

*Jonas Pils*

# **Personalens syn på brukarinflytande i psykiatri**

Tankar och erfarenheter från kliniskt verksam personal

FoU-enheten  
Psykiatri Södra Stockholm  
2011

2011

FoU-enheten  
Psykiatri Södra Stockholm  
Stockholms Läns Sjukvårdsområde  
Sköntorpsvägen 29  
120 38 Årsta

### **Tack till**

Samtliga på Forsknings- och utvecklingsenheten i Psykiatri Södra Stockholm: Alain Topor, chef för FoU-enheten och min handledare som bidragit med många värdefulla råd och frikostigt delat sitt arbetsrum med mig under hela perioden. Anne Denhov och Sara Holmqvist, också på FoU, har även de varit med under hela processen och bidragit med värdefull återkoppling. Klas Sundström, brukarinflytandesamordnare i Psykiatri Södra Stockholm, har stött projektet från dag ett och bistått på olika sätt. Studien hade heller inte gått att genomföra om inte Filipe Costa, numera f.d. verksamhetschef för Psykiatri Södra Stockholm, gett medarbetarna i organisationen möjligheten att göra den här typen av studier. Jag vill också tacka min förra chef Lena Nord för att hon ansåg det värt att låta mig vara borta från mitt vanliga arbete. Sist men inte minst vill jag rikta ett stort tack till alla medarbetare som ställt upp och låtit sig intervjuas av mig.

# Bakgrund

Redan 1993 sade Världshälsoorganisationen att brukare är bättre lämpade att beskriva sina problem än professionella (WHO 1993), och brukarperspektivet har på senare år uppmärksammats nationellt (Socialdepartementet 2006; Socialstyrelsen 2008; SOU 2006; NSPH 2007) såväl som internationellt (FN 2008; WHO 2005). Även om vissa komplikationer uppstod när brukarinflytande började implementeras i det svenska samhället (Jarl 2002) så var det relativt oproblematiskt att medborgarna, eller brukarna, fick vara med och påverka den offentliga servicen. Men vad händer när exempelvis missbrukare ska vara med och styra sin behandling, eller psykiskt funktionshindrade ska ha inflytande över sin? Då är det för många professionella inte längre lika oproblematiskt med brukarinflytande (Johansson 2006; Larsson 2008; McCann m.fl. 2006).

Som förarbete till denna rapport gjordes en litteraturstudie på över 50 artiklar om brukarinflytande i psykiatri. Både den nationella och internationella litteraturen som gick igenom var samstämmig i att ett av de största hindren mot ökat brukarinflytande i psykiatri är den professionella personalens negativa inställning till det (Connor 1999; Hagberg 2006; Johansson 2006; Lammers & Happell 2003; Lindquist 2007; Lloyd & King 2003; Middleton m.fl. 2004; Rose m.fl. 2003). Ändå har det bara gjorts ett fåtal studier som undersökt hur klinisk personal ser på brukarinflytande och dessa har nästan enbart använt sig av enkäter och frågeformulär. I litteraturstudien återfanns endast en artikel som använt sig av djupintervjuer (Goodwin & Happell 2006).

De studier som undersöker psykiatrisk personals attityder gentemot brukarinflytande använder sig i regel av olika varianter av frågeformulär (Groom m.fl. 2003; McCann m.fl. 2006; Kent & Read 1998). I dessa får personal svara på hur mycket eller lite de håller med om olika påståenden. Detta översätts sedan till hur positivt eller negativt inställda de är till brukarinflytande. Om personalen exempelvis inte håller med om påståendet att patienter ska ha inflytande över vilka som anställs på enheten ses detta som att personalen är negativt inställd till det. Och när personalen är negativt inställd till brukarinflytande brukar artikelförfattarna filosofera om orsaken till detta, vilket ofta förklaras med personalens ovilja att ge upp makt, deras värderingar och människosyn (Groom m.fl. 2003; Hagberg 2006; Johansson 2006; McCann 2006). Vad som genomgående saknas i litteraturen är personalens egen motivering eller förklaring till varför de tycker som de gör. Frågeformulären tar reda på om personalen är positivt eller negativt inställd till olika påståenden om brukarinflytande men tar inte reda på varför.

Det finns en stor mängd litteratur om brukarinflytande och ett konsensus kring att det är viktigt och bör genomsyra psykiatrin. Litteraturen säger också att attityder hos personal spelar en central roll vad gäller hinder för ökat brukarinflytande. Trots det har den kliniska personalens perspektiv på brukarinflytande studerats i mycket begränsad omfattning. Detta innebär att kunskapsläget gällande hur personal ser på brukarinflytande är begränsat, och vidare att kunskapsläget vad gäller orsaker till vad som i litteraturen benämns som negativa attityder också är det. Som Topor och Denhov (2008) skriver består evidens av tre källor: forskning, brukares erfarenheter samt professionellas erfarenheter. I denna rapport är fokus på det sistnämnda.

### **Syfte och frågeställning**

Studien syftar i första hand till att undersöka hur personal i psykiatrin ser på och tänker kring brukarinflytande. Vad betyder det för personalen? Vilka problem kan finnas med det? Förhoppningen är att studien kan förbättra kunskapsläget och nyansera debatten samt eventuellt också ge en klarare bild av vad litteraturen benämner som negativa attityder personal har gentemot brukarinflytande.

### **Metod**

19 medarbetare inom Psykiatri Södra Stockholm ifrån professionerna mentalskötare (12 st), sjuksköterska (6 st) och läkare (1 st) har intervjuats. Tio kvinnor och nio män. Enheterna där personal intervjuats har varit Enskede-Årsta-Vantör socialpsykiatriska enhet (SPE), Farsta-Skarpnäck SPE, Södermalm-Gamla Stan SPE samt Ytterö behandlingsenhet. Nästan alla intervjuade har erfarenhet av att ha jobbat i både öppen och slutna vård, och åldersspannet sträcker sig från 29 till 59 år. Personal på enheterna fick information om studien på arbetsplatsmöten och via mejl och anmälde sig sedan frivilligt. Intervjuerna var semistrukturerade och följde delvis en frågemall med frågor om brukarinflytande. Intervjuerna spelades in och transkriberades för att sedan struktureras och analyseras kvalitativt. Programmet som användes för den kvalitativa analysen var Nvivo.

### **Begreppet brukarinflytande**

Civildepartementets definition, ”Med brukarinflytande avses således medborgarnas möjligheter att såsom användare av offentlig service påverka tjänsternas utformning och kvalitet.” (Ds 1991:18, s 38), är den definition som används i denna rapport i den mån begreppet på förhand behöver definieras. Eftersom rapporten drivs av de intervjuades svar är det dock i första hand personalens bild av vad brukarinflytande är som definierar begreppet.

