



När brukare och patienter blir medskapare – en lönsam historia

En idébok om brukar och patientmedverkan som inslag i kommuners, landstings och regioners styrning

Innehållsförteckning

Förord

Bakgrund

Co production en trend – internationell utblick

- Varför möta brukare och patienter som medskapare?
- Det finns dilemman
- Faser i utvecklingen
- Begrepp

Vad är styrning och ledning

- Olika beståndsdelar
- Steg i styrprocessen
- Delarna påverkar varandra

Sätt för att fånga brukares, patienters perspektiv

- Uppföljning
- Åtgärder – ta fram förslag
- Planera – sätta mål
- Brukar- och patientorganisationer – en självklar roll
- Metoder från tjänstedesignområdet

Användarinvolvering i upphandlingsprocessen

Läget i den egna organisationen

Hur kan det gå till?

- Försörjningsstöd socialförvaltningen
- Den personcentrerade vården och patienter som utbildar
- Estherarbetet på Högländet
- Experio lab
- Delat beslutsfattande
- Familjerådslag
- Politiker möter patienter och brukare

- Brukardialogsberedningar i Region Östergötland
- Kontaktpolitiker och platsbesök i Linköping
- Filmer om Cancercentrum Sydöst och hemtjänsten i Hultsfred
- Anställda erfarenhetsexperter
 - Att tänka på som arbetsgivare

Strategier – ett par exempel

- Landstinget i Kalmar län
- Landstinget och de 14 kommunerna i Norrbotten

Resultatet av brukar- och patientmedverkan

Morgondagens ledarskap och medarbetarskap

- Organisation
- Ledarskap
- Medarbetarskap
- Ny ledarroll i Sundsvall

Om partnerskap - ur ett anhörig perspektiv

- Cristin Lind om det nya partnerskapet
 - Cristins berättelse

Synvända behövs det?

- Organisationens byggstenar är individer
- Kulturen i kommuner- var finns brukare?
- Vården ut patientens perspektiv

Avslutning - Vad behövs för att ett nytt synsätt ska hamna i mittfåran?

Förord

Frågan om att ta tillvara den erfarenhetskunskap och det engagemang som finns hos brukare av olika kommunala välfärdstjänster och hos patienter i hälso- och sjukvården är aktuell på många sätt. Det finns stor potential för ökad träffsäkerhet på individnivå, för utveckling av verksamheter och högre grad av måluppfyllelse. Här och var uttalar man också ambitionen att skapa medverkan från brukare och patienter i sin ledning och styrning. På olika sätt engageras enskilda brukare, patienter och närstående. Den samlade kunskapen hos brukares och patienters intresseorganisationer fångas på nya sätt.

Under några år har frågan om att öka medverkan från brukare och patienter varit ett av de områden som prioriterats av styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting. Arbetet med att ge stöd till kommuner och landsting har genomförts under rubriken Brukare och patienter som aktiva medskapare. En av uppgifterna har varit att arbeta fram ett idématerial kring hur frågor om brukares och patienters medskapande kan bli en väsentlig aspekt i kommuners och landstings styr- och ledningssystem.

Eldsjälsdrivet arbete är värdefullt men det riskerar att vara mindre uthålligt eftersom det saknar en stödjande struktur och kultur. Denna e-bok är resultatet av uppdraget om ett idématerial. Vår förhoppning är att den ska utgöra ett stöd för kommuner och landsting/regioner som vill komma igång med ett mer systematiskt och heltäckande arbete för att ta tillvara den förbättringskraft som finns hos dem som verksamheterna är till för och att den ska bli ett verktyg för såväl tjänstemän som förtroendevalda som vill ha tips och insikter.

Vi riktar ett stort tack till alla som bidragit till innehållet i denna e-bok. Bland dem finns medarbetare i kommunernas socialtjänst och från landstingens hälso- och sjukvård som ställt upp framför kameran och berättat hur de själva arbetar eller vad de menar är viktigt. Andra har i samtal bidragit med beskrivning av använda modeller och av sina erfarenheter. Vi har också fått möjlighet att använda olika slag av dokument från våra medlemmar.

Stockholm i mars 2015

Lennart Hansson

Sektionen för demokrati och styrning
Sveriges Kommuner och Landsting

Bakgrund – SKLs ställningstagande

Styrelsen för SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, tog 2010 beslut om ett s.k. positionspapper. Positionspapper är den form som SKLs politiska ledning har för att ge uttryck för en bestämd uppfattning inom ett angeläget område. "Patient och brukarmedverkan – positionspapper för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst".

I dokumentet konstateras att samhällsutvecklingen medfört att nya synsätt på patienternas/brukarnas ställning och roll vuxit fram. Synen på patienten/brukaren som "mottagare" av sjukvård och socialtjänst behöver ersättas av en syn där de också får rollen av medskapare. Medverkan i den enskilda processen liksom i utveckling av verksamheten förutsätts leda till bättre kvalitet och effektivitet.

Under åren 2013 och 2014 har Brukare och patienter som aktiva medskapare varit en av SKLs prioriterade frågor.

[Hela positionspapperet finns att läsa på SKLs webbplats](#)

Co production en trend - internationell utblick



Co production en trend – internationell utblick

Flera av de utvecklingstrender och styrningsteorier som varit aktuella under de senaste årtiondena i den offentliga sektorn har haft tyngdpunkt på den inre effektiviteten. Det har handlat om att åstadkomma mer med mindre resurser. Systemen har ofta haft sin utgångspunkt i tämligen standardiserade tjänster och har varit till för att skapa en stabilitet i produktionen. Trots mer och mer komplicerade styrsystem kvarstår inom olika områden bristande måluppfyllelse. De påfrestningar som den offentliga sektorn sannolikt står inför kräver ett ytterligare fokus. Den mentala karta och det intellektuella ramverk som vi har tagit för givna behöver utmanas.

Det introverta perspektivet behöver utvecklas mot ett där både invånare, brukare och lokalsamhället finns med. Det kommer att bli nödvändigt att omformulera relationen till dessa aktörer och ge dem en annan roll än vad de vanligtvis haft. Ett nytt socialt kontrakt behövs. Det gäller att förstå och erkänna att brukare, patienter och invånare har massor av resurser, kraft och kunskaper som kan bidra till morgondagens välfärdstjänster. För att nå dessa insikter och för att finna metoder krävs innovativt tänkande.

Medskapande, Co-production eller brukar/patientmedverkan är några av de begrepp som används för att beskriva ambitionen att ge större inflytande till brukare och anhöriga i planering för och i genomförande av en offentlig tjänst. Begreppen används för att beskriva arbetet när man systematiskt tar tillvara erfarenhetskun-

skap och när man strävar efter att ändra relationen mellan brukare och de professionella så att det skapas en annan maktbalans.

Co-production är en tydlig internationell trend. I Storbritannien utvecklas co-production starkt i olika sammanhang. Frågan förefaller att ligga i utvecklingens "huvudfåra". I en rapport från Social care institute for excellence görs en sammanställning av skälen.

Efter att först ha lanserats på 70 talet sedan försvunnit till förmån för enbart marknadslösningar finns frågan åter på agendan skriver man, och anger några punkter som förklaring.

- **Förlorat förtroende för målstyrda och processdrivna tjänster**
- **Ett behov av utveckling av makt – både lokalt inflytande och för "frontline staff".**
- **Press på att öka effektivitet och att minska offentliga kostnader.**
- **Ökad medvetenhet om att det finns ny typ av kunskap framför allt hos brukare.**
- **En bestämd önskan att göra tjänster mer individuellt anpassade (mer personliga) genom en effektiv samverkan med de som är brukare.**
- **Man vill återuppliva den lokala demokratin**

I Danmark pågår ett utvecklingsarbete med flera olika aktörer inblandade under rubriken "Den aktive borger". Bakom arbetet finns en krets av parter från "velfaerdens maskinrum", kommuner, regioner, statliga institutioner, utbildningsaktörer och yrkessammanslutningar. Arbetet syftar till att skapa en gemensam förståelse för värdet av att fler medborgare tar en aktiv roll i sin och andras välfärd. Det skapar bättre livskvalitet och det bidrar till att man kan finna lösningar som passar bättre till individen. Medborgare vet bättre än det offentliga vad det egna behovet faktiskt är. I sitt arbete vågar man också påstå att en sidovinst är att aktiva medborgare något kan lätta på trycket på de offentliga välfärdstjänsterna.

Liknande resonemang finns i andra länder. I Singapore har man genomfört ett utvecklingsarbete i co-production anda som väsentligt förändrat fängelsernas roll och skapat mycket bättre förutsättningar för fångarnas återanpassning. I USA föddes Time bank, en form för utbyte av tjänster som gör att fler människor blir efterfrågade och känner sig behövda, sociala kontakter återskapas. I England skriver läkare numera ut arbete för Timebank på recept. I flera länder har man satsat i stor skala på att ge patienter stöd till att kunna bedriva "self care". Det sker på olika sätt och det finns ett antal studier som visar att behovet av återbesök minskar, rehabiliteringen går snabbare etc.

Varför möta brukare och patienter som medskapare?

Det finns två huvudargument för att utveckla verksamheter mot en ny syn på och nytt sätt att möta brukare och patienter. Det ena är att det finns en erfarenhetskunskap som kan användas för att öka träffsäkerhet och kvalitet i olika välfärdstjänster och att den som får del av en tjänst ofta genom egna insatser kan bidra till ett bättre resultat. Det andra huvudargumentet handlar om att dagens brukare och patienter i allt högre grad kräver att få påverka. Man är påläst och vet t.ex. vilka metoder som praktiseras och vilka mediciner som finns att tillgå.

När det gäller serviceanpassning och kvalitet handlar det om det tämligen självklara i att syftet med de offentliga tjänsterna är att betjäna brukarna. Det finns en utbredd insikt om att kvalitén på de allra flesta tjänster blir bättre om den utförs så att den träffar de behov som den enskilde brukaren faktiskt har. Förutsättningarna för att individanpassning ska kunna ske är att man verkligen vet vad individen behöver och vill.

Ytterligare argument finns att hämta i hur skattemedel används. Det finns olika uppfattningar kring hur kommuners och landstings finansiella situation kan komma att se ut framöver. Men de flesta torde vara överens om att de ekonomiska förutsättningarna inte blir helt enkla. Vår åldrande befolkning, nya behov som den offentliga sektorn förväntas ta sig an eller kostnadsbilden till följd av de ständigt ökande möjligheterna att bota eller lindra i sjukvården, är bara några av de utmaningar som kommuner och landsting står inför.

Det finns också lagstiftning eller annan normering som rör brukares och patienters rätt att få inflytande. En av Socialtjänstlagens portalparagrafer utgör en viktig bas för tankegångar kring medskapande. "Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser". Enkelt uttryckt kan detta sägas innebära att man borde sluta göra för eller åt utan istället börja göra mycket mer tillsammans med dem som verksamheten är skapad för.

Några viktiga argument för att göra brukar- och patientmedskapande till en tydlig aspekt i kommunens/landstingets/regionens sätt att styra och leda är således:

- **Att verksamheten utvecklas mot effektivitet genom att den bättre kommer att svara mot de faktiska behoven hos dess användare, både över och underkonsumtion kan undvikas**
- **Tjänster anpassade till enskilda brukare/patienter ger högre kvalitet i form av träffsäkerhet, det vill säga resultat på individnivå**
- **Att kunna möta krav på större inflytande och vilja till eget ansvarstagande bl.a. till följd av ökade kunskaper hos dem som får del av en välfärdstjänst.**
- **Legitimiteten ökar genom större förståelse för hur vården och socialtjänsten fungerar**
- **Att sänka kostnader - klara välfärdens finansiering**

I Socialstyrelsens skrifter Att ge ordet och lämna plats, maj 2013 och i Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri, feb 2012 finns utvecklade resonemang kring motiv.

Det finns dilemman

Det kanske mest ursprungliga argumentet för brukarmedverkan finns inom demokratiområdet. Det handlar om att den representativa demokratin behöver fördjupas och förnyas. Enligt t.ex. Evert Vedung¹ finns det en risk för att folkviljan "förvanskas på vägen" från riksdagen eftersom det inte är möjligt att detaljreglera hur servicen ska utformas. Han ser därför brukarinflytande som en del av demokratin.

