav på rollväxlingar på de professionella hjälparna i stället?

Kanske kan man tänka sig den professionelle specialisten som en ny typ av generalist, som integrerat expertvetande på olika områden som aktualiseras vid sammansatta behov, och att denne anställdes av flera berörda organisationer, så att en och samma personal kunde kanalisera resurser från olika välfärdsorganisationer. Då kan samverkan mellan organisationer och myndigheter ske inom en och samma person. Det borde medge extremt förbättrad integration, logistik och resursanvändning. Vore inte det praktiskt?





9 ATT TÄNKA PÅ NÄR DET GÄLLER BRUKARSAMORDNING

När man arbetar med människor med sammansatta behov av stöd och hjälp från välfärdsapparaten, förefaller det vara en god idé att arbeta tillsammans med andra experter och människor i personens nätverk – om det finns några. Samverkansförfaranden av olika slag som integrerad vård eller integrerad psykiatri utgår ifrån denna idé.

Om man lägger ett användarperspektiv på specialistkunskap på olika behovsområden – förutom användningen av specialistkunskap i kunskaps-tillväxt och meritering av deltagarna – så kan samverkan i integrerad vård/stöd/behandling/service föra tillbaka specialistkunskaper till behövande brukare och göras användbara i personens livssammanhang. Kunskaper och metoder som är utprovade under kontrollerade, laboratorielika former kanske inte alltid fungerar i sammansatta, verkliga livssituationer. Just därför är det viktigt att specialisterna tar hänsyn till faktiska omständigheter hos brukarna och att de tar hänsyn till varandras bidrag i hjälpinsatserna. Den evidensbaserade praktiken kan då relatera sig till effekter på den enskilde klienten och eventuell återhämtning eller kontroll över de svårigheter personen handskas med, och som påkallade hjälpsystemets insatser.

Nationell psykiatrisamordning har fokus på brukarinflytandes metoder eller former, exempelvis brukarrevision, brukarens anställning i organisationen, brukare som utbildare, brukares representation i arbetsgrupper och beslutsfattande grupper. Dessa inflytandeformer är rätt så mekaniska, konventionella och traditionella. Tankefiguren påminner om 1970-talets demokratisering av arbetslivet där facketes ställning stärktes, bland annat med representation i bolagsstyrelser, rätt till information enligt medbestämmandelagen, skyddsombudens stärkta ställning. Det är givetvis en förstärkning av brukarinflytandet att samhällets psykiatri kommer i kontakt med brukarnas erfarenheter och att dessa kan överföras till psykiatrin genom en rad metoder. Men vad betyder i så fall ”patienten i centrum”?

I förra kapitlet pekade jag på bristande uppmärksamhet för de processer där brukares vilja och erfarenheter kommer till uttryck, så att det kan bilda en bas till en konkret brukarpolitik. Hur skapas en lokal brukarpolitik





som är förankrad i brukarnas samlade erfarenhet och vilja, och anpassad så att psykiatrin kan smälta och tillgodogöra sig brukarperspektivets innehåll? Brukarsamordnaren har en central uppgift i utformningen av en brukarpolitik som är förankrad i brukarnas verklighet och anpassad till psykiatrin. Detta är ett länkningsarbete i flera steg där brukarsamordnaren får koordinera sig med andra aktörer. På så vis kan man också tänka sig att nya, mer ändamålsenliga former för inflytande skapas, sådana som utvecklar psykiatrin, och inte tvärtom former som uppstått inom psykiatrin som riskerar att låsa brukarrörelsen vid psykiatrins stela arbetssätt och regelstyrning. Så kan man tänka med hjälp av Ulrich Becks idé om en ”regelförändrande politik” (Beck 1995): Hur kan man utifrån ett brukarperspektiv skapa en politik som kan praktiseras i förnyelsearbete av den offentliga psykiatrin och andra berörda organisationer?

Så sett är det ingen liten uppgift som brukar(inflytande)samordnaren har att arbeta med. Men det är en uppgift som har framtiden för sig.

Jag ska avsluta den här texten med ett antal punkter som man kan beakta i sin kommun, verksamhet eller intresseorganisation när brukarsamordning kommer på tal. Punkterna har utvecklats tillsammans med Bertil Martinsson (primärvården, Borås), Bengt-Arne Andersson (vuxenpsykiatri, SÄS) och Per-Åke Karlsson (fil dr, FoU Äldreväst).

1. Det är värt att tänka brukarsamordnarens övergripande uppgift som
 - (a) att göra brukarperspektivet gällande i en form som kan smältas och tillgodogöras av samhällets psykiatri och andra berörda organisationer. En sådan praktisk politik utformas genom systematisering och förädling av brukares erfarenheter, vetande och önskemål. I denna process finns flera aktörer. Dess slutpunkt är att förändra, förnya och effektivisera välfärdsorganisationernas arbete med målgruppers och individers sammansatta behov. Integrationsriktning: från individ till system.
 - (b) att göra brukarperspektivet gällande i en form som visar nyttan av trygghetssystemets samverkan för att på ett adekvat sätt utforma tjänster till brukare med sammansatta behov. Integrationsriktning: från system till individ.