Ershammar (2007) talar om tre olika organisationsnivåer av brukarinflytande: Individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå. Denna rapport fokuserar i första hand på individnivån, exempelvis den enskilde psykiatriska patientens inflytande över sin vårdplan. Men igen, det är respondenternas svar som är ledande och det förekommer även resonemang om brukarinflytande på verksamhetsnivå och systemnivå.

**Ordval**

Patient eller brukare? I denna rapport används begreppet patient helt enkelt därför att det är det begrepp som de intervjuade använde. Det är också det begrepp som används i psykiatrin i allmänhet och av den kliniska personalen i synnerhet.

# Resultat

## **Begreppet brukarinflytande**

Här berättar personalen om hur de ser på själva begreppet och vad det betyder för dem. En invändning mot begreppet var att det används för att det är politiskt gångbart samt att det saknar egentligt innehåll för personalen. Det sägs att det är viktigt men det saknar innehåll.

*- Man pratar om brukarinflytande som något som är väldigt viktigt för att kvalitetssäkra vården, men man diskuterar inte så jäkla ofta vad det innehåller. Utan det blir ett sånt här ord som man svänger sig med för att det ska låta politiskt bra och man ska kunna säga det till beställarna när man håller på och sådär men samtidigt... att man inte diskuterar innehållet i det egentligen.*

Många var kritiska till själva ordet brukarinflytande. Ordet brukare används mycket sällan ute på enheterna och många tyckte att ordet brukarinflytande inte passade. Här talar en just om att begreppet inte fyller någon funktion, att det inte används i vardagen.

*- Brukarinflytande, det bara myntas ett uttryck... Man pratar om att man inte får säga psykiskt störd eller man får inte säga psykiskt... vad var det nu igen, utan det ska heta funktionshinder. Men det är ju ingen människa som använder det på något sätt och kommer förmodligen aldrig göra tyvärr. Det är bara ord som myntas och som ska användas men som inte görs.*

Kritiken är inte en kritik mot själva fenomenet brukarinflytande utan snarare själva ordet. På enheterna använder man i princip inte ordet brukarinflytande.

Ett par associerade begreppet till brukarorganisationer snarare än inflytande för den enskilde patienten. När det handlar om det kliniska arbetet med den enskilde patienten använde den här personalen istället begreppet patientinflytande.

*- När jag tänker på brukarinflytande då tänker jag på patientorganisationerna. När jag tänker på patientinflytande då tänker jag på de patienter som är här. Det är kanske en skillnad där. Brukarinflytande då tänker jag faktiskt mer på... lite vidare liksom, att använda det som intresseorganisation när det gäller politiska beslut och sådant. En slags lobbyism. Då tänker jag på brukarinflytande. På ett högre plan någonstans. Att organisationerna använder sin roll, brukarorganisationerna. Det är väl... det är brukarinflytande för mig.*

Andra tyckte att begreppet brukare inte passade när man var inlagd på en slutenvård utan istället bör användas i öppenvård. Detta som en konsekvens av att patienten i slutenvård har mindre frihet och måste underkasta sig avdelningens

regler. Här talar en också om att begreppet patient, speciellt på en avdelning, är förknippat med vissa rättigheter.

*- Ja det beror ju på hur du ser det. Jag gillar egentligen inte ordet brukare alls. Jag tycker det är helt malplacerat då det gäller någon som är patient på en sjukhusavdelning. För i mig så ligger etiketten patient att man har rättigheter. En brukare är ju någon som valt själv att på något sätt. Så jag vet inte om... egentligen kanske inte brukare är applicerbart enligt mitt synsätt inom slutenvården. Jag tycker det är fel begrepp.*

Flera menade på att det är bra att på olika sätt försöka närma sig vad begreppet innebär. Tala om det på enheterna osv. Detta var ännu inget man hade gjort men det efterfrågades. Nedan talar en om att brukarinflytande är något som behöver diskuteras. Och kanske inte enbart att det är organisationens brukarinflytandesamordnare som kommer och diskuterar med personalen utan att även personal själva sinsemellan har den möjligheten.

*- Det är väl det, en sak som har väckts hos mig nu, att det borde verkligen vara bra om man satte sig ner och pratade om det. Vad brukarinflytande är och så. Och inte att Klas kommer hit och pratar om brukarinflytande för oss, för det kan lätt uppfattas som förmaningar och så... Jag tror man behöver införa det lite grann som du gör nu på ett sätt. Man behöver införa det i tänket. Tydliggöra det. Vad betyder det här för dig och vad betyder det för oss och vad gör vi med det här egentligen?*

Tidigare talade en om att brukarinflytande ska fungera som en kvalitetssäkring av vården men att det saknas tydlighet i hur det ska gå till. Här är en annan inne på ett liknande tema, att vi behöver fundera över vad brukarinflytande innebär rent konkret i det kliniska arbetet.

*- Jag tror att man behöver spjälka ner det där på golvet. Hur ska vi använda brukarinflytande på avdelningen? Och hur ska vi göra det i öppenvården? Och precisera exakt så att "jaha", då förstår folk precis. Men innan så bryr man sig inte så mycket och man förstår inte riktigt vad det innebär.*

Respondenterna talar om att brukarinflytande är ett begrepp som saknar innehåll. Och för att få innehåll behöver det lyftas fram och diskuteras, spjälkas ner på golvet och preciseras så att det får en koppling till det praktiska arbetet.

### **Vad innebär brukarinflytande?**

Vad innebär brukarinflytande för personalen? Respondenten talar här om att brukarinflytande handlar om att patienten alltid ska vara delaktig i beslut som rör honom eller henne. Vårdplaneringen i stort, hembesök, medicin, osv.

*- Vad jag tänker att brukarinflytande för mig är att patienten eller kunden, jag kallar den nu patienten eftersom vi här kallar det för patienten, är delaktig i allting som rör honom eller henne. Själva vårdplaneringen när det gäller*



*kontakter med andra, hembesök, medicinering. Att man är delaktig i allting. Och blir informerad om alla ändringar och att man lyssnar på patienten.*

Andra talade mer om att patienten ska känna sig delaktig, bli sedd och respekterad. Där är fokus mer på en slags attityd personal bör ha och en känsla patienten bör få snarare än att patienten ska ha reellt inflytande.

*- Det är väl det att bli sedd. Att bli respekterad. Att man kan känna sig delaktig.*

Inflytande kom också upp många gånger. Att patienten ska ha inflytande över sin situation, dvs. att patienten i någon mening ska ha makt över sin vård.

*- Ja men är det inte det att man som patient ska ha liksom inflytande, nånting... över sin egen situation, t.ex. på avdelningen. Det är väl brukarinflytande. Att man har någon slags makt över saker och sånt som sker med en runt omkring en som patient. Det är väl det jag tänker när jag tänker brukarinflytande.*

En annan var också inne på just makt och talar här om att förflytta maktpositionerna. Även om man är inlagd på tvångsvård ska man bli bemött och tas på allvar.