Andra menar att den risk för utanförskap och motsättningar som finns i att grupper inte deltar i politiska beslutsprocesser kan motverkas genom brukarinflytande. I detta sammanhang förs å andra sidan också diskussioner om allmänintresse och särintresse. Ska medborgare med ett starkt eget intresse inom ett visst område ges större inflytande än de som inte har samma engagemang?

En annan fråga som diskuteras är om det finns risker i att inflytande enbart gynnar starka brukare på bekostnad av svagare grupper eller individer (Djupare resonemang kring dilemman finns bl.a. i Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling, Socialstyrelsen 2003, sid 28 ff).

1) Professor i statskunskap.

Hur vet man att de brukare/patienter som blir involverade när det gäller förbättringsarbete är representativa är också en vanlig fråga. Sådana frågor är givetvis viktiga att ha med sig när man vill styra mot ett ökat fokus på medskapande. Men det finns också erfarenheter som visar på risken med att fastna i teoretiska diskussioner, i sammanträdesrummen, i stället för att inleda dialog med dem som verksamheten är till för.

Faser i utvecklingen

Magnus Karlsson är verksam vid Ersta Sköndal Högskola. Han är en av författarna till boken *Brukarmakt i teori och praktik*. I sitt resonemang kring hur utvecklingen kan te sig, i främst den svenska socialtjänsten använder han en indelning i fyra faser:

- Retorisk fas – beskrivning och motivering av brukarmakt
- Representativ fas – införande av representation och nya arbetssätt
- Integrativ fas – frågan inkluderas i praktikens vardag
- Nyordning – brukarmakt är en naturlig del av praktiken

Samma sätt att beskriva en utvecklingslinje kan appliceras på hälso- och sjukvård. Det kan finnas anledning att på ledningsnivå analysera i vilken fas den egna organisationen kan sägas befinna sig.

Alla har ju någonstans i sina styrdokument med en passus om att komma ihåg vem man är till för, att ta tillvara brukares synpunkter eller om att se klagomål som en gåva. Har dessa skrivningar i policysammanhang lett till att verksamheterna utvecklas med ett utifrån och in perspektiv? Finns det en systematik i styrningen som leder till det önskade läget, eller är det som faktiskt sker fortfarande eldsjälssdrivet?

I en film inspelad i samband med att SKL hösten 2013 anordnade några konferenser kring brukar- och patient medskapande var Magnus Karlsson en av talarna. I denna film gör han en kort sammanfattning av sitt anförande.



Magnus Karlsson sammanfattar sitt anförande

Begrepp

Det finns en stor mängd begrepp som används när man vill beskriva ambitionen att ge brukare av en välfärdstjänst eller en patient som får vård, större inflytande eller möjlighet att ta större ansvar själv. Brukare, patienter, klienter, kunder, vårdtagare, personer med funktionsnedsättning eller omsorgstagare är några av begreppen för att beskriva de individer eller grupper som en verksamhet är till för.

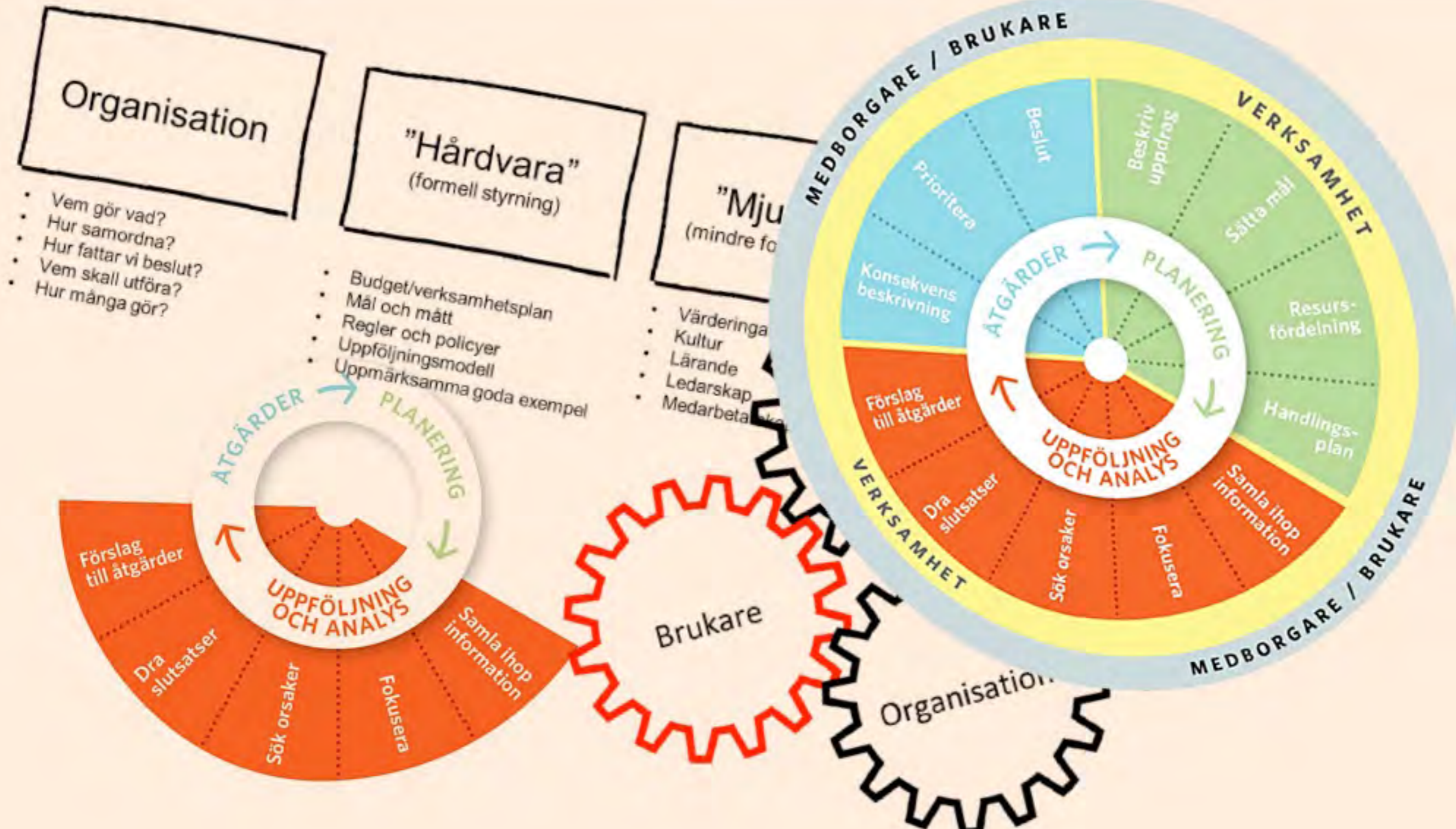
På motsvarande sätt beskrivs det som eftersträvas. Brukarmedverkan, brukarinflytande, patientinflytande, samskapande, empowerment, patient eller personcentrerad vård är några av orden som används. Vi har i arbetet med den prioriterade frågan och i denna idéskrift valt att inte lägga betydande kraft på att definiera begrepp. Vi använder brukare och patienter för att beskriva de personer som kommuners och landstings verksamheter är till för. Vi är väl medvetna om att begreppet brukare inte alltid uppfattas som positivt men har inte hittat något bättre begrepp att använda i generella resonemang. Det är dock viktigt att termer inte används så att man reducerar komplexa identiteter hos människor eller att det framstår som att alla har något gemensamt som just servicemottagare. Vi har, jämfört med t.ex. Socialstyrelsen, lagt en annan innebörd i begreppet brukarmedverkan. I positionspapperet har det en övergripande betydelse, det innefattar både planerings-, genomförande- och uppföljningsfas. Vår

användning inkluderar också de situationer när brukaren/patienten är aktiv i sin egen process eller när man rent praktiskt gör en del av tjänsten själv. Brukarmedverkan omfattar både den enskilda individen, engagerade grupper av brukare/patienter och dessas intresseorganisationer. I arbetet med den prioriterade frågan har begreppet medskapande ofta kommit till användning.

Det är angeläget att begreppen inte ges en begränsande betydelse. I primärkommunala verksamheter händer det att både brukarmedverkan och brukarinflytande associeras bara till det mer klassiska sättet att inhämta synpunkter från brukare, dvs. rådgivande organ av typ handikappråd eller pensionärsråd. Ibland associerar man mest till regelstyrda individuella handlings- eller vårdplaner. Det händer också att begreppet brukare associeras till missbruksområdet vilket kan innebära att individer drar sig för att medverka när man skapar t.ex. brukarråd eller brukarpaneler.

För att inte göra den fortsatta texten allför tung används ibland bara begreppet brukare det betyder dock både brukare av olika primärkommunala tjänster och patienter inom hälso- och sjukvård.

Vad är styrning och ledning?



Vad är styrning och ledning?

Enkelt kan man beskriva styrning och ledning som att styrning handlar om vad en organisation ska åstadkomma och ledning hur detta ska ske. I offentlig verksamhet fördelas dessa uppdrag (vad och hur) mellan den politiska ledningen och tjänstemannaledningen. De förtroendevalda har genom uppdraget från medborgarna att prioritera och fördela resurser.

Vilka tjänster och vilken service ska levereras? En del av den service och de tjänsterna som kommuner och landsting tillhandahåller är obligatorisk (styrts via staten) och en del verksamhet är frivillig.

Till sin hjälp i styrningen har de förtroendevalda olika beslut, policys och rutiner som är själva grundstrukturen i ett styr- och ledningssystem. Det handlar till exempel om vision, övergripande mål, resursfördelningsmodell, uppföljning och utvärdering. Vi kan kalla detta för "hårdvaran" (den formella styrningen).

Tjänstemannaledningens roll är att utifrån uppdrag (visioner och mål) organisera och leverera service och tjänster till medborgare och brukare. Detta gör man genom att leda verksamheten.

Till skillnad från styrning, som mer handlar om hårdvara, är fokus inom området ledning "mjukvaran" (den informella styrningen) hur mål, budget och resultat hanteras och förverkligas i dialog och process inom organisationen. Vilken kultur och vilka värdering som ska präglade organisationen.

För att ett styr- och ledningssystem ska fungera är det viktigt att hela tiden vara uppmärksam på att förändringar i styrning troligtvis också kommer att innebära förändringar i sättet att leda. Och vice versa. En tredje komponent som också är av betydelse för styrning och ledning är sättet på vilket man organiserar. En organisationsförändring kan påverka både styrning och ledning och i värsta fall motverka de effekter man vill uppnå. Utgångspunkten måste därför alltid vara att dessa tre komponenter ses som en helhet och att förändringar i någon av delarna måste föregås av en diskussion/analys kring vad som händer med de övriga delarna.

Olika beståndsdelar

Organisation

- Vem gör vad?
- Hur samordna?
- Hur fattar vi beslut?
- Vem skall utföra?
- Hur många gör?

”Hårdvara” (formell styrning)

- Budget/verksamhetsplan
- Mål och mått
- Regler och policyer
- Uppföljningsmodell
- Uppmärksamma goda exempel

”Mjukvara” (mindre formell styrning)

- Värderingar och värdegrund
- Kultur
- Lärande
- Ledarskap
- Medarbetarskap

Ovanstående beskrivning handlar mycket om hur man inom organisationen förhåller sig till varandra och vilka roller/uppdrag man har som tjänstemän och förtroendevalda. Men var kommer medborgarna, brukarna och patienterna in? Hur gör man för att de ska kunna bli medskapare?