2. Det är värt att tänka på att brukarsamordnaren bör vara förankrad både i vårdvärlden och i brukarnas värld, för att lyckas med länkningsen mellan dessa världar.
3. Det är värt att tänka på att man inte kan begära att brukarsamordnaren och hans eventuella stödgrupp ska få genomslag för ett brukarperspektiv i en miljö som är marinerad av ett expertperspektiv sedan många år tillbaka. Att bistå samordnaren med hjälp att sätta realistiska mål och rimliga delmål kan minska risker för misslyckanden och besvikelse.
4. Det är värt att tänka på att ta hänsyn till lokala förhållanden och utgå ifrån lokala initiativ. Då kan man som brukarsamordnare arbeta för delaktighet i alla led.
5. Det är värt att tänka på att en lokal brukarpolitik kan utvecklas genom sammanställningar av erfarenheter, behov och önskemål hos olika brukargrupper.
6. Det är värt att tänka på att brukarsamordnarens anställning har betydelse för vad som kan utföras av brukarsamordnaren, och vem som bestämmer över honom. ”Den som betalar kusken bestämmer vart han kör.” Det finns olika kopplingar att överväga, t ex anställning i vårdorganisation, konsult med framförhandlade befogenheter, anställd av brukarorganisationer eller konsortier av brukarorganisationer, anställd av oberoende part, personligt ombud eller ett företag som specialiserar sig på detta kanske är något för framtiden.
7. Det är värt att tänka på brukarsamordnarens placering i geografiskt rum och miljö, liksom inplacering i organisation. Miljön ger en mängd referenser och bestämmer tillsammans med positionen i hög utsträckning mandat, resurser och arbetsfältet för samordnaren,





liksom det påverkar rollförväntningarna och referenspunkter för närhet och distans till andra parter i brukarsamordning.

8. Det är värt att tänka på att rollen som brukarsamordnare på ett ytplan kan bestämmas tekniskt och instrumentellt, men att den praktiska brukarsamordnarens roll utformas i en interaktiv process med rollförväntningar hos personer och funktioner och organisationer som berörs av brukarsamordnarens uppgift.
9. Det är värt att tänka på att brukarsamordnaren bör ha tillgång till maktresurser, eftersom brukarperspektivet ska göras gällande i syfte att förändra *doxa* och arbetssätt i psykiatrin. Man bör därför räkna med motstånd från personal som känner sig främmande för *brukarvetandet och brukarviljan*. Det är därför viktigt att konkreta förslag till förnyelse är transparenta, väl underbyggda och kan motiveras i en dialogisk process.
10. Det är värt att tänka på att positionen som brukarsamordnare är mycket utsatt, eftersom dess idealläge är att befinna sig mellan psykiatrins värld och brukarnas värld, och på olika sätt länka dessa verkligheter. Därför bör uppdraget förse med särskilt stöd, exempelvis med tillgång till handledning, eller en stödjande referensgrupp.
11. Det är värt att tänka på att brukarsamordnaren inte kan fungera om psykiatrin inte vill ha in brukarperspektiv i sin verksamhet. Då är det viktigt att man inte låtsas vilja det. Om man vill förnya arbetssätt genom att påverkas av brukarpolitik, så behöver brukarsamordnarfunktion stöd från högsta administrativa chefen och från högsta professionelle chefen.
12. Det är värt att tänka på att brukarperspektiv på vård och service är annorlunda än olika professionella gruppers yrkesperspektiv, eller politiska perspektiv på exempelvis delaktighet. Dessa skillnader kan





ses som förnyelsens drivkrafter, och ska därför inte tonas ned utan tvärt om göras tydliga i sak och konsekvens.

13. Det är värt att tänka på att förnyelse av psykiatrins arbetssätt i sista hand är beroende på i vilken mån personalen tar till sig brukarperspektivets kunskap och anpassar arbetssättet för brukarens bästa. Man bör i alla lägen kunna motivera förändringar och förväntade vinster, och lita på samtalets, argumentens och dialogens förändrande effekter.
14. Det är värt att tänka på att brukarsamordning bör planeras som en permanent del av psykiatrins förnyelsearbete, och att man därför tänker på att skapa långsiktighet i anställningsformer och metodanvändning.
15. Det är värt att tänka på att brukarsamordning i de undersökta fallen har varit starkt beroende av stöd från inflytelserika personer i maktpositioner. I alla de fyra undersökta fallen har det funnits starka personer i bakgrunden, Lars-Olof Ljungberg i Malmö och Halland, Lise-Lotte Risö Berglind i Borås och John di Bie i Småland.