*- För mig är det att man förflyttar maktpositionerna lite. Att man möts. Istället för att bara ha oss med nyckelknipporna som kan öppna och låsa dörrarna och säga till var man ska sitta och stå... att även om man är sjuk och även om man är inne på tvångsvård så kan man framföra saker och bli hörd eller bemött i det man säger. Sedan innebär det kanske inte att man har rätt. Men att man blir bemött och att det tas under, ja tas på allvar och diskuteras.*

Respondenten nedan talar om att brukarinflytande kan handla om att istället för att personalen har en massa idéer om vad som är problemet för patienten så frågar man patienten själv om vad den behöver hjälp med. Då slipper man också att dra igång saker som patienten ändå inte är intresserad av.

*- Jo men enskilda patientkontakter är det väl att försöka kartlägga vad vill patienten alltså, vad vill patienten ha för hjälp. För ofta är det ju att behandlarna har en massa idéer om vad det är för problem patienten har och vad man skulle behöva ha för hjälp med det. Men istället om man ställer frågan till patienten, vad behöver du ha för hjälp? Och den frågan missar jag ibland och försöker påminna mig själv... det här behöver jag fråga oftare. Istället för att dra igång en massa familjesamtal, man drar igång en massa saker och sedan är det inte något som patienten prioriterar på något sätt. Så det tycker jag är brukarinflytande, att hitta, försöka förstå, var står patienten någonstans?*

Nedan gör en skillnad på formellt och reellt inflytande. Brukarinflytande är inte bara att få tycka till utan att faktiskt bli hörd och ha möjlighet att påverka.

*- Att få ifrågasätta sin medicinering är en självklarhet. Det är inte brukarinflytande. Men att få sin röst hörd är det, att bli bemött, det är brukarinflytande.*

Olika respondenter lägger fokus på något olika aspekter av innebörden av brukarinflytande. En del menar att brukarinflytande handlar om att patienten ska känna sig delaktig alternativt ha möjligheten att säga vad den tycker. Andra talar mer om att patienten faktiskt ska *vara* delaktig och kunna påverka. Det är alltså en skillnad på att rent formellt ha möjligheten att få säga vad man tycker jämfört med att ha ett reellt inflytande så att det man säger faktiskt kan påverka exempelvis en medicinändring eller en vårdplanering, och det är skillnad på att känna sig delaktig och att faktiskt ha ett reellt inflytande.

Ett par tog upp makt och att brukarinflytande innebär att man förflyttar maktpositionerna. Även om patienten är på s.k. tvångsvård så ska den bli bemött och lyssnad på. Till sist såg flera respondenter brukarinflytande handla om att fånga upp patientens perspektiv och ta reda på vad den är intresserad av.

### **Varför ska man ha brukarinflytande?**

Vad är då meningen med att patienter ska ha inflytande? Många svarade att när patienten har inflytande över sin vård blir han eller hon mer benägen att också fullfölja den. Som människor vill vi bestämma över oss själva.

*- Människan är byggd så att jag vill ju vara med och bestämma över mitt liv, så enkelt är det tror jag. Att jag måste ha känslan av att jag kan bestämma över mitt eget liv och det gäller också vården och vårdens innehåll och även medicinering. Även om läkaren är auktoritet så ska läkaren i samråd med patienten ändra medicin eller sluta eller öka etc.*

En annan är inne på samma linje. Att patienternas perspektiv behöver tas i beaktning av psykiatrin, annars kommer patienterna bl.a. att sakna motivation att delta därför de inte känner sig sedda och lyssnade på.

*- Alltså det är ändå de som vi behandlar. Och det måste vara av väldigt stor vikt att faktiskt ta del av deras upplevelse och vad de tycker är verkningsfullt och meningsfullt. Jag menar har vi inte patienterna med på båten så är det tämligen meningslöst vad vi gör för någonting. Har vi dem inte med på båten så finns det inte någon motivation från deras egen sida att faktiskt delta. Om de finner att de inte blir sedda, inte hörda, att man inte lyssnar på vad de säger eller deras förslag osv., alltså om motivationen bara är något som vi ska fylla eller ge dem ett innehåll. Det måste komma från dem tycker jag.*

Om personalen bestämmer över patientens huvud är sannolikheten större att patienten inte kommer att göra det som bestämts. Det behövs en allians mellan patienten och behandlaren och detta får man delvis genom att patienten har inflytande.

*- Alltså du kan aldrig göra en vårdplan i öppenvården utan att de det gäller har ett inflytande. Då kommer de inte att komma till dina möten oavsett hur många brev du skickar eller hur många telefonsamtal du ringer. De kommer inte att öppna dörren när du kommer och plingar på heller. Om du inte har en allians. I varje sådant fungerande fall så finns det någon form av allians.*

Flera menade att brukarinflytandet kan fungera som återkoppling till organisationen och personal vilket i sin tur kan höja kvalitén på vården för patienten.

*- Vad de tyckte var bra och vad som var mindre bra. Det väcker ju saker i oss att vi faktiskt kan tänka på när vi möter våra patienter som vi kanske inte ens är medvetna om själv, saker vi gör fast som faktiskt inte är bra. Saker vi säger, saker vi gör. Beroende på om vi är på avdelningen eller i öppenvård. Tror man kan höja kvalitén för våra patienter. Det är ändå de det berör.*

Några menade att för att få en god vård behöver man ställa sig i brukarens skor, och när brukaren själv berättar utifrån sitt perspektiv så har man som personal en chans att göra det.

*- Ja, därför att... jag går ju till mig själv. Om jag kommer till vårdcentralen och känner att läkaren där inte lyssnar på vad jag säger så känner jag mig ganska kränkt av det, och inte respekterad och inte liksom... så. Jag försöker ju delvis att sätta mig i patientens sits också. Hur skulle jag själv vilja bli bemött? För jag tänker att det är jätteviktigt. Det får man inte tappa.*

En hamnade faktiskt i den psykiatriska patientens sits, om än för en mycket kort stund. Detta tyckte respondenten var en givande upplevelse.

*- Det skulle vara intressant att vara brukare. En gång var jag på Enskede-Årsta-Vantör socialpsykiatriska enhet, jag var härbärgeringspersonal som hade kört en läkare dit och sedan blev klockan 20.30 och de [personalen] visste inte riktigt vem som var patient och vem som var personal... vem jag var alltså. Så sa jag att "jo men nu måste jag åka hem", så sade de "men ursäkta vem är du?" och så prasslade de med sina papper. Det var intressant, känslan av att vara inlåst och inte riktigt bli trodd.*

Det finns således flera olika anledningar till varför man ska ha brukarinflytande. Å ena sidan sade vissa att om patienten får vara med och bestämma över sin behandling så ökar motivationen för den att fortsätta med behandlingen. Och omvänt att om patientens upplevelser och åsikter inte tas i beaktning så kommer den inte känna sig hörd och då kommer motivationen att fortsätta med behandlingen gå ner. Å andra sidan talade andra om att patientens perspektiv också kan fungera som återkoppling som förbättrar vården eftersom patienterna kan komma med information och berätta saker som personalen eller

organisationen inte är medveten om. Till sist var ett par inne på att det är viktigt att *ställa sig i patientens skor* och försöka uppleva saker som patienten upplever det för att bättre förstå patienten.