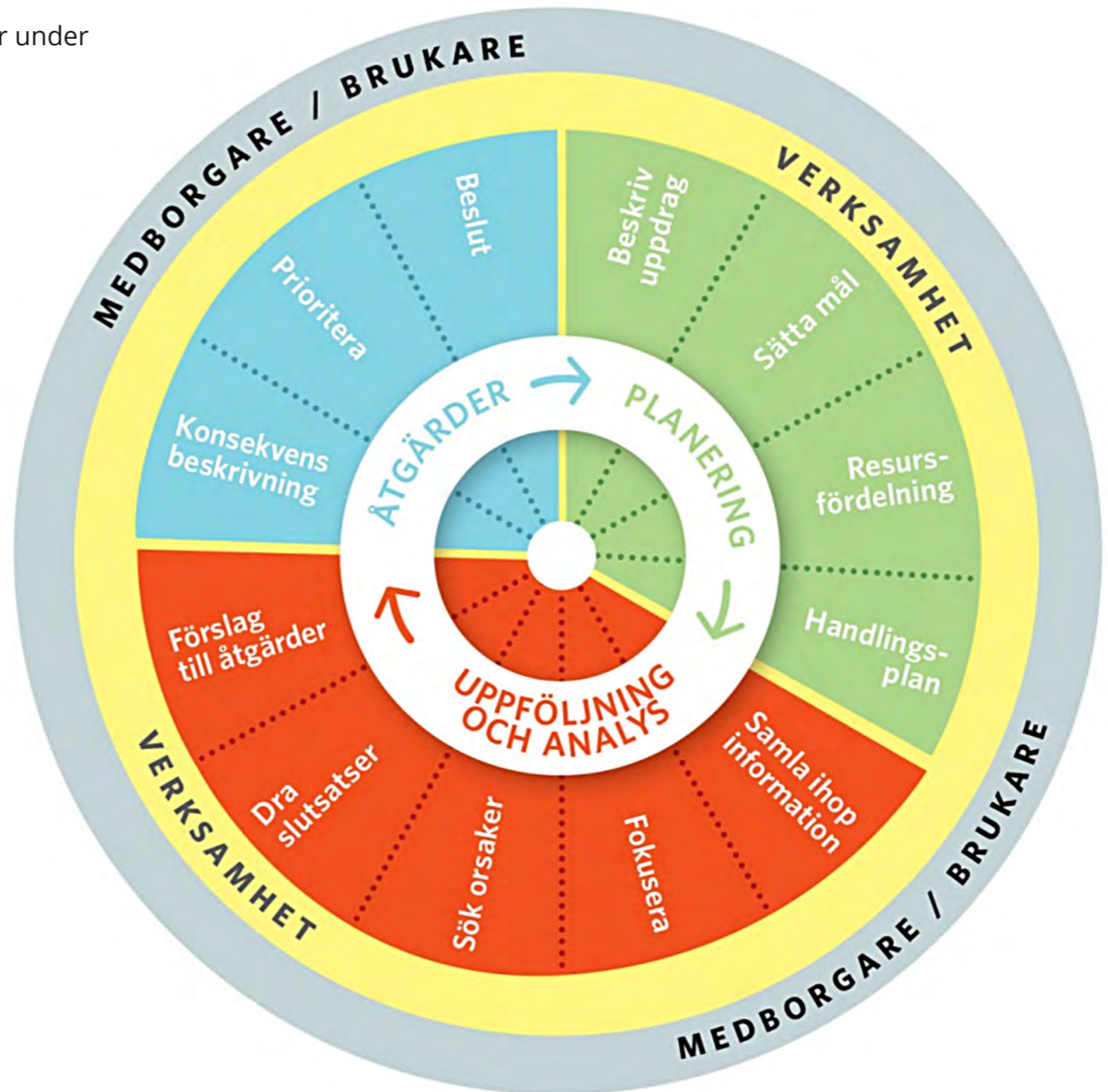
Steg i styrprocessen

Modellen illustrerar de olika slag av aktiviteter som sker under ett verksamhetsår.

Det första steget handlar om planering det vill säga beskriva uppdrag, sätta mål, fördela resurser och upprätta handlingsplaner.

För att säkerställa att verksamheten levererat den service och de tjänster som de förtroendevalda tagit beslut om genomförs en uppföljning. Avvikelse som upptäcks vid uppföljning och analys kan innebära att åtgärder måste vidtas.

Åtgärderna kan vara olika, kanske måste servicen utföras på ett annat sätt än hittills eller så behöver förtroendevalda i sin process se över målen och hur man fördelar resurserna.



Bilden illustrerar att medborgarna/brukarna, patienterna påverkas under varje fas. Om det inte bara ska vara ett inifrån och ut perspektiv måste man ta reda på saker. Om organisationen inte har tillräcklig kunskap om av vad brukarna själva menar att de behöver måste man undersöka genom att involvera. Tydligast blir detta i fasen uppföljning och analys.



Redan i det första steget, när man samlar in information, bör man skapa en bild kring vad brukarna tycker om verksamheten. Att samla in information kan handla om att sammanställa statistik och data (nyckeltal som man redan i förväg bestämt sig för att följa upp) men också att genomföra olika brukarenkäter och kanske intervjua några brukare. Det kan också handla om att ha väl förberedda kontakter med brukar/patientorganisationer.

Den information som samlats in ger en bild över vad man behöver fokusera på. Var finns det avvikelser? Vanligast är att analysen tar sikte på de ekonomiska resurserna. Har vi hållit budget eller ser vi ett underskott i verksamheten? Men detta räcker inte. Den analysen ger inte svar på om man levererat den service och de tjänster som de förtroendevalda uppdragit åt verksamheten att göra.

Man måste alltså göra en mer omfattande analys. Hur upplever brukarna servicen och tjänsterna? Finns det grupper av närstående som har uppfattningar? Har vi nått uppsatta mål? Några av de eventuella avvikelserna kommer att ha en större betydelse än andra och dessa väljer man att jobba vidare med.

För att kunna komma med förslag till åtgärder gäller det att söka orsaker, vilket handlar om att samla in kunskap. Här kan brukarnas erfarenheter också spela en viktig roll. För att få tillgång till deras kunskap kan man åter involvera dem som får del av en verksamhet.

Det kan vara bra att tänka på skillnaden mellan att söka orsaker till avvikelser och att sedan dra slutsatser. Den kunskap som skapas genom dialogen bör också finnas med och användas när man tar fram förslag till åtgärder. Även i detta sista steg är det möjligt att mer direkt involvera brukare, eller i vissa fall närstående, i processen med att komma fram till vilka åtgärder som behövs. Brukare/patienter eller närstående har med sin annorlunda utgångspunkt inte sällan överraskande förslag till åtgärder.

Brukarnas synpunkter och kunskap är också en viktig input när man planerar och sätter mål för verksamheten.

Beroende på vilket slag av mål det handlar om och vilken verksamhet målen ska sättas för finns det anledning att tänka igenom vilka som är berörda. Är det brukare/patienter, närstående eller är det invånare? Handlar det om ny matproduktion för äldreboende ligger brukare nära till hands. Om det däremot handlar om långsiktig plan för kommunens äldreboende och kanske lokalisering av nya boenden blir det alltmer en fråga för invånare i allmänhet. Om det är en vårdkedja som ska ändras är patienter och närstående den bästa kunskapskällan. Om det handlar om att ändra ambulansverksamheten eller folkhälsofrågorna vänder man sig nog också till invånarna.

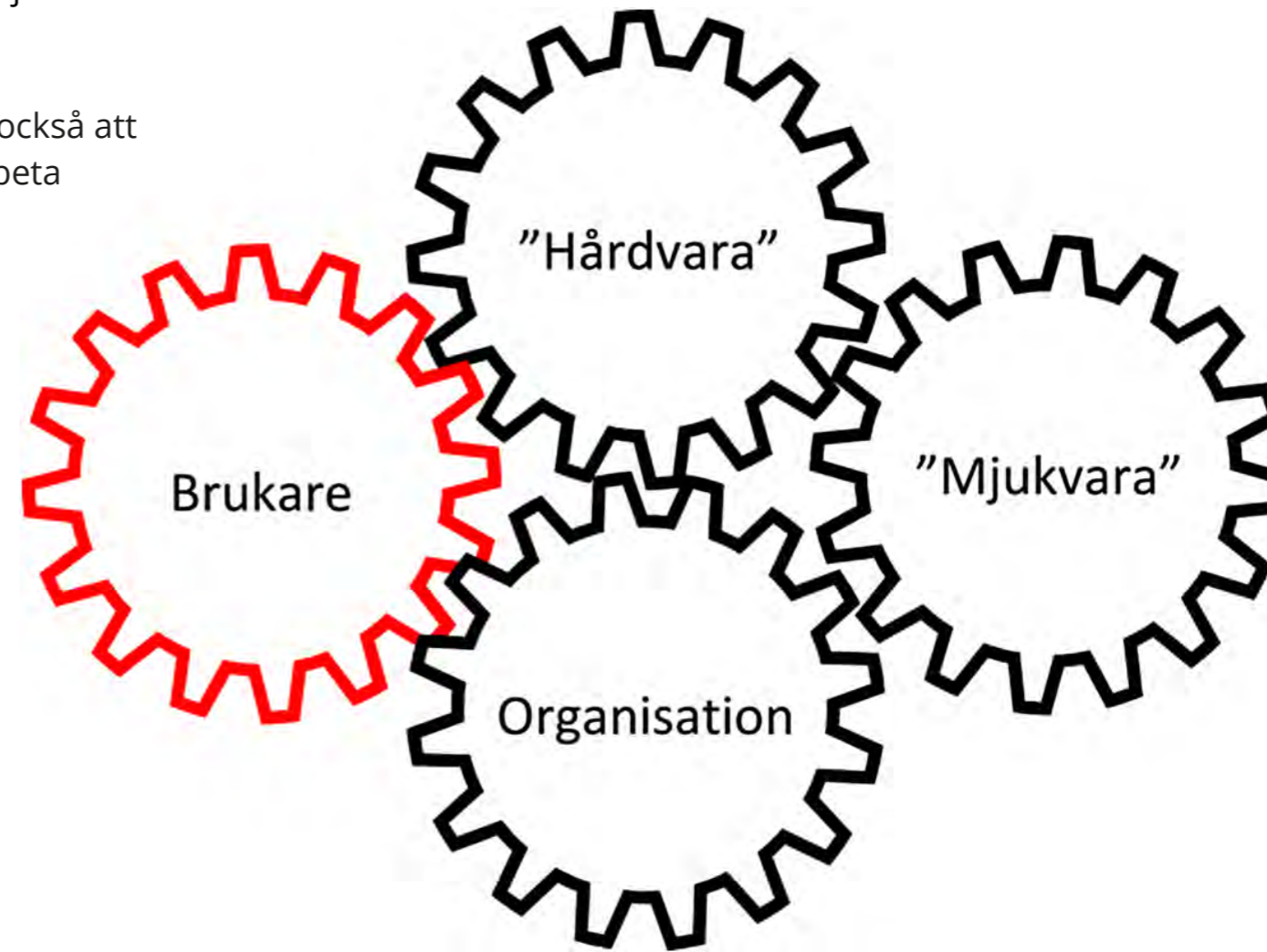
Delarna påverkar varandra

När man börjar involvera brukare eller patienter i sina processer så är det också viktigt att fundera över vilka konsekvenser detta får för styr- och ledningssystemet. Vi beskrev tidigare vikten av att det måste ske ett samspel mellan "hårdvara", "mjukvara" och hur man organiserar verksamheten. Det kan illustreras som kugghjul.

Om man kopplar på ytterligare ett kugghjul kommer de övriga hjulen också att påverkas. Till exempel behöver en beskrivning kring hur man skall arbeta med brukarmedverkan eller målsättningen ingå i olika styrande dokument. Medarbetare och chefer måste få verktyg för att brukarna skall kunna involveras etc.

Verktygen kan vara tid, högre grad av frihet i att lägga upp arbetet eller kanske ekonomiska resurser för utbildning eller externt startstöd.

Hur ser det ut hos er? Hur kommer ert arbetssätt att påverkas när brukarmedverkan blir en del i er styrning och ledning?



Vi ska kroka arm med patienten



Carina Nordqvist Falk arbetar med strategiska frågor i Region Skåne, hon beskriver här sin syn på behovet av att involvera patienter.