REFERENSER

- Arman, R. (2007). *Växeln, hallå hallå. Samordning och integrerad vård för äldre*. Licentiatsuppsats. Göteborgs Universitet, Handelshögskolan.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2007). Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktik tillämpning. I Axelsson, R. & S. Bihari Axelsson (red.) *Folkhälsa och samverkan. Mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) (2007). *Folkhälsa och samverkan. Mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Beck, U. (1995). *Att uppfinna det politiska. Bidrag till en teori om reflexiv modernisering*. Göteborg: Daidalos.
- Billqvist, L. (1999). *Rummet, mötet och ritualerna. En studie av socialbyrå, klientarbetet och klientskapet*. Akademisk avhandling. Skriftserien 1999:4, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Bourdieu, P. (1992). *Texter om intellektuella*. Stockholm/Stenham: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Broady, D. (1991/2005). *Sociologi och epistemologi: Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*. <http://www.skeptron.uu.se/broady/sec/p-broady-91-book.pdf> (2005) Hämtad i dec. 2007.
- Broady, D. (1988). Kulturens fält. Om Pierre Bourdieus sociologi. *NORD-ICOM-nytt/Sverige*, nr 1-2. <http://people.dsv.su.se/jpalme/society/pierre.html> hämtad januari 2008.
- Dahlberg, M. & Vedung, E. (2001). *Demokrati och brukarutvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999). *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, B. (2000). *Samverkan. Himmel eller helvete*. Stockholm: Gothia.
- Ershammar, D. (red.) (2007). *Hitta Rätt! Vägledning till brukarinflytande i psykiatri och socialtjänsten*, Inflytandeguiden.se
- Fallon, I, Fadden, G., Borell, P., Kärräng, L., Ivarsson, Bo. & Malm, U. (1997). *Integrerad psykiatri. Medicinsk, social och psykologisk behand-*





- ling. Värnamo: Psykologia. På nätet: <http://home.swipnet.se/skills/bok.html>
- Gentzel, L. (2006). *Nätverkskontrakt. Ett verktyg i återhämtning*. Stockholm: RSMH/Föreningen balans.
- Hasenfeld, Y. (1992). The nature of human service organisation. In Yeheskel Hasenfeld (Ed.) *Human services as complex organisations*, pp 3-23. Newbury Park, California: Sage.
- Hellberg, I. (1978). *Studier i professionell organisation. En professionsteori med tillämpning på veterinäryrket*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet.
- Hjern, B. (2007). Samverkan – inneord eller en utmaning för den svenska modellen. I Axelsson, R & S. Bihari Axelsson (red.) *Folkhälsa och samverkan. Mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Hummelvoll, J.K. & Eriksson, B. (2005). Psykiskt hälsoarbete och brukarperspektivet – några inledande reflexioner. I Beston, G. m.fl. (red.). *Det nödvändiga brukarperspektivet i psykiskt helsearbeid*. Rapport 8/2005. Højskolen i Hedmark.
- Høybråten Sigstad, H. (2004). Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskrift for Den norske laegerforening*, 124, s. 63-64.
- Lindqvist, A-L. (2007). *Att främja inflytande för psykiskt sjuka och funktionshindrade. Ett utvecklingsarbete inom vård och omsorg. Utvärdering av tio försök med brukarinflytandesamordnare (BISAM) i kommun och landsting*. Socialhögskolan, Stockholm Universitet.
- Malm, U. (2002) *Case management*. Lund: Studentlitteratur.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of Organizations*. New Jersey: Prentice Hall.
- Nationell psykiatrisamordning. *Så vill vi ha det. Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet*. Rapport 2006:6 till Nationell psykiatrisamordning. Kan hämtas på www.sou.gov.se/psykiatri/
- Nies, H. (2007). Introduktion. www.ehma.org/_fileupload/publications/1.8SWResourceBook.doc hämtad 21 nov. 2007
- Nordgren, M. (2007). De sjukas behov får styra vården. *Dagens Nyheter*





- 15/12 2007.
- Payne, M. (2000). *Teamwork in multiprofessional care*. London. Macmillan.
- Payne, M. (2002). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Regeringskansliet (2007) Insatser för psykiskt funktionshindrade. <http://www.regeringen.se/sb/d/3159> hämtad 30/12 2007
- RSMH (2002). Vardagsmakt. http://www.rsmh.se/vardagsmakt/lokala_exempel3.html hämtad 22/1 2002.
- Rönning, R. & Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser? Om brukarmedverking i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rönmark, L. (red.) (2005). *Personligt ombud. Erfarenheter från arbete med psykiskt funktionshindrade personer i Väster Götaland*. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Seikkula, J. (1996). *Öppna samtal. Från monolog till levande dialog*. Stockholm: Mareld.
- Selander, S. (red.) (1989). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.
- SOU 2006:100. *Ambitioner och Ansvar*. Stockholm: Fritzes förlag.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Österberg, D. (1977). *Makt och materiell. Samhällsteoretiska essäer*. Göteborg: Korpen.









ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad (ÄVS) är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom äldreområdet och området för funktionshinder. ÄVS har funnits sedan 1999.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med äldre och deras familjer
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet

De som står bakom ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn, Västra Götalandsregionen samt Högskolan i Borås. Dessutom stöds verksamheten av Socialstyrelsen.

Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom områdena äldre och funktionshinder.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler (mer om högskolan på www.hb.se)

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan www.aldrevast.hb.se.

Där finns bland annat beställningsformulär för tidigare utgivna rapporter.

ÄldreVäst Sjuhärad, Högskolan i Borås, 501 90 Borås, tel: 033-435 40 00, www.aldrevast.hb.se