### **Problem med brukarinflytande**

Nedan talar personal om problem som kan uppstå när man arbetar med brukarinflytande. Även vissa lösningar på problemen presenteras.

Några tog upp ett problem med brukarinflytande som gick ut på att när man som personal har ansvar för att fånga upp patienternas åsikter och låta dem påverka en så kan det bli så att de patienter som har en förmåga att "ta för sig" får mest vård. Och tvärt om att de patienter som inte klarar av att ta för sig får mindre vård.

*- Man tillmötesgår för att undvika konfrontation med patienten och många gånger blir det sådär... en del tar för sig. Och de får de mer. De som inte tar för sig, de får mindre. Så går det till faktiskt. Och det är inte unikt här, det är alla ställen det funkar så på. På alla sjukhus och vårdenheter. De som hörs, gapar och sådär, deras krav tillmötesgår man. Mycket mer än någon som bara är tyst och så.*

En talade om att idén om brukarinflytande kan bli problematisk när en patient är manisk och att man som personal ibland tydligt måste gå emot patientens vilja.

*- Jag tänker på maniker t.ex. Där är det ju mycket. De vill göra det de vill göra det osv., där det på något sätt ingår i behandlingen att inte gå med på det som patienten vill.*

*- Hur gör man då?*

*- Nä man har väl något... det ena är väl bra om man har pratat om det innan. Så att patienten på något sätt... att man kan hänvisa till det som sagts tidigare, en överenskommelse. Om man har en tidigare erfarenhet av att det här har inte varit bra. Man har kunskap om patienten. Har en relation redan innan. För då är det mycket lättare att säga ifrån. Att det där får du inte göra. Ofta hamnar patienterna också under tvång i de där situationerna. Men då är det lätt att stå för det om man har en relation till patienten tänker jag.*

Det blir alltså lättare att stå för att man säger nej till en patient om man först har en god relation till patienten. Det hjälper också med erfarenhet från tidigare vårdtillfällen och kanske till och med att man gjort en överenskommelse.

En annan tankegång kring detta med att brukarinflytandet kan behöva begränsas var att det behöver finnas en slags "styrning" för att inte brukarinflytandet ska gå överstyr.

*- Ja vad ska man säga som blir fel. Ja alltså om patienterna får överta hela makten och de ska sköta allt, de ska sköta medicinering och allt själva, jag menar*

*det är inte riktigt seriöst. Så det är på det sättet jag menar, det behövs en viss styrning och struktur, en sådan behöver finnas. För jag menar våra patienter är mycket här delvis pga. att de är strukturlösa och gränslösa osv. och då måste det ju finnas något som håller ihop dem också.*

Med makt och förmåga att bestämma över sin vård finns också risken att fatta dåliga beslut. Exempelvis överanvändning av vissa preparat kan leda till att de tappas effekt och att ett missbruk utvecklas.

*- Ibland mår patienten sämre av att bestämma själv om sin ordination t.ex. Ibland är det kanske någon som vill ha narkotiska preparat och får de så mycket som de vill så kommer det inte att gagna dem. Medicinen kommer inte att vara ångestdämpande längre och då kan exempelvis ett missbruk utvecklas. Bara för att ta ett exempel. Det är klart att det finns en baksida. De har ju ett fritt val. Och då har de ett fritt val att gå emot en ordination som kanske i grunden bygger på en riktig läkarbedömning. Så det är klart att man kan skadas av sitt fria val också.*

Något annat som kan göra brukarinflytandet problematiskt är att vissa patienter kan ha en nedsatt kognitiv förmåga. Upprepade psykosor kan leda till kognitiv svikt.

*- Man får större och större kognitiv oförmåga för varje gång man drabbas av en psykos t.ex. Det största handikappet hos en psykopatient, det är den kognitiva oförmågan, den kognitiva svikten. Ibland så kanske man låter sig luras av att du kan föra en intellektuell diskussion med personen och det är någon som kan citera Goethe. Men inte klarar av att gå och köpa potatis på konsum och koka den. Ofta tror jag att man vill så gärna att de ska kunna mer än vad de kan. Och jag menar, det är väldigt problematiskt eftersom det är de som ska bestämma om sin egen vård. Och det i sig är nästan en förutsättning eftersom vi jobbar i öppenvården som bygger på frivillighet. Man tar bara in folk på tvång när nöden kräver. Men samtidigt så kanske det i många fall inte finns tillräckligt stöd för öppenvården att jobba med de här människorna som lider av en grav kognitiv nedsättning.*

Samtidigt ansåg många att detta var en baksida man inte kan komma ifrån. Det faktum att alla människor, när de gör fria val, också kan göra dåliga val. Men att detta inte är något problem utan något man får räkna med.

*- Men eftersom vi jobbar i öppenvården på ett sätt som ändå bygger på frivillighet och ömsesidighet så måste man nästan... räkna med det.*

Här beskriver en respondent ett förhållningssätt till det faktum att patienter inte alltid vill göra detsamma som personalen vill att de ska göra. Då bör personalen finnas där som en trygghet och ett stöd för patienten.

*- Om personen är helt inne på ett annat spår så får man väl följa den personen på det spåret även om vi anser, vi kan ju ha fel förstås, att det är en omväg, att det är*

*åt fel håll. Jag antar att i sådana fall är det bara att följa patienten och finnas där som en säkerhet eller en trygghet om något går illa.*

Det kom också upp att med ett fokus på patientens eget val och brukarinflytande så kan vårdpersonal ibland gömma sig bakom det när patienten gör val som drabbar denne negativt, istället för att försöka påverka patienten till att göra andra val.

*- De säger "nej jag vill inte ha hjälp av kommunen" och så ligger de i en etta där de inte lyckas hålla i mat, hygien, personlig omvårdnad, inte nånting och isolerar sig och är jätterädda, törs inte gå ut. Går ut och köper snabbmat på 7-eleven på natten eller något. Och hela lägenheten är en sanitär olägenhet men de har valt det själva. Och nånstans bygger det här på att man hänvisar till deras fria val när man i själva verket har svikit dem å det grövsta från samhällets sida. Att man hela tiden hänvisar till inflytandet och till den fria viljan. För att på det sättet ger man sig själv absolution.*

En annan var inne på samma tema, att om man exempelvis låter någon ligga i sin säng under lång tid kan det uppstå hälsomässiga komplikationer som muskelförtvining.