Sätt för att fånga av brukares, patienters perspektiv

Att ha ett barnperspektiv, ett brukarperspektiv eller ett patientperspektiv är inte riktigt samma sak som se saker ur barns, brukares eller patienters perspektiv. Brukarperspektiv och patientperspektiv torde finnas i alla kommunala och landstingskommunala verksamheter. Men ska man dessutom kunna se saker ur användarnas perspektiv måste man låta dessas röst bli hörd. Detta kan ske på en mängd olika sätt.

I detta avsnitt finns några exempel.



Sätt för att fånga av brukares, patienters perspektiv

Oavsett vilken metod man väljer finns det anledning att fundera i termer av genus. Finns det någonting som gör att man kan ana att det kommer att vara lättare för kvinnor eller för män att medverka i den metod man tänker använda? Finns det anledning anta att fler personer av det ena könet hörsammar en propå om att medverka i en viss aktivitet?

På samma sätt krävs det eftertanke kring om en viss metod kan tänkas missgynna patienter eller brukare som kommer från en annan kultur eller vars kunskaper i svenska ännu är knappa.



Uppföljning

Enkäter riktade till dem som får del av en verksamhet kan vara ett bra sätt att få en bild att använda i uppföljning och analys. Väl utformade och med god svarsfrekvens kan det bli ett väsentligt inslag vid sidan av andra fakta.

Några saker som kan vara bra att tänka på när enkäter utformas är:

- tar frågorna upp det som vi i verksamheten/i ledningen vill veta
- tar frågorna upp det som vi i verksamheten tror att brukarna/patienterna vill förmedla
- tar frågorna upp vad brukare/patienter faktiskt vill att vi ska veta

För att svaren ska spegla också det som användarna menar är viktigt måste de få delta i att utforma enkäten. Bäst är att föra förut-sättningslösa samtal med några brukare om vad de skulle vilja berätta, utifrån detta formulera förslag till frågor som också sen stäms av med företrädare för dem som ska få enkäten. Det handlar då både om att det är rätt frågor och om att frågorna är bra formulerade.

Annat som är bra att tänka på är

- kommer användarna att kunna svara själva, eller blir det sannolikt svar från en anhörig eller närstående, som ju inte alltid har samma syn som användaren själv
- om den grupp man vänder sig till generellt kan antas ha svårt för att svara på en enkät kanske det finns sätt att komplettera med röster från några individer, ett samtal kan vara lättare för vissa än att fylla i enkät

- det finns särskilda hjälpmedel att använda för grupper som saknar eller har begränsad förmåga att tala, läsa och skriva (Pictogram – ett språk i bilder är ett sådant)

Andra metoder för uppföljning kan också vara användbara. Intervjuer kan vara ett sätt och fokusgrupper då man fångar fleras uppfattning samtidigt används ofta. När det gäller brukargrupper som kan ha svårt att svara på enkäter eller uttrycka sig i intervjusammanhang kan deltagande observationer vara ett sätt att ändå söka se verksamheten ur ett användarperspektiv istället för ur producentens perspektiv eller med de anställdas ögon.

Åtgärder - ta fram förslag

Det kan finnas anledning att involvera brukare/patienter även i den fas då man ska komma fram till vad som behöver ändras. Någon form av kreativt möte med verksamhetens användare torde ge mest. Några saker som kan vara bra att tänka på:

- en plats som inte är den vanliga för deltagarna kan ge mer inspiration
- ska man bjuda in de som faktiskt använder en tjänst och eller företrädare för patient/brukarorganisation, eller både och
- finns det anhöriga närstående som kan bidra
- det bör finnas någon form av balans i mötet, en eller ett par brukare och många från kommunen/ landstinget fungerar erfarenhetsmässigt mindre bra, helst bör de som förväntas komma med förslag utifrån egen erfarenhet vara i majoritet
- sträva efter att inte ha färdiga förslag som man ber att få synpunkter på, låt användarna vara med och kläcka idéerna

Planera - sätta mål

Även när det gäller att sätta mål för den kommande perioden eller för någon ny eller ändrad verksamhet kan dialog med presumtiva brukare ge viktiga bidrag. Samma resonemang som i avsnittet ovan om åtgärder kan vara giltigt.

Beroende på vilken verksamhet det handlar om kan det finnas anledning att också ha någon form av dialog med andra än de som redan får del av en viss tjänst. Finns det grupper som kan identifieras som presumtiva brukare eller finns det anledning att involvera invånarna mer allmänt?

Brukar- och patientorganisationer – en självklar roll

Olika slag av brukarorganisationer och patientorganisationer har en given plats när det gäller att fånga olika användares behov och erfarenhetskunskap. Genom föreningarnas interna arbete och demokratiska struktur bildas det en sorts ackumulerad och mer generell kunskap kring vad de viktigaste behoven är och vad som fungerar och vad som fungerar mindre bra. I ökande grad uttalar organisationerna också att de inte främst vill få möjlighet att framföra kritik.

Man är beredd att ställa upp och bidra med förslag till förbättringar eller nya lösningar. Och det finns en stor medvetenhet om den knapphet på ekonomiska resurser som ligger bakom behovet av att effektivisera och göra prioriteringar. Man poängterar att den kunskap som samlas inom organisationerna bygger på egna erfarenheter och därför är av ett annat slag än den som finns hos de professionella.

Kommuner och landsting/regioner har olika slag av permanenta funktioner för samverkan med brukar- och patientorganisationer. Handikapp eller funktionshinderråd i kommuner, patientråd knutna till vårdcentral, kommunalt pensionärsråd och samverkansorgan med patientorganisationer på central landstingsnivå finns överallt. För att denna typ av samverkansorgan ska utnyttjas på bästa sätt kan det från tid till annan vara bra att fundera igenom formerna. Erfarenhet visar att det kan vara lätt att fastna i invanda mönster.

En agenda satt av kommun eller landsting och ett antal, inte sällan komplicerade, dokument som skickas ut för synpunkter kanske inte leder till största möjliga utbyte vare sig för deltagarna från organisationerna eller för landstinget/kommunen.

Metoder från tjänstedesignområdet

Metoder hämtade från tjänstedesignområdet kan vara användbara oavsett var i styrprocessen man befinner sig. Metoderna har ibland sitt ursprung inom det etnografiska vetenskapsområdet.

Tjänstedesignmetoder har allt mer kommit att användas för att ta reda på vilka behov brukare/patienter har, särskilt gäller det när man behöver förstå vilka outtalade eller mer svårfångade behov som finns. Metoderna kan också användas för att till exempel få del av vad en grupp patienter anser om den vård de får, eller hur den som behöver ekonomiskt bistånd upplever mötet med socialtjänsten. Man får hjälp att sätta sig in i annan individs eller en annan grupps upplevelser av en tjänst eller en situation.

Den professionella empatin ökar eftersom metoderna skapar mer jämställda möten och större förståelse.

En mycket förenklad definition av tjänstedesign är att det är:

- metoder för att ta reda på vad som är kundens/brukarens/patientens verkliga behov – inte bara de enkelt uttalade
- en metod för att stanna kvar i en problemställning/frågeställning, kanske omformulera problemet och för att inte snabbt hamna i lösningsdiskussioner

- ett sätt att skapa en kultur för ett experimenterande arbetssätt, nödvändigt för att hitta nya lösningar
- att man prövar sig fram, tar fram en så kallad prototyp, testar, ändrar och prövar på nytt innan en ny lösning, ett nytt sätt att utforma en tjänst eller en verksamhet görs till verklighet
- att hitta förbättringar eller nya lösningar tillsammans med dem som en verksamhet är till för

Det finns ett flertal metoder för att sätta sig in i hur patienter/brukare upplever sina möten med organisationen. Deltagande observation och skuggning är metoder för att så att säga gå i användarens skor. Att låta en brukare eller patient skriva dagbok som sen blir grund för analys är ett annat sätt att komma till insikt, att skapa den professionella empatin. Det finns också metoder som kan användas för att skapa kreativa möten i syfte att involvera användare i att utforma nya lösningar eller förslag till förbättringar.

Företrädare för designbranschen brukar mena att design är en användarcentrerad kreativ problemlösningsmetod och att det är en process som kan användas vid allt förbättringsarbete.

I de två filmerna på nästa sida finns mer information om vad tjänstedesign är.

Tjänstedesign för livskvalitet och hälsa

Tjänstedesign i vården, en kort introduktion.



**Vilket är behovet
egentligen?**

Tjänstedesign, men hur gör man då?

Fördjupning kring tjänstedesign i vården, Skara Lasarett i Västra Götaland, Experiolab i Landstinget i Värmland och Kommunförbundet Västerbotten med Vännäs kommun.

Användarinvolvering i upphandlingsprocessen



Användarinvolvering i upphandlingsprocessen

När allt mer av kommuners, landstings och regioners välfärdstjänster produceras av externa utförare ökar behovet av att även upphandlings och uppföljningsprocesserna utvecklas mot större brukar- och patientmedverkan. Det är angeläget att ta till vara kunskaper och synpunkter från dem som en verksamhet är till för när kvalitet ska säkras oavsett regiform.

Under hösten 2014 utarbetades inom SKL en modell för hur man kan samverka med brukare och patienter kring verksamhet som regleras genom olika former av avtal. Många av idéerna i modellen kan användas även för verksamhet i egen regi.

Skriften handlar mest om processen inom en kommun eller ett landsting. Men där finns också tankegångar kring hur man som beställare kan påverka de externa utförarna att i den vardagliga verksamheten ta till vara brukares eller patienters medskapande. När kommunen eller landstinget vill att invånarna såsom brukare eller patienter ska kunna påverka oavsett vem som producerar verksamheten finns en risk för detaljstyrning. Ambitionen kan leda till att man beskriver hur det ska gå till, med stelbenthet och likriktning som följd.

Men det kanske ändå är dags att börja ställa frågor av karaktären:

Vilken roll förutsäger ni för brukare i utveckling och genomförande av er service?

Hur identifierar er verksamhet brukarnas styrkor och hur mobiliserar ni den?

Hur kommer bidraget från brukare, anhöriga och andra att mätas och belönas?

Modellen för brukarmedverkan i upphandlingsprocessen presenteras i en skrift som finns i SKLs webbutik och här:

Samverkan med brukare och patienter – i upphandlingsprocessen



Läget i den egna organisationen

Inför valet 2014 väcktes frågan om vad nya förtroendevalda i kommuner och landsting kunde ha glädje av när man ska sätta sig in i nya uppdrag, till exempel med avseende på brukar/patient medverkan. Med i först hand förtroendevalda för ögonen sammanställdes ett material med en bakgrundsbeskrivning och ett 20 tal frågeställningar. Materialet är användbart även för andra som har intresse av att utveckla organisationen mot mer medskapande. Genom att gå igenom och söka svar på frågorna får man fram en bild var organisationen befinner sig när det gäller ett systematiskt arbete för att öka brukar- och patientmedverkan. Det finns givetvis inget som säger att alla de faktorer som berörs i listans frågor måste vara på plats för ett framgångsrikt arbete, därtill är kommuners och landstings uppdrag och organisationer allt för olika.

Dokumentet, som också finns på SKLs webbplats har rubriken Styrning – ökat fokus på brukares och patienters medskapande.



Styrning – ökat fokus på brukares och patienters medskapande

Synen på brukare och patienter som medskapare i vård, omsorg eller andra offentligfinansierade tjänster har förändrats under senare år. Detta var bakgrunden till det politiska beslutet i SKLs styrelse om ett s.k. positionspapper år 2010.

Arbetet med att sprida goda exempel, analysera olika slag av förutsättningar för att ge brukare och patienter en ny roll har därefter fortsatt. Det har bl.a. skett inom ramen för



Hur kan det gå till?

I detta avsnitt beskrivs arbetet för att öka medskapandet av dem verksamheten är till för. Exempel som nämns gör vare sig anspråk på att vara de enda eller de bästa. Ambitionen är att visa på bredden.



”Alla cancerpatienter ska vara välinformerade och delaktiga genom hela vårdkedjan”

Mot en ännu bättre cancervård

Regionalt cancercentrum sydöst är en kunskapsorganisation som arbetar för att cancervården utvecklas utifrån ett tydligt patientperspektiv.



NYHETER

18 dec 2014
Nya topplistor publicerade!

18 dec 2014
Antalet cancerfall fortsätter öka

KALENDER

20 januari 2015
Kvalitetsregisterkonferens i Jönköping

5 maj 2015
Utvecklingskraft Cancer 2015

Försörjningsstöd socialförvaltningen

Inom försörjningsstödsverksamheten finns modeller för att ta till sig brukares erfarenhetsbaserade kunskap. Råd som träffas regelbundet är ett sätt. Framväxten har inte alltid varit enkel. Ibland har intresset att delta varit klent, eller så har det varit svårt för deltagare att förstå att mötet inte handlar om deras personliga livssituation. Hur man ska välja deltagare om intresset blir stort eller om det behövs någon form av representativitet är frågor man funderat över. Ska deltagarna få ett arvode är en annan inte helt enkel fråga. I någon kommun har man beslutat att ge ett arvode till deltagarna utan att minska försörjningsstödet. Man menar att just detta är ett sätt att visa hur mycket man värdesätter de kunskaper och synpunkter som brukarna tar med sig till rådet.

Inflytanderådet i Nynäshamn har funnits några år nu. Man vill att invånare som har försörjningsstöd ska få vara med och tycka till för att man ska förbättra sig och sin verksamhet. Rådet träffas en gång i månaden och består av dussintalet personer. Rådet är delaktiga vid bl.a. anställning av personal på enheten, vid förbättringar av organisationen och vid utveckling av kommunens webbplats tillsammans med webbansvarig.

I Lunds kommun finns också ett brukarråd, det träffas cirka fyra gånger om året. Det har inte varit helt lätt att rekrytera deltagare, men de som varit med är både kvinnor och män, är i olika åldrar och har sina rötter både i Sverige och i andra länder. Förvaltningen menar att det är en viktig verksamhet och intensifierar under början av 2015 sina insatser för att rekrytera deltagare.

De kunskaper man får genom brukarrådets samlade erfarenhet leder till bättre information och gör att möten med nya brukare blir bättre. De mer långsiktiga effekterna av verksamheten för hela gruppen brukare är dock inte så lätta att mäta.

Den personcentrerade vården och patienter som utbildar

Ett aktuellt exempel i sjukvården är arbetssättet som kallas personcentrerad vård. Patienten möts som en person med kunskap, vilja till ansvarstagande och med viktiga önskemål. Man strävar efter ett partnerskap mellan den som behöver vård och de som ger vården. Patientens, personens unika perspektiv ges stor vikt bredvid det professionella perspektivet. I avsnittet Resultatet av brukar- och patientmedverkan finns en beskrivning av arbetssättet från Sahlgrenska sjukhuset i Västra Götaland.

Patienter som drabbas av kroniska sjukdomar behöver rustas med kunskap och för eget ansvarstagande. Utbildningar för den som drabbats av kronisk sjukdom och för närstående förekommer på de allra flesta håll. Medverkan från individer som själva har en kronisk sjukdom har visat sig framgångsrikt. Vid Kompetenscentrum för patient- och närståendebildning i Västra Götaland har man två komponenter.

Den ena är att utbildningen leds av två personer med olika kompetenser, den ena från vården och den andra med egen erfarenhet. Den andra komponenten är att det väsentligen är deltagarna själva som styr vad utbildningen ska innehålla.

Estherarbetet på Höglandet

Höglandet inom Region Jönköpings län består av sex kommuner. Esther är namnet på ett samarbete mellan kommunerna, primärvården och slutenvården kring vården av sjuka äldre. Samarbetspartner är också senior och patientorganisationer. Arbetet har pågått i drygt femton år. Esther är en symbolisk patient med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning mellan sjukhus, primärvård, hemvård och omsorg.

Särskilda Esthercoacher, idag ca 180 personer, som kommer från både kommuner och landsting har fått en specialdesignad utbildning. De framhåller kontinuerligt visionen om trygghet, oberoende och om ständigt förbättrad samordning. De ställer ideligen frågan; vad är bäst för Esther? Deras roll är också att hela tiden påminna om mottot, vi ska göra tillsammans med Esther.

Ett annat inslag i arbetet är Esthercafé. Till ett sådant café bjuds alla sorters vård- och omsorgspersonal, både kommunernas och landstingets medarbetare. Syftet är att tillsammans ta vården ytterligare ett steg framåt. Ett bärande inslag är att brukare/patienter finns med. Någon/några av dessa berättar själv om en aktuell erfarenhet från vårdkedjan. Berättelsen blir grund för gemensamt lärande.

Sommaren 2014 gjorde brittiska BBC ett reportage om Estherarbetet och senare utsågs arbetet av den internationella nyhetskanalen CNN till en av " världens coolaste innovationer".

Experio Lab

Inom Landstinget i Värmland finns Experio Lab som är ett center för patientnära tjänsteinnovationer. Uppdraget är att skapa möten mellan vård och design. Man engagerar personal, patienter och närstående för att tillsammans utforma välfärdstjänster och förbättra processerna. Man driver olika slag av innovationsprojekt med fokus på patientens bästa väg genom vården. Projekten ska också leda till att anställda utrustas med praktiska verktyg baserade på tjänstedesign som gör att de själva kontinuerligt kan involvera patienter.

Ett av projekten är "Kroniskt engagerade". Det genomförs i samverkan mellan Landstinget i Sörmland och Landstinget Värmland. Syftet är att genom tjänsteinnovation skapa exempel på hur vården av patienter med kroniska sjukdomar kan bedrivas med en högre grad av medskapande för förbättrad vård. Personal och patienter vid vårdcentralerna City Eskilstuna och Vårdcentralen Kronoparken i Karlstad var engagerade.

Hur patienterna respektive de anställda tänker kring detta sätt att arbeta beskrivs i två filmer.



Medarbetarperspektiv **Patienters perspektiv**

Delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande eller shared decision making är ett arbetsätt för att öka individers delaktighet i vården och omsorgen. Metoden hjälper personen att ta en aktiv roll i beslut om den egna hälsan och om behov av vård och stöd. Den används särskilt inom psykiatrisk vård och omsorg men också inom cancervården. Socialstyrelsen har gett ut material kring hur metoden kan tillämpas just inom psykiatrin och socialpsykiatrin. Utgångspunkten är att brukare och professionella är jämlika parter med två olika former av kunskap.

Två uttalanden om delat beslutsfattande hämtade ur en skrift från "PsykosR – projektet bättre psykosvård."

"Förut har vi satt målen efter biståndsbeslutet. De skiljer sig i regel från brukarens egna personliga mål. Nu kompletterar de varandra kring vilka förändringar som behövs. Vi kartlägger vad brukaren vill ha ut, vilka önskemål om insatser han eller hon har. Det blir ett viktigt komplement till våra tankar kring vad som behövs. Det är ett helt annat sätt att fatta beslut. Det är en stor skillnad. De gör att vi jobbar tillsammans mot något, att vi jobbar tillsammans mot ett och samma mål."

– Marcus, projektsamordnare vid kommunen

"Den stora skillnaden med delat beslutsfattande är att jag känner frihet. När jag inte haft delat beslutsfattande så har jag känt mig låst och maktlös. Man riskerar att bli anti mot insatser om man inte fått vara med och välja. Jag kan bara utgå från mig själv men för mig innebär det att jag tar mer ansvar. Jag tar mer ansvar eftersom jag vet att vi har en plan som kommer fungera för mig."

– Magnus, brukare

Inom landstinget Dalarna samt Borlänge Kommun kommer man att börja använda metoden under 2015. Arbetet påbörjas i psykiatrisk öppenvård samt i kommunal verksamhet i samband med biståndsbeslut och arbete med genomförandeplaner.

Forskning visar att grundförutsättningarna för att delat beslutsfattande ska fungera är att personal erbjuds utbildning i arbetssättet samt att beslutsstöd finns tillgängligt för patienter/brukare. I Dalarna har en tvådagars utbildning för personal utarbetats. Man har också tagit fram ett brukargenererat beslutsstöd som ska vara en del i implementeringen. Arbetet kommer att följas av forskare från Högskolan Dalarna, Umeå Universitet samt Högskolan i Halmstad.

Familjerådslag

I Höörs kommun jobbar socialtjänsten utifrån ett s.k. salutogent förhållningssätt. Man fokuserar på helhet, det som fungerar, inte bara det som fallerar. En gemensam värdegrund spelar stor roll. I den ingår att öka inflytandet för dem som får del av olika tjänster. I arbetet med att ta fram värdegrunden har alla medarbetare i social sektor, förtroendevalda och företrädare för pensionärs- och handikapporganisationer deltagit aktivt.

I mer än 10 år har man som ett sätt att öka inflytandet använt metoden familjerådslag för att tillsammans med familj och nätverk komma fram till beslut. Rådslag används i flera olika sammanhang. Vanligast kring barn i utsatta situationer där man behöver fatta viktiga beslut om framtiden, kring vuxna med missbruk eller med långvarigt behov av försörjningsstöd men även för äldre i behov av stöd och för personer med funktionsnedsättning. Ett familjerådslag innebär att man samlar viktiga personer, närstående, vänner och andra betydelsefulla individer för att diskutera och planera framåt tillsammans med personen som behöver av stöd. En opartisk samordnare hjälper till att organisera mötet så att det blir så konstruktivt som möjligt. Tanken är att man skall förena den privata och den professionella kunskapen.

I Höörs kommun menar man att det inte räcker med att "individen ska kunna vara med och ta aktiv del i beslut som rör hans eller hennes vardag" (formulering i vägledningsmaterial från Socialstyrelsen). Man menar istället att det handlar om att "medborgaren ska äga både problemet och lösningarna på problemet".

Man lägger sig vinn om att inte använda begrepp som brukare eller klient utan använder konsekvent begreppet medborgare. Så här menar man: "för att myndiggöra de personer socialtjänsten möter är det viktigt att möta dem just som medborgare".

Man gör årligen en värdegrunds enkät till sina brukare. Den delas ut till dem som har kontakt med individ- och familjeomsorgens olika verksamheter. Kontakten kan handla om att söka försörjningsstöd, vara med om en barnutredning, involvering i ett familjerättsärende, att få stöd i sin föräldraroll, delta i en "killgrupp" eller vara företagare som ansöker om serveringstillstånd. Några exempel på frågeställningar i enkäten är:

- **Blev du bemött med förståelse för din situation? Tycker du att personalen lyssnar aktivt och visar intresse för dig och din situation? Tycker du att personalen tar/tog hänsyn till dig som unik individ?**
- **Anser du att du får/fick det stöd du behöver? Anser du att du kan/kunde påverka de beslut som du får/fick?**
- **Tycker du att personalen bemöter/bemötte dig med respekt? Fick du information om och motivering till de beslut som fattas?**
- **Har kontakten med socialtjänsten i Höör påverkat din livssituation i positiv riktning?**

Genomgående får man positiva svar på enkäten, något bättre 2014 än 2013. 64 % svarar att kontakten med socialtjänsten i hög eller mycket hög grad påverkar livssituationen i positiv riktning. Endast 4 % svarar att så inte var fallet.

I januari 2015 fanns en insändare i tidningen Dagens Samhälle om arbetssättet inom Höör kommuns socialtjänst. Den var skriven av Hans Bäckström som är familjebehandlare/processledare. I det som Hans skickade till tidningen, längre än den version som togs in, skrev Hans om familjerådslag:

”Detta synsätt kräver inte mer resurser men vi ser att det skapar fler samförståndslösningar på familjens villkor. Lösningar som vi som tjänstemän aldrig kunnat räkna ut eller ens kunnat föreslå om vi kunnat tänka ut det, men när det kommer från familjerna själva så finns det en kraft som oftast leder till varaktiga lösningar på medborgarnas villkor.”

Insändare i Dagens Samhälle den 22 jan

som jag genom åren följt utvecklingen inom socialtjänsten.

Varje socialkontor har i dag avsevärt mer personal än när jag började arbeta för 30 år sedan men allt mer av dessa resurser har gått till administration, att följa riktlinjer, manualer och nya lagregleringar samt en ständig strävan att inte göra fel och bli prickad.