*- Därför att när jag bara lyssnar på att patienten vill inte när patienten säger det. Om man respekterar det som brukarinflytande så kan det få förskräckliga konsekvenser i längden. Om jag t.ex. aldrig kommer upp ur min säng. Muskelförtvining... jag menar det finns massa saker man skulle kunna titta på bara rent hälsomässigt. Då är det frågan om det är vård eller om det är förvaring. Om man börjar tycka att det är okej... det är ju inte att bry sig om, att låta patienten ligga, utan det är snarare tvärt om.*

De två citaten ovan talar alltså om att psykiatrisk personal inte kan gå på patientens vilja till vilket pris som helst. De måste väga det mot exempelvis hälsorisker.

En tog upp problemet som kan uppstå när ledningen oreflekterat tar emot kritik från patienter. Personen tycker att man bör ställa sig frågor som; stämmer kritiken?, är det en eller flera patienter som kommer med den?, osv. Och i det här fallet handlade det om att en patient som pga. sin kritik fått gå före andra patienter, vilket kan ses som orättvist om det inte finns goda skäl.

*- I vissa fall när det kommer klagomål på personal eller om patienter uttrycker åsikter om personal, då börjar det brinna i knutarna. "Stopp, sånt får ni absolut inte göra mer!", säger ledningen. Och jag kan tycka, eller jag undrar, huruvida ledningen kritiskt ifrågasätter kritiken som kommer från våra patienter. Är det en patient, är det flera patienter? Före man går in på åtgärder och reglerar avdelningsarbetet. Och i det här fallet så hände det så att den här patienten fick gå före i kön, före de andra patienterna som väntade på läkare. Självklart bör*

*man ta hänsyn till vad patienter säger men samtidigt kanske... ett frågetecken, hur mycket kritiskt ifrågasätts det? På det sättet är det en aspekt av att det kan bli ett negativt brukarinflytande. Att man lyssnar för mycket på patienterna.*

Om patienterna får mer att säga till om och blir medvetna om att deras åsikt blir hörd så kan det innebära att personal passar sig mer i vad de säger och gör. Detta kan vara negativt om det innebär att personal undviker patienter för att de är rädda att bli anmälda eller dylikt.

*- Alltså nu sitter vi och pratar om något man inte pratar högt om och som jag tror sker utan att folk är medvetna om det. Jag tror att man passar sig mer nu generellt. Ju mer framåt vi går. Jag tror man passar sig lite mer.*

Att personal passar sig mer kan dock också ses som positivt på så sätt att personal inte längre kommer undan med att exempelvis bestämma över huvudet eller vara paternalistiska. Ett par menade på att detta gynnade en bättre kommunikation mellan patient och personal.

*- Jag tror man omedvetet passar sig mer, men kanske bara en liten procent, över huvud taget tror jag att brukarinflytande har gett avkastning redan nu i att folk kanske medvetet tänker mer på hur de säger och kanske gör saker för att det kanske blir repressalier av det. Det tror jag ändå på något sätt genomsyrar lite grann. Det jag ville säga var att ett brukarinflytande kan, har bidragit till snarare att man är ännu mer rakare i sin kommunikation med patienter skulle jag vilja säga. Jag tror att det blir en helt annan miljö. För både brukare och för personal.*

Annat som kom upp var att det var mer tidskrävande eftersom det kan bli argumentationer om exempelvis medicinering eller vårdplaner. Samtidigt menade många på att det i slutändan faktiskt tar mindre tid.

*- Det är ungefär som om patienten vet att du svarar i telefon när du är i tjänst. Varje gång patienten ringer så svarar du i telefonen. Och så kan det vara så att du säger "nej men jag har inte tid att prata nu, men jag ringer dig om en timme". Om patienten vet det då ringer den mycket mindre, den kräver mycket mindre för den vet att du finns där. Då behöver inte patienten vara orolig. Och det är det jag menar... om patienten är delaktig och är trygg så krävs det mycket mindre arbete. För mig är det självklart. Ju tryggare patienten är desto mindre har jag att göra. Så att... jag hävdar att så är det inte [att ökat brukarinflytande innebär större tidsåtgång]. Ju mer patienter är involverade desto mindre tid går det åt.*

Till sist fanns det också personal som inte tyckte att det inte fanns några egentliga problem med brukarinflytande eftersom de tyckte att patienterna hade så pass lite inflytande. På frågan om det kan bli för mycket inflytande svarade en såhär.

*- Inte såhär på rak arm för jag tycker inte att de har så mycket inflytande. Om de verkligen skulle ha jättemycket inflytande så skulle det förstås kunna bli... men*

*det har de inte på det viset. Jag kan inte se något sådant exempel eller tänka mig något sådant. Nej det tycker jag inte.*

Problem som kan uppstå med brukarinflytande är alltså av olika slag. Det finns patienter som kan ”ta för sig” mer än andra och således få mer uppmärksamhet, hjälp och liknande än patienter som inte kan ta för sig på samma sätt. En viss *styrning* kan behövas från personalens håll, och om en personal behöver gå emot en patients vilja är det bra om personalen har en god relation till patienten. Ett par lyfte att en risk med ökat brukarinflytande kan vara att patienter fattar beslut som inte är bra för dem men många sade samtidigt att detta är oundvikligt när det handlar om fria val. Personalens uppgift blir då att finnas där som ett stöd för patienten.

Att personal kan *svära sig fria från ansvar* genom att hänvisa till brukarinflytandet togs också upp som ett problem, och i vissa situationer behöver hälsorisker och risk för missbruk vägas emot patienters vilja. Med ökat brukarinflytande kan det också hända att personal passar sig mer och undviker patienter eftersom de är rädda för repressalier. Detta var dock samtidigt positivt om det innebär att personal exempelvis är mindre paternalistiska.

Ett par respondenter menade på att ibland *tas patienters kritik emot oreflekterat* av ledningen. Att kritiken i sig inte utvärderas tillräckligt innan förändringar i vårdarbetet baserade på kritiken görs. Annat som kom upp var att arbete med brukarinflytande kan vara tidskrävande, åtminstone för stunden, men att det i det stora hela blir mindre jobb när patienten känner sig sedd och trygg. Till sist fanns det även personal som egentligen inte såg några större problem med för mycket brukarinflytande eftersom de ansåg att än så länge har patienterna så pass lite inflytande.

### **Motstånd och hinder**

Vad finns det för motstånd och hinder mot brukarinflytande? Något som påverkar brukarinflytandet är den psykiatriska verksamhetens vårdideologi, om den ens har någon. Även vilka krav ledningen ställer på vården påverkar inflytandet.

*- Ja, det kan vara olika... jag menar vårdideologin kan skilja sig. Jag menar har man en vårdideologi över huvud taget, någon som är uttalad? Eller har man inte det? Vad har man för ledning, vad har de uttalat för krav på vården och behandlingen?*

Tidsbrist samt för mycket fokus på dokumentation och vårdprogram orsakar också minskat brukarinflytande eftersom patientarbetet kan hamna i skymundan.