Det är inte för att vara sentimental och säga att allt var bättre förr som jag skriver detta. Forskning och metodutveckling har betydtt mycket för att förstå vad som fungerar och vad som inte fungerar. Vi har i dag tack vare forskningen mycket mer kunskap och det sociala arbetet är på många sätt mycket mer utvecklat och professionellt i dag, än då.

I Höör har man under många år på ett medvetet sätt jobbat med att förankra en värdegrund hos all personal inom social sektor. Den som startade detta utvecklingsarbete var före detta socialchefen

oftast leder till varaktiga lösningar på medborgarens villkor. Vi har färre placeringar än kommuner i motsvarande storlek i omgivningen, vi har egen öppenvård där vi inte blivit beroende av att köpa tjänster från privata aktörer och vi har stolta och erfarna medarbetare.

Vi har utredare inom individ- och familjeomsorgen som arbetat många år, vi har en rätt jämn könsfördelning, få eller inga som slutar och en möjlighet för nyanställda att få ordentlig introduktion av erfaren personal. Vi har kloka arbetsledare och en klok socialnämnd som har under 2014 godkänt en ökning av antalet anställda, i takt med en ärendeökning, och detta innan det blivit ”för sent”.

För att veta om vi efterlever vår värdegrund och om våra insatser gör någon skillnad så gör vi varje år en enkätundersökning bland våra besökare. Den visar nu för andra året ett fantastiskt resultat och ger positiv respons på hur vi bemöter, lyssnar, ger stöd och ger

Politiker möter patienter och brukare

Brukardialogsberedningar i Region Östergötland

I Region Östergötland har man sedan mer än 10 år ett systematiskt sätt att ta tillvara patienters kunskap och erfarenheter. Inom hälso- och sjukvårdsnämnden finns fem särskilda brukardialogsberedningar som var och en består av sju förtroendevalda. Beredningarnas uppdrag är att genom dialog med brukare och medborgare bidra med behovsanalyser. Resultaten av beredningarnas arbete har kommit att bli väsentliga inslag i regionens samlade styrning. Många av de förtroendevalda tycker att uppdraget i en brukardialogsberedning är bland det roligaste man kan arbeta med som politiker.

Läs mer i regionens egen presentationsfolder

The image shows the cover of a presentation folder. It has a dark blue background with white text. The title 'Brukardialogberedningar i Region Östergötland' is prominently displayed in a large, white, sans-serif font. Below the title, the website address 'www.regionostergotland.se' is written in a smaller white font. In the bottom right corner, there is the logo for Region Östergötland, which consists of a stylized white flower or snowflake icon next to the text 'Region Östergötland'.



Kontaktpolitiker och platsbesök i Linköping

I Linköpings kommun, inom Omsorgsnämndens ansvarsområde, bidrar de förtroendevalda direkt i kvalitetsarbetet. Utgångspunkten för nämndens arbete är att kvalitet är svårfångat och vad som är god kvalitet låter sig inte fastställas på ett entydigt och objektivt sätt. Man använder givetvis många olika källor, t.ex. nationella kvalitetsuppföljningar, system för synpunkts och klagomålshantering, verksamheternas information och bidrag från intresseorganisationer.

Några av de viktiga inslagen i uppföljningen blir till genom de förtroendevalda. Man har kontaktpolitiker och det görs platsbesök i verksamheterna. Alla verksamheter har kontaktpolitiker vars roll är att vara länk mellan nämnden och brukare och anhöriga. Kontaktpolitikerna får en inblick i brukarnas vardag. Det finns en uppbyggd struktur men det är upp till den enskilde politikern att initiera olika slag av kontakter. Man är t.ex. ofta med vid träffar för anhöriga. Kontaktpolitikerna lämnar rapporter vid nämndsammanträden. Platsbesöken är ett system som man jobbat med i mer än 20 år. Besöken görs enligt en plan både hos verksamheter i egen regi och sådana som drivs av externa utförare. Boenden, daglig verksamhet, beroendemottagning och ungdomsmottagning är exempel på verksamheter som får besök.

Ett platsbesök föregås av en inbjudan skickad till brukarna tillsammans med frågeställningar som man vill samtala utifrån. Samtalet genomförs med brukarna i grupp men utan att personalen är med. Vid speciella verksamheter, beroende på vilka brukarna är, deltar dock en person från verksamhetsledningen. Det är politiker som håller i mötet och en tjänsteman från förvaltningen finns med för att dokumentera.

Materialet sammanställs och det görs rapporter till nämnden. Man menar att samtalen leder till ny kunskap om vad som fungera och inte fungerar. Ibland leder den nya kunskapen till särskilda uppdrag och en fördjupad uppföljning. Oftast visar brukare stort intresse för besöken och man uppskattar att få träffa politiker. I en presentation av verksamheten sa nämndens förra ordförande:

”Det gäller att ställa rätt frågor och hela tiden ha med brukar – medborgarperspektivet, vem verksamheten är till för. En uppföljning ger sällan alla svar – men det ger oss mer kunskap på vägen.”

”Krångla inte till det, ibland väntar vi på den optimala uppföljningsmodellen och som ursäkt gör vi ingenting.”

Filmer om Cancercentrum Sydöst och hemtjänsten i Hultsfred

I Regionalt cancercentrum Sydöst finns en stark idé om att man behöver den kunskap som finns hos patienter. Här finns ett patient- och närstående råd som består av företrädare från olika cancerföreningar i regionen.

Rådets medlemmar är delaktiga i arbetet med olika utvecklingsfrågor. De deltar i nätverksmöten och de är med på möten med sjukhuskliniker i regionen.

Hans Starkhammar är verksamhets chef vid centrat, i filmen berättar Hans, som själv är läkare, varför han tycker att det är viktigt med medskapande patientföreträdare.



Patientinflytande i cancervården

I hemtjänsten i Hultsfreds kommun agerar man efter devisen att individualisera sina tjänster. Man är flexibel i sitt förhållningssätt och man har "av byråkratiserat" sitt sätt att ge brukarna det de behöver, när de behöver det.

Förvaltningen har ett brukarråd för äldreomsorgsområdet i vilket det finns både organisationsföreträdare och några enskilda brukare.

Mer om Hultsfreds sätt att arbeta finns i filmen.



Brukares delaktighet i utformandet av hemtjänsten

Anställda erfarenhetsexperter

En utvecklingslinje som ser ut att växa är att man skapar anställningar för personer som bl.a. kallas erfarenhetsexperter. Det handlar om individer med egen erfarenhet av en sjukdom eller av att ha haft svårigheter i sitt liv. Ibland är den egna erfarenheten den huvudsakliga "meriten" ibland söker man någon med vårdutbildning men ställer dessutom kravet på att ha egen erfarenhet.

Vid Ryhovs sjukhus i Region Jönköpings län har man sedan något år tillbaks en anställd patientstödare. Han har både länge varit patient på sjukhusets självdialysenhet och blivit njurtransplanterad. Genom att erbjuda patienter som har drabbats av kronisk sjukdom kontakt med en person med egen erfarenhet vill medicinkliniken ge dessa grupper ett bättre stöd. Idén är också att personalen genom patientstödjaren ska få bättre kunskap om och lättare kunna sätt sig in i hur det känns att ha en kronisk sjukdom.

Verksamhetsledaren menar att i teorin vet professionerna mycket om sjukdomar och om behandlingar men känslorna kring sjukdomen är en annan dimension.

Till RCC väst, Regionalt cancercentrum väst, finns knutet ett fristående patient och närstående perspektiv råd. Rådet arbetar för att dessas perspektiv ska genomsyra förbättringsarbete och för att stärka patientens ställning i cancervården.

Nyligen anställde RCC dessutom en kvinna som patientombud, på en tillsvidareanställning. Hon har själv gått igenom en cancer-sjukdom. Ledningen för centrat menar att det handlar om att få in flera perspektiv. Många av vårdkedjorna är skapade utifrån organisationens behov och man vill istället uppnå en kedja som är bra sett ut ur patientens perspektiv.

Ett annat område där man funnit att det är framgångsrikt att anställa personer med egna erfarenheter är missbruksvård. Det finns exempel från socialtjänsten där man konstaterar att de anställda som har egen erfarenhet av missbruk åstadkommer bra och t.o.m. bättre resultat med de brukare som de behandlar än vad kollegorna med den traditionella utbildningen gör.

Ett ytterligare område med utveckling mot att anställa personer som har egen erfarenhet är psykiatri.

Det förekommer på flera platser särskilt i storstäderna. Men också på mindre orter, vuxenpsykiatri i Skaraborgs sjukhus i Falköping fick våren 2014 Psykiatrifondens pris just därför att man hade anställt en före detta patient. Man konstaterade då att det snabbt hade märkts positiva effekter. Ett av skälen är att denne anställde kan ha fokus helt på patienters perspektiv, de professionella har många andra pusselbitar att tänka på.

Även inom psykiatri i Region Skåne är man igång med att anställa personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom. Man menar att det handlar om en helt ny yrkeskategori, mentorer.

En mentor är en medarbetare med egna upplevelser av sjukdom vars uppdrag är att som ett komplement till övrig vård erbjuda kamratstöd till patienter.

En mentor blir ett levande exempel på att återhämtning är möjlig och kan på så sätt förmedla hopp. Man arrangerar särskild utbildning för själverfarna anställda och för andra som vill göra frivillingsatser som kamratstödjare i olika sammanhang.

Per Granvik är verksamhetsutvecklare inom vuxenpsykiatri i Trelleborg. Han är en av dem som tror på nödvändigheten av den nya yrkesgruppen och driver frågorna om att skapa anställningar. Det finns redan ett halvt dussin mentorer. I filmen beskriver Per tillsammans med Fredrik Thyberg, inflytande koordinator och Olle Herrström, mentor, vad som gör konceptet framgångsrikt.



Erfarenhetsexperten som mentor i vuxenpsykiatri

Att tänka på som arbetsgivare

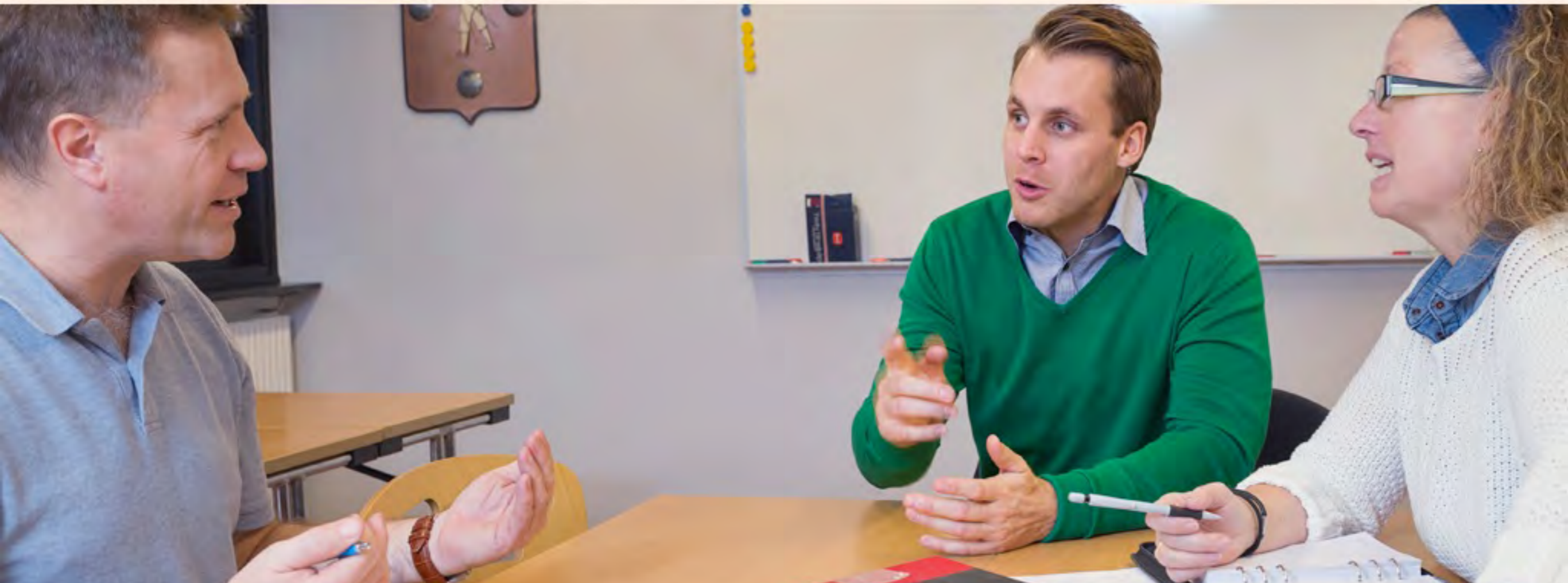
Som arbetsgivare behöver du fundera igenom ett antal frågeställningar inför anställning av en person som ska ha en ny roll och som anlitas för att hen har erfarenhetskunskap, egenupplevd expertkunskap, men som inte alltid har vårdutbildning eller annan utbildning som är det vanliga i just den verksamheten.

- Anställningsavtal, förmåner, anställningsform mm
- Titel
- Tystnadsplikt, sekretess
- Behörighetsregler/begränsningar i uppdraget
- Lön och lönerrevision
- Utbildning, fortbildning
- Samspel med övriga anställda

Strategier – ett par exempel

Det blir allt vanligare att landsting/regioner och kommuner har ambitionen att patienters och brukares medverkan ska genomstyra hela verksamheten istället för att vara mer eller mindre eldsjälsburet.

Ett sätt för att göra en förflyttning mot systematisk involvering av dem som verksamheten är till för är att utforma en strategi. Strategin blir en del av organisationens centrala styrning.



Landstinget i Kalmar län

I Landstinget i Kalmar län arbetades en sådan strategi fram och fastställdes under 2014. I strategin beskrivs den långsiktiga inriktningen för att medborgare, patienter, närstående och medarbetare systematiskt ska utveckla vården tillsammans som samarbetspartners. I strategins bakgrundsbeskrivning konstaterar man att både patienterna och sjukvården har mycket att vinna på att patienters och närståendes engagemang tas tillvara. Etablerade tankesätt- och arbetssätt förändras och leder till en kulturförändring när patienter och närstående blir medskapare.

Ett intressant utgångsläge för strategin är att den omfattar såväl medverkan från patienter och närstående som medborgarinflytande. Här finns fyra perspektiv för medverkan. I patientens egen vårdssituation, i utveckling av hälso- och sjukvården, i ledning och styrning av hälso- och sjukvården samt medborgares inflytande över utvecklingen av hälso- och sjukvården.

[Hela strategin finns att ta del av på landstingets webbplats.](#)

Man fortsätter inom landstinget arbetet genom att ta fram handlingsplaner. Man har också tillsammans med de 12 kommunerna i länet beslutat om att utveckla en länsgemensam modell för brukare- patient- och närståendemedverkan. Det handlar om struktur och systematik för medverkan i utvecklings- och ledningssammanhang.

Strategins förstasida



Det arbetet bygger på de två mellersta stegen i landstingets strategi, det vill säga på nivån verksamhetsutveckling och när det gäller ledning och styrning.

Planer finns för att ta fram utbildningar, vilket man bedömer är en av förutsättningarna för att kunna medverka. Utbildningarna är tänkta att erbjudas såväl engagerade brukare, patienter och närstående som professionen. Man för i sammanhanget också resonemang om en länsgemensam ersättningsnivå vad gäller arvoden för medverkan.

Landstinget och de 14 kommunerna i Norrbotten

Även i Norrbottens län har man arbetet fram och i slutet av år 2014 antagit en strategi för patient- och brukarmedverkan, 2015-2018. I bakgrundsbeskrivningen konstaterar man att den traditionella synen på patienten/brukaren som mottagare av hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver ersättas av en syn där patienten/brukaren också har rollen som medaktör. Även i denna strategi beskrivs medverkan på flera nivåer. Det handlar om medverkan i den enskildes process (individnivå) och om medverkan i utveckling av verksamheten (verksamhetsnivå) samt om den övergripande nivån för ledning och styrning av organisationen som helhet (systemnivå).

Strategin omfattar i detta fall både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Arbetet med att ta fram den har skett i nära samarbete mellan företrädare för landstingskansliet och för Kommunförbundet Norrbotten. Kommunförbundet tog beslut i december 2014 om att rekommendera kommunerna att anta strategin.

Resultatet av brukar- och patientmedverkan



Resultatet av brukar- och patientmedverkan

Det finns flera infallsvinklar när det gäller att studera effekterna av vad som inträffar när patienter eller brukare får en mer medskapande roll.

En infallsvinkel är om resultatet förbättras på individnivå. Om en patients erfarenhetskunskap tas tillvara, om hen får vara med och påverka de beslut som fattas och om möjligheten att ta emot vårdens information ökar, vad händer då? Blir återhämtningen snabbare, ökar livskvaliteten, behövs det färre återbesök eller kanske mindre medicin?

En annan infallsvinkel är hur ett systematiskt tillvaratagande av en grupp patienters eller brukares kunskap och förbättringsidéer påverkar verksamhetens träffsäkerhet, förmåga till individualisering eller effektivitet och kostnader. På vilket sätt kan man påvisa att ett brukarråd vid försörjningsstödsenheten medför att andra än de som deltar i själva rådet får en bättre situation eller uppnår egenförsörjning snabbare?

Det finns ännu idag inte särskilt många eller väl utvecklade metoder för att genomföra olika slag av uppföljning kring effekterna av brukares och patienters medskapande, vare sig på individ eller på verksamhetsnivå.

Inte heller när det gäller att få kunskap kring i vilken omfattning det finns systematik och regelbundenhet när det gäller att skapa förutsättningar för medskapande från brukare och patienter finns väl utvecklade system. I både kommuner och landsting är det ännu tämligen ovanligt att man i sina uppföljningssystem tar in svar på frågor om hur verksamheterna går till väga i detta avseende. Om det finns system för att följa upp att man har frågat brukare eller patienter så är det mer sällan som det också redovisas vad som faktiskt har hänt till följd av involveringen.

Det handlar om komplexa sammanhang och det måste sannolikt växa fram flera olika metoder anpassade till alla de olika slag av tjänster som kommuner och landsting ansvarar för.

Det finns ett antal nationella uppföljningsinstrument som ställer frågor till användare hos kommuner och landsting. Här finns olika frågor om t.ex. inflytande och bemötande. Exempel är brukarenkät hemtjänst och brukarenkät särskilt boende. Inom sjukvården finns nationella patientenkäter, drygt halvdussinet enkäter till patienter inom olika verksamheter. En vanlig fråga är den om man känt delaktighet. Svaren är ju tämligen svåra att dra slutsatser utifrån. Om man inte känt delaktighet så kan knappast en medskapande situation varit för handen men om man svarar positivt så säger det ändå inte så mycket om medskapande. Tydligare frågor är dock på väg att växa fram. I t.ex. i nationell patientenkät till primärvårdens patienter fanns frågan om den behandlande läkaren tog tillräcklig hänsyn till dina kunskaper och erfarenheter av din sjukdom/dina besvär.

För att skapa någon form av bild av kring vilken potential som ligger i ökat brukar- och patientmedskapande gav SKL ett uppdrag till Dag Norén, konsult inom hälso- och sjukvårdsekonomi.

I rapporten *Vård och omsorgstagaren som medskapare; den goda konsten att ta tillvara på resurser* tar Norén sin utgångspunkt i tre olika svenska exempel där graden av medskapande är ett ingångsvärde. Han redovisar också i korthet en omfattande kartläggning baserad på ett flertal utvärderingsstudier som 2013 genomfördes i Storbritannien. Studien tar sikte på att mäta effekter när individen involveras som medskapare.

Vård- och omsorgstagaren som medskapare; den goda konsten att ta tillvara på resurserna

Vård- och omsorgstagaren som medskapare; den goda konsten att ta tillvara på resurserna

HCM Health Care Management
Dag Norén
Version 3, 21 oktober 2013



Morgondagens ledarskap och medarbetarskap



Organisation

Hittills har ledare oftast haft till uppgift att se till att det levereras klart definierade tjänster till brukarna. Och medarbetarnas uppgift har varit att "verkställa". Med ett system av standardiserade tjänster uppstår ofta både över- och underkvalitet. Tjänster produceras som egentligen inte behövs eller inte efterfrågas.

Genom att möta de enskilda individernas behov ökar kvaliteten på tjänsterna utan ökad kostnad. Framöver måste organisationerna vara öppna för att såväl brukare/ patienter, deras organisationer som lokalsamhället är involverade i serviceleveransen. Det kan handla om att samarbeta med andra aktörer än vad man är van vid vilket kommer att medföra en ny och utvidgad ledarroll och ändrat medarbetarskap. Om det ska uppstå verkligt samarbete med aktörer utanför den egna organisationen måste detta bygga på en relation mellan två eller flera parter som är jämbördiga.

Den lärande organisationen ställer nya krav på ledare och medarbetare. Förutom uppföljande samtal behövs fastställda parametrar och indikatorer som visar att organisationen rör sig i rätt riktning. Indikatorerna kommer mer än idag att utgå från det som är viktigt för brukaren och patienten. God ekonomi och god arbetsmiljö kommer givetvis fortsatt att vara viktiga förutsättningar.

Ledarskap

När sättet att se på brukare och patienter förändras, när deras behov, erfarenhetskunskap och insatser blir en del av styrningsfilosofin påverkas ledarskapet:

- Framtidens ledare måste lämna synen på sig själv som den som bäst vet hur arbetet ska organiseras, eller vad det är som brukare behöver eller vill ha.
- Framtidens coachande ledarskap bygger på tillit till medarbetare som har kontakterna med dem verksamheten är till för. Chefer och medarbetare utforskar tillsammans vad brukarna faktiskt behöver, detta tar tid eftersom både medarbetare och brukare lätt fastnar i det rådande. Man vet s.a.s. vad som ingår i den tillgängliga "åtgärds katalogen". Men med tid och experimenterande kommer man tillsammans på idéer till bra individuella lösningar.
- Brukare/patienter och anställda som gemensamt deltar i utvecklingsarbete blir en ny förutsättning för ledarskapet. Sammansatta team bestående av t.ex. medarbetare, patienter och närstående kan kräva annat bemötande än det vanliga arbetslaget.
- Man måste som ledare vara beredd att själv också tillbringa tid nära sina brukare. Inte bara för att ställa frågor eller resonera utan också för att själv "känna in" hur verksamheten fungerar.
- "Expertkunskaperna" i att leda personal bör kompletteras med kunskap för att ta tillvara brukares erfarenhetskunskap, här behövs nya metoder, kanske nytt språkbruk och modet att börja ta risker - man har ju ingen aning om hur det kommer att gå.

- Att samverka med patient- och brukarorganisationer, kanske frivilligorganisationer, är något annat än samverka med till exempel fackliga organisationer. Här finns inte möjligheten att själv besluta om villkor, det behövs ett partnerskap.
- Kriterier för lönerrevision kan behöva ses över, hur premieras de medarbetare som bidragit till resultatet genom att de tagit vara på brukares/patienters erfarenhetskunskap och gjort medskapande möjligt?

Medarbetarskap

Medarbetarrollen behöver också förändras. Man måste bli en resursfinnare, en som kan låta andra vara med och skapa. Samarbetet bli mycket viktigare, mellan olika verksamheter i den egna organisationen men också med andra " utanför kommunorganisationen", "utanför sjukhuset". Man får lov att klara sig utan att det alltid finns en fastlagd "insatskatalog", fasta standards, det blir mindre av regelsystem att luta sig mot.

Brukarna och patienterna har ibland betraktats som "kunder i välfärdsbutiken" – medarbetarna var serviceleverantörer som värnade om att de stadgade lösningarna bestod. Det som nu håller på att växa fram är att inte längre leverera utan att göra tillsammans med. När man har brukarens eller patientens hela situation för ögonen behövs det också mer av tvärsektoriellt tänkande och agerande.