*- Ja, tidsbrist. Jag tycker att idag är det så mycket vi ska göra, också av ekonomiska skäl. Vi ska visa vad vi gör. Du vet alla vårdprogram och det ska dokumenteras och det ska skattas. Jag vet ibland inte hur jag ska hinna med som behandlare, därför glömmer man liksom patienten ibland.*



Nedan talar en om hur dörrarna låsts på avdelningarna därför att när organisationen inte längre säger att dörrarna ska vara öppna så har människor som är mer för strikta regler och låsta dörrar tolkningsföreträdere. Vidare säger respondenten att privata kläder, öppen dörr och fokus på att jobba på relationer skapar en helt annan miljö på avdelningen än sjukhuskläder, låst dörr och fokus på exempelvis medicinering.

*- Dörrarna är låsta därför att det har tillåtits att ha blivit så. Det har ju alltid funnits folk som tycker att det är skönare att ha en låst dörr. Men har man en organisation som säger att "nej, vi ska inte ha en låst dörr, nu jobbar vi för att ha en öppen dörr", då måste alla anpassa sig till det, som vill jobba hos oss. Men om man släpper på det mer och mer, att det är helt okej att ha dörren låst jämt och ständigt och det aldrig ifrågasätts, jag menar då är det... Det är alltid de som sätter upp regler och som vill ha striktare regler, hårdare lagar whatever, det är alltid de som har beslutanderätt på något sätt. De har alltid tolkningsföreträdere om vi säger så. De som är för hårdare straff och längre... ja. Och så är det jämt. Medan de här, de andra som säger "ja men vi släpper på reglerna istället", jaha, nä men då är det flum. För det är ju så vi betraktats i hela Psykiatri Södra, att det är flummigt. Därför att vi har haft lite, det har varit lite friare. Man jobbar mer med relationer istället för låsta dörrar och bälten. Och jag menar, bara det här att vi inte har arbetskläder utan privata kläder inne på avdelningen fortfarande. Det skapar en helt annan miljö. Tar man bort en av de här grejerna som gör oss till något annat än patienten, som skiljer ut oss från patienten. Nästa steg är väl att vi får på oss vita kläder också. Då blir "vi och dem" ännu starkare, för då har man ju inte en chans. Och sedan ska vi sätta på patienterna sjukhuskläder.*

I citatet ovan beskrivs något av en uppförsbacke att jobba emot om man vill ha öppen dörr, privata kläder, mindre strikta regler, osv. Detta som sagt för att de som är för motsatsen har tolkningsföreträdere. Således kräver det mycket tydlighet av organisationen om man vill ha dessa saker. (Det framgår inte i citatet men respondenten säger vid andra tillfällen att exempelvis jobba med relationer, ha privata kläder m.m., bidrar till en avdelningskultur som främjar brukarinflytande och tvärt om.)

Det faktum att många patienter mår mycket dåligt togs också upp som en faktor som kan försvåra brukarinflytandet eftersom många när de mår dåligt har svårt att uttrycka vad de vill ha.

*- När man gör vårdplaner och sånt där så är det många som har svårt att riktigt tala om vad de vill eller formulera det. Jag menar vi har patienter med stort vårdbehov eller som är väldigt sjuka och jag tycker de har väldigt svårt att uttrycka vad de faktiskt vill och det är ju en av delarna när man gör vårdplan. Att patienten ska ha egna önskemål. "Vad vill du ha?" säger vi men ofta är det att de bara säger "det är väl bra som det är".*

Vissa patienters institutionsvana togs upp som en faktor som hindrar brukarinflytandet. De tillhör en svag grupp som helt enkelt vant sig vid att man inte lyssnar på dem, varken i psykiatrin eller i samhället i stort.

*- Många av våra patienter har en lång institutionsvana och de har inte blivit vana med att man lyssnar på dem. Om man ser det i samhället i stort så är det en svag grupp. Det är inte de som går på gator och torg med plakat och demonstrerar och sådär. De finner sig i det som erbjuds.*

På ett liknande spår talade en om att patienter som tvångsvårdats flera gånger kan komma att ge upp hoppet om inflytande över sin vård.

*- Man kanske har tvångsvårdats flera gånger och kanske bara ser ett stort system som man inte kan rå på och då blir man väldigt lost i det. Och det gagnar inte till en bra vård även om man får inflytande för man tror inte att man kan påverka.*

Ett annat slags hinder mot ökat brukarinflytande som beskrivs är personalen själv. Nedan talar en om hur viss *personals* institutionsvana kan vara något som hämmar brukarinflytandet. Det är inte bara att patienterna är vana vid att personal inte lyssnar på dem, utan personalen är också vana vid att inte lyssna på patienterna.

*- Kan vara att man jobbat i flera flera år och att då i sina guldår inom sin karriär inom psykiatrin faktiskt inte skulle prata med patienterna, det var inte bra utan man fick lära sig så från början att du skulle inte prata med dem. Det kan vara något sådant som ligger i. Och blir de för många så blir det inte alls roligt att jobba. Det är inget roligt att se patienterna för de blir väldigt hämmade. Och det tycker jag inte går mot något tillfrisknande över huvud taget.*

Maktförhållandet mellan personal och patient finns alltid närvarande. Personalen håller i nyckelknipporna och har makten medan patienterna saknar både och. Att patienten får inflytande innebär att den får mer makt och kontroll och personalen mindre. Detta kan ses som ett hot från personalens sida.

*- Historiskt bakåt har det alltid sett ut så. Och det har vi med oss. Det finns ändå en anledning till att vi är de som står och håller nyckelknipporna i handen. Visst vi vill hjälpa människor men vi står ändå på en annan... vi står ändå längs väggen och håller i nyckelknippan. Och då har vi kontroll, makt. Och det har inte de. Så det var det jag menade, att det är klart att det blir ett hot för oss när någon som inte har kontroll ändå får lite kontroll över oss. Får inflytande.*

I citatet ovan beskrevs brukarinflytandet som ett eventuellt hot mot personalen eftersom de tappar kontroll. På ett liknande tema återfinns rädsla för kritik.

*- Jag tror det kan handla om rädsla för kritik också. Att om man har ett möte så riskerar man att utsättas för kritik. Och då vill man kanske inte utsätta sig för det.*

Hur personal reagerar på olika patienter påverkar också patientens förmåga till inflytande. Personal kan känna sig provocerade av patienter och således få svårt att bibehålla en öppen attityd.

*- Jag tänker att det är väl, som jag sade vi är inte mer än människor, vi kan bli väldigt provocerade av vissa patienter. Det vet jag själv, jag kan bli väldigt provocerad av vissa patienter som jag tycker har en attityd på något sätt eller som betar sig på något sätt och då kan det vara svårt att faktiskt hålla fast vid min egen då förhoppningsvis öppna attityd. Kommer en patient som jag känner mig provocerad av så har jag mycket svårare att hålla det själv.*

Personal kan också ha föreställningar om hur patientens sjukdom inverkar på dennes förmåga att förstå saker. Just ett för starkt fokus på det sjuka kan göra att personal ser patienter som oförmögna att exempelvis fatta viktiga beslut.

*- Över huvud taget tror jag... inom psykiatrin. Vi fokuserar väldigt mycket på det som är sjukt och inte det som är friskt eller deras förmåga så tvärt om att vi tar bort även den lilla förmågan de har kvar. Man räknar inte med dem, de är otillräkneliga.*

Ett par tog upp att vissa som jobbar i psykiatrin helt enkelt inte passar för att jobba där.

*- Både du och jag vet väl om det, att alla människor ska inte jobba inom vården, även om det finns vissa som gör det. Det finns alltid individer som kanske skulle valt ett annat arbete.*

Till sist ett längre svar som belyser flera olika faktorer som inverkar på brukarinflytandet.

*- Det beror väl dels på hur ser man på sitt arbete, hur ser man på sin yrkesroll. Vad är mitt uppdrag? När det gäller patienterna. Och delvis kan det också vara situationsbundet. Alltså är det en patient som är inskriven enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och det står i förhållningsättet hit och dit och det ska följas... då är det mycket svårare att vara, det här att gå patienten tillmötes därför det finns faktiskt uppskrivet att såhär och såhär ska det vara. Dels det, och sedan tänker jag också att det beror på vad man har för värderingar som person, vad har jag för erfarenheter och hur har de påverkat mig? Jag tror att det har många olika grunder.*

Först beskrivs hur personalen ser på sin yrkesroll samt vilket uppdrag han eller hon har. Detta är en mix både av egna idéer och hur personalen själv ser på sin yrkesroll och sitt uppdrag samt hur uppdragsgivaren rent formellt formulerat personalens uppdrag. Sedan, om patienten är på avdelning, påverkar även det

nedskrivna förhållningssättet dennes förmåga till inflytande. Till sist nämns personalens egna värderingar och hur olika erfarenheter påverkat denne.

Sammantaget går det att konstatera att det finns många olika typer av faktorer som kan hindra brukarinflytandet. Först har vi *strukturella* och *organisatoriska* faktorer. Tid, pengar, resurser och riktlinjer. Hur påverkar exempelvis ett tilltagande fokus på dokumentation, vårdprogram m.m., det direkta patientarbetet? Och har organisationen och ledningen någon uttalad vårdideologi? Andra saker som sades påverka var huruvida avdelningarna hade öppna eller stängda dörrar och om patienterna och personalen hade sjukhuskläder eller vanliga kläder på sig.

Sedan kan patienters  *eget mående* påverka deras förmåga till inflytande. Om de mår mycket dåligt kan de ha svårt att uttrycka sig. *Institutionsvana*, dvs. kontakt med psykiatri i någon form, kan göra att *patienter vänjer sig vid att man inte lyssnar på dem* och att de således inte heller försöker göra sin röst hörd. Har man tvångsvårdats många gånger finns det på ett liknande sätt en risk att man ser psykiatri som ett system som man inte kan påverka och därför slutar man att ens försöka. Patienterna tillhör även en svag grupp i samhället.

Till sist menar också respondenterna på att *personalen själv påverkar brukarinflytandet*. Personal som exempelvis jobbat länge och inte lärt sig att lyssna på patienter gör att patienter blir hämmade och inte framför sina åsikter. Vidare kan personal också vara *rädda för kritik*, känna sig provocerade av patienter samt ha ett *för starkt fokus på det sjuka* hos patienten och därmed inte se patienten som tillförlitlig. Avslutningsvis finns det alltid ett *maktförhållande mellan personal och patient* där personalen har en överordnad roll, och en del personal kan ha svårt för att släppa på den makten och låta patienter få inflytande.

## Diskussion

Syftet med denna studie var dels att ta reda på hur personal i psykiatri ser på brukarinflytande, dels undersöka vad som i litteraturen benämns som negativa attityder hos personal. Nu har det gjorts och några slutsatser som kan dras är dessa:

Den intervjuade personalen är generellt mycket positivt inställd till brukarinflytande. De tycker att det är viktigt och eftersträvansvärt. Deras beskrivningar liknar de som finns i litteraturen och även Civildepartementets definition. Patienten ska få makt och inflytande över sin vård, bli respekterad och bemött. Det finns också en efterfrågan från personalen om att få utveckla förståelsen för begreppet brukarinflytande. Även om samtliga respondenter tyckte att begreppet var viktigt så menade många på att det saknades praktiska tillämpningar, hur man som personal kliniskt ska jobba med det i sin vardag.

De intervjuade kunde beskriva flera problem de upplevde med brukarinflytande: med fokus på brukarinflytande kan vissa patienter som kan "ta för sig" få mer hjälp än andra; när patienter blir friare att fatta beslut om sin vård kan möjligheten för personalen att påverka beslut de ser som dåliga minska; det kan vara svårt att jobba med brukarinflytandet när en patient är manisk; kognitiv nedsättning kan göra det svårt att fatta informerade beslut; ibland behöver brukarinflytandet vägas mot hälsorisker och risk för missbruk; personal kan börja "passa sig" och undvika svåra patientkontakter därför att de är rädda att behöva stå till svars efteråt; och både personal och ledning kan bli överkänslig för kritik vilket kan göra att de ändrar om i vårdarbetet eller låter talföra patienter gå före andra på lösa grunder.

Angående hinder för ökat brukarinflytande så hade personalen också många idéer kring det. Det talades om allt från hur avdelningskulturen påverkas av låsta dörrar och sjukhuskläder till institutionsvana hos både patienter och personal till värderingar och personliga egenskaper hos de professionella. Även maktförhållandet mellan personal och patient togs upp som ett hinder för ökat brukarinflytande, och överlag liknade respondenternas beskrivningar de hinder som beskrivs i litteraturen (Johansson 2006; Goodwin & Happell 2008).

Vad gäller negativa attityder uppvisade personalen inga explicita sådana utan var som sagt klart positivt inställd till brukarinflytande i allmänhet. Det kan såklart delvis ha att göra med studiens natur som har uppenbara begränsningar vad gäller metod och kontext. Metodologiskt var urvalet inte randomiserat utan de som själva ville bli intervjuade fick anmäla sig, och finns det personal som är klart negativt inställd till brukarinflytande är troligen sannolikheten större att de inte anmäler sig jämfört med personal som är positivt inställd. Detta hänger också ihop

med den kontextuella begränsning som går ut på att personalen blev intervjuad om något som anses viktigt av både ledning och samhället i övrigt, varför att vara av annan åsikt eller komma med kritik kan vara svårt även om man får vara anonym.

Samtidigt kunde ändå i princip alla respondenter nämna problem de såg med brukarinflytande vilket till viss del kan ses som negativa attityder. Att t.ex. säga att brukarinflytande är problematiskt därför att personal börjar "passa sig" och undvika svåra patientkontakter går att ses som att den som säger det inte vill att patienter ska ha så mycket inflytande pga. att personal då börjar undvika patienter; att tala om kognitiv nedsättning och oförmåga att fatta informerade beslut går att ses som paternalism och syfta till att begränsa brukarinflytandet, osv. Poängen är inte att det ena eller andra argumentet är rätt eller fel utan att många av de problem som personal beskriver går att översätta till negativa attityder om man så vill.

När litteraturen förespråkar förändring av personalens negativa attityder i syfte att främja brukarinflytande är en del i det att förstå sig på varför personalen tycker som de gör. En hypotes och möjlig delförklaring till de negativa attityder som benämns i litteraturen är att de negativa attityderna delvis uppstår pga. problem som personalen upplever med brukarinflytande. Dvs. att det inte enbart handlar om negativa attityder a priori hos personal utan om faktiska problem som de upplever vilka sedan också går att ses som negativa attityder. Säkerligen uppstår negativa attityder gentemot brukarinflytande pga. många orsaker, men i den utsträckning de kommer ur problem personalen upplever med brukarinflytande är det troligen mer fruktsamt att adressera dessa problem snarare än att enbart tala om negativa attityder som behöver förändras. Framtida forskning som undersöker personalens attityder bör komplettera med metoder som undersöker personalens egen förklaring till varför de tycker som de gör.

Så länge personalens perspektiv inte ingår i diskussionen om brukarinflytande kommer problemen att bestå eftersom deras perspektiv med nödvändighet behöver vara en del av lösningen om det är en del av problemet. Denna rapport är ett försök att genom att lyfta fram den kliniskt verksamma personalens perspektiv på brukarinflytande nyansera debatten i allmänhet samt personalens syn på brukarinflytande i synnerhet och förhoppningsvis fungera som underlag för fortsatt diskussion.

## Referenser

- Connor, H. (1999). Collaboration or chaos: A consumer Perspective. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 79–85.
- Civildepartementet. (1991). Ds 1991:18. *Vidga Brukarinflytandet: en väg till ökad delaktighet och bättre service*. Stockholm: Civildepartementet.
- Ershammar, D. (red.) (2007). *Hitta rätt! Vägledning till brukarinflytande i psykiatrin och socialtjänsten*. Hässleholm: AM Tryck.
- Förenta Nationerna. (2008). *Förenta Nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*.
- Goodwin, V. & Happell, B. (2006). Conflicting agendas between consumers and carers: The perspectives of carers and nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 135–143.
- Goodwin, V. & Happell, B. (2008). Psychiatric nurses' attitudes toward consumer and carer participation in care: part 2-barriers to participation. *Policy Politics Nursing Practice*, 9, 249-256.
- Groom, G., Hickie, I. & Davenport, T. (2003). *Out of Hospital, Out of Mind: A Report Detailing Mental Health Services in Australia in 2002 and Community Priorities for National Mental Health Policy for 2002–2003*. Deakin West, Australian Capital Territory, Mental Health Council of Australia.
- Hagberg, L. (2006). *Om lika värde och rätt - 16 brukar- och anhörigrepresentanters syn på möjligheten att påverka psykiatrin och socialtjänsten*. En rapport från Inflytandeprojektet - Nationell psykiatrisamordnings riktade projekt om brukarinflytande.
- Happel, B. (2008). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2: Barriers to recovery and principles for evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 123–130.
- Jarl, M. (2002). "Och då skruvar man på sig i andra änden och vet inte riktigt vart man ska ta vägen..." - *Om Brukarinflytande och representativ demokrati*. Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet.

- Johansson, P. (2006). *Brukarinflytande i praktiken: Om planering, tydlighet och maktutjämning. Återgivna erfarenheter från andra länder*. Inflytandeprojektet, Nationell psykiatrisamordning.
- Kent, H. & Read, J. (1998). Measuring consumer participation in mental health services: are attitudes related to professional orientation? *International Journal of Social Psychiatry*. 44: 295–310.
- Lammers, J. & Happel, B. (2003). Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 385–392.
- Larsson, A-K. (2008). *Brukarinflytande vid underhållsbehandling för heroinberoende - på vems villkor?* Institutionen för Social Arbete, Umeå universitet.
- Lindquist, A-L. (2007). *Att främja inflytande för psykiskt sjuka och funktionshindrade – ett utvecklingsarbete inom vård och omsorg. Utvärdering av tio försök med brukarinflytande- samordnare (BISAM) i kommun och landsting*. Stockholms Universitet: Institutionen för socialt arbete, Rapport i socialt arbete nr 126.
- Lloyd, C. & King, R. (2003). Consumer and carer participation in mental health services. *Australasian Psychiatry*. 11: 180–184.
- McCann, T. V., Baird, J., Clark, E. & Lu, S. (2006). Beliefs about using consumer consultants in inpatient psychiatric units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 258-265.
- Middleton, P., Stanton, P. & Renouf, N. (2004). Consumer consultants in mental health services: Addressing the challenges. *Journal of Mental Health*, 13, 507-518.
- Nationell samverkan för psykisk hälsa. (2007). *Inflytande för hälsa och demokrati - vägar till att förverkliga uppdraget*. Slutrapport och förslag från inflytandeprojektet - Nationell psykiatrisamordnings satsning på brukarinflytande.
- Rose, D., Fleischman, P., Tonkiss, F., Campbell, P. & Wykes, T. (2003). *User and carer involvement in change management in a mental health context: Review of the literature*. Report to the National Co-ordination Centre for NHS Service Delivery and organization R & D.
- Statens Offentliga Utredningar (2006). *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. SOU 2006:100.



Topor, A. & Denhov, A. (2008). *Att arbeta evidensbaserat - en introduktion. Om erfarenhet, praktik och vetenskap*. Psykiatri Södra Stockholm, FoU-enheten, SLSO, Stockholms Läns Sjukvårdsområde.

World Health Organization Europe. (2005). *Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions*. WHO Europe.

World Health Organization. (1993). *Consumer participation manual. A document to facilitate consumer participation in the mental health system*. WHO, British Columbia Project.

Socialdepartementet. (2006). *Brukares röster hörs*. Artikelnummer 2006:028. Stockholm: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. (2008). *Brukarinflytande i praktiken - exempel från äldreomsorg*. Artikelnummer 2008-126-25.

# Bilaga 1

## **Frågor som använts**

Vad är brukarinflytande?

Varför ska man ha brukarinflytande?

Finns det några problem med brukarinflytande?

Finns det några hinder för ökat brukarinflytande?