Medarbetarrollen ändras, självständigare mer stimulerande men inte alltid lättare:

- När en medarbetare eller grupp av medarbetare får ansvar och frihet att utforma tjänster utifrån sina kunskaper om vad som är det verkliga behovet blir relationen till ledaren annorlunda. Man kommer inte längre att få kunna svar från ledaren på vad som ska göras eller hur.
- Den större friheten för dem som arbetar närmast brukaren/patienten att utforma tjänsten utifrån det individuella behovet medför krav på att kunna ta ställning mer självständigt.
- När ledaren inte längre är den som förväntas veta bäst kan man istället för svar på frågor få motfrågor från ledaren.
- Ledaren kommer också att ställa frågor för att säkerställa att överenskommet arbetssätt och gemensamma principer efterlevs.
- Den lärande organisationen ställer nya krav på medarbetarna, man förväntas vara med och reflektera, söka bättre lösningar och, inte helt lätt, därför tydliggöra också vad som är mindre bra i nuvarande arbetssätt.
- Att gå från ett invariant och positivt menat omvårdnadsperspektiv till att också ha ett delaktighetsperspektiv kan vara svårt.
- Ett samarbete med dem en verksamhet är till för kräver en kulturförändring både hos medarbetare och hos dem som får del av verksamheten. Medarbetare kan uppleva ointresse eller rent av motstånd. Brukare och patienter som inte

är vana att bli tillfrågade om sin syn eller som inte själva riktigt förstår hur värdefulla deras erfarenhetskunskaper är kan till att börja med känna att det är svårt att bidra.

- Andra grupper av brukare/patienter ställer alltmer krav på att få inflytande. Man är välinformerad om vad man kan förvänta sig och man vet vilka tjänster, olika metoder/ behandlingar eller mediciner som finns att tillgå. Att möta dessa brukares eller patienters krav kan vara ovant och därför inte lätt.

Ny ledarroll i Sundsvall

I Sundsvalls kommun har man genomfört ett stort förändringsarbete i ett av hemtjänstens områden, Skönsmon. Efter att länge arbetet med att förbättra olika rutiner beslutade man sig att för att nästa steg skulle tas genom att börja hemma hos sina kunder. Både de som har de dagliga kontakterna, arbetsledare och chefer gjorde många och långa besök hos kunderna.

Man medlyssnade också på olika slag av telefonsamtal till t.ex. biståndsbedömare. När bilden av vad som var viktigt för kunderna blev tydlig fick arbetslaget i uppdrag att själva organisera arbetet så att största möjliga kundnytta skulle uppnås. Det allra viktigaste för kunderna var kontinuiteten, det vill säga att det inte är många olika personer som kommer hem till en. Gruppen gör nu sitt eget schema och rekryterar vikarier.

Antalet anställda som besöker en brukare har minskat, brukarna är nöjdare, personalen känner arbetstillfredsställelse och det har inte blivit dyrare. Resultaten blev sammantaget storartade och nu görs liknande förbättringsarbete i andra hemtjänstdistrikt.

I den här filmen berättar Ann Katrin Falk som är områdeschef inom hemtjänsten lite kring hur det nya arbetssättet påtagligt förändrade hennes roll som chef. Och att det inte varit en lätt resa.



Ann Katrin Falk

Om partnerskap – ur ett anhörigperspektiv

I detta kapitel finns ett bidrag som utgår från brukarens/patientens perspektiv.

Det är en berättelse från Cristin Lind som är författare till en rapport med rubriken "Partnerskap mellan patient och vårdprofession - exempel, bästa praxis och rekommendationer."

QRC Stockholm (Kvalitetsregistercentrum) har gett ut rapporten.



Cristin Lind om det nya partnerskapet

I rapporten identifierar Cristin sex olika trender eller skiften som hon menar sig skönja inom vården. Några av trenderna är

- Från empowerment för patienter till kollektiv empowerment
- Från passionerade förkämpar till stödsystem
- Från att göra "för" eller "åt" patienter till att göra "med" patienter

De andra trenderna och intressanta analyser finns i själva skriften som man klickar fram i slutet av avsnittet.

Cristin Lind började arbeta för bättre hälsa och vård efter att i flera år ha koordinerat vården för sin son som har en komplex, kronisk sjukdom. Hon har verkat för vårdförbättringar i USA inom ett antal projekt där patienter, professionen och andra intressentgrupper samarbetar för att ta fram innovativa vårdmodeller, skapa bättre processer och ny policy. Projekten fanns bl a på Harvard Medical Schools akademiska primärvårdssjukhus och Institute for Healthcare Improvement.

Sedan hon flyttade till Sverige 2013 har hon fortsatt sitt arbete att stödja partnerskap mellan patienter och professionerna och beslutsfattare inom vård och omsorg, Cristin arbetar nu på QRC,

Stockholm Kvalitetsregistercentrum, med uppdraget att utveckla arbetssätt, metoder och verktyg så att detta partnerskap kan utvecklas.

Cristins berättelse

Som mamma till en kille med komplexa behov börjar mitt hjärta alltid att bulta när någon från barnkliniken hör av sig. Men när sjuksköterskan ringde för tre år sedan handlade det inte om min son. Den här gången gällde samtalet att man ville ha hjälp att förändra kliniken. Det jag gav mig in i kom att förändra även mig själv.

Sjuksköterskan berättade att kliniken höll på att starta ett förbättringsprojekt. De tänkte ha med ett par föräldrar i projektteamet. Hon erkände att hon hade väldigt lite information om hur det hela skulle fungera men undrade ändå om jag kunde tänka mig att vara med. Äntligen tänkte jag. Ett tillfälle att få ändring på alla rutiner som är struliga för oss föräldrar: att boka om tider, att förnya recept, att samordna kommunikation mellan kliniken, specialisterna på barnsjukhuset och i skolan. Hur kunde jag tacka nej?

Vi satte igång och direkt märktes något av ett vi-mot-dem tänk. Även om vi alltid var respektfulla och artiga, fanns det en omedveten och osagd fråga på båda sidor—"Varför kan de inte bara...?" Varför kan inte patienterna bara göra det vi säger? tänkte professionen. Varför kan inte professionen bara göra det vi behöver? tänkte föräldrarna.

Tack vare ledningens stöd så byggde vi tillsammans sakta förtroende och tillit. Stödet tog sig olika uttryck. Det handlade om arbetstid för personalen, om pengar, om resurser i form av verksamhetsutvecklare. Det handlade också om tålamod för en process som kändes mycket långdragen och framför allt om mod att arbeta på ett nytt sätt när det skulle ha varit lättare att köra på som man alltid hade gjort.

Försiktigt började vi beta av enklare projekt som att göra klinikkens informationspaket för nya patienter och familjer mera vänligt och lättförståeligt. Med tiden ökade våra ambitioner och vi tog itu med knepigare problem, sådant som att minska onödiga besök till akuten och att skapa bättre vårdkoordination.

Vi höll på att bli ett team. "Varför kan de inte bara...?" byttes ut mot "Varför kan vi inte bara...?" Särskilt hos mig. Jag insåg att när min upplevelse i kliniken inte fungerade optimalt var det sällan på grund av personalen, utan systemet. Det handlade inte längre om konkurrera för begränsade resurser, utan om det som på engelska kallas collective empowerment. Att bygga nya system som utlöser kraft och skapar nya resurser för patienter och för professionen, för vårdsystemet och samhället i stort. Att försöka förändra systemet, inte varandra. Det blev för mig ett helt nytt sätt att tänka och arbeta.

Sedan det där första samtalet har jag varit med om enorma förändringar inom vården. Genom rapporten jag skrivit för QRC (kvalitetsregistercentrum) Stockholm har jag fått möjlighet att dela med mig av det som jag har sett—trendspaningar, best practices, modeller och verktyg. Rapporten är tänkt som ett stöd till alla som vill förbättra vård och hälsa genom ökat partnerskap. Magnus Karlsson från Ersta Sköndal brukar beskriva utvecklingen i fyra faser (avsnittet Utvecklingsfaser). Jag menar att vi fortfarande

de nog befinner oss i den första och kanske andra fasen, rätt så mycket av retorik och lite införande av representation här och var. Det pratas mycket om partnerskap, det testas i projektform på flera ställen, men vi har ännu inte integrerat det i vårt tanke-sätt eller arbetssätt full ut. Förhoppningsvis är ett paradigmskifte dock på väg.

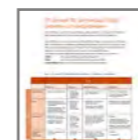
Hur ska vi göra för att komma över den tröskeln? Det sägs att förbättringar sprids och består bara om arbetet drivs både uppifrån ner och nerifrån och upp. Ledning och personalen på golvet måste dra åt samma håll. Men enligt min erfarenhet räcker det inte. Jag tror att förändringar måste drivas fram också utifrån och in och inifrån ut. Utifrån genom patienter och brukare som är med i teamet, som tar med sig sin unika kraft och kunskap vilket systemet behöver. Och inifrån och ut, där vi med mod och tålamod arbetar för att skapa den framtiden som vi vill leva i.

För mig har detta varit en lärorik resa, jag trodde nog att jag genom att påverka personalen snabbt skulle kunna få till stånd ändringar. Men det handlar ju inte främst om att påverka individer, det är systemet som begränsar de individer som finns där. Det är systemet som vi tillsammans kan ändra.

Partnerskap mellan patient och vårdprofession - exempel, bästa praxis och rekommendationer.

QRC  **STHLM**
Kvalitetsregistercentrum

**Partnerskap mellan patient och
vårdprofession – exempel, bästa
praxis och rekommendationer**



Synvända behövs det?



Synvända behövs det?

Huvudpoängen med brukar - och patientmedverkan är att få tillgång till kunskaper, idéer och återkoppling från de människor som använder välfärdstjänsterna. På så sätt kan kvaliteten i tjänsten öka. Ökad kvalitet leder i sin tur till högre grad av arbetstillfredsställelse för de anställda. Det handlar om att förbättra processen för den enskilde brukaren eller patienten.

Det handlar också om att ta tillvara brukarnas erfarenhetskunskap för att förbättra verksamheten. Den erfarenhetsbaserade kunskapen kan hämtas både från dem som får eller nyligen fått del av vård eller service och från brukar- och patientorganisationer.

Hos organisationerna finns en samlad och fördjupad, "ackumulerad" kunskap. De har också en god kunskap om hur kommuners och landstings verksamhet är uppbyggd. I SKL s positionspapper från 2010 påminns dock om att det finns grupper som inte har så stark föreningstradition och som riskerar att få mindre möjlighet till dialog.

Avsnittet Samverkan i upphandlingsprocessen innehåller en modell som åskådliggör hur brukar- och patientmedverkan kan utformas i de olika stegen av en upphandlingsprocess. Resonemangen i skriften kring vad som kan vara den primära målgruppen för en dialog kan vara en vägledning även för utveckling av verksamhet i egen regi.

Organisationens byggstenar är individer

Om kommunen eller landstinget ska kunna tillgodogöra sig den potentiella kraft som finns hos brukare och patienter behövs det ett systematiskt arbete och dessa aspekter behöver hamna i styrningens huvudfåra. Men frågan är om detta räcker. Det behövs också förståelse och insikter hos individerna som är organisationens byggstenar.

Alla delar av organisationen, de förtroendevalda, ledare på olika nivåer och medarbetarna som dagligen är i kontakt med brukare och patienter måste vara medvetna. Man behöver förstå och agera utifrån en insikt om att brukarnas eller patienternas kunskaper behövs och att dessa är annorlunda än den kunskap som de olika yrkesgrupperna har.

På många håll behövs en ny syn på dem som verksamheten är till för, kanske en rejäl "synvända". De som finns i sjukvården och i kommunernas olika verksamheter har säkerligen ett brukarperspektiv för ögonen. Men man kanske inte har reflekterat över att det är en skillnad mellan att ha ett brukarperspektiv och vad som är brukarens perspektiv.

"Vård och omsorg ska ske utifrån patientens perspektiv och inte patientperspektiv."

"Vi kommunicerar, inte informerar. Två experter – patient och doktor som samverkar."

Ur vision för patientsäkerhetsarbetet, centrum för Verksamhetsutveckling inom Västra Götalandsregionen

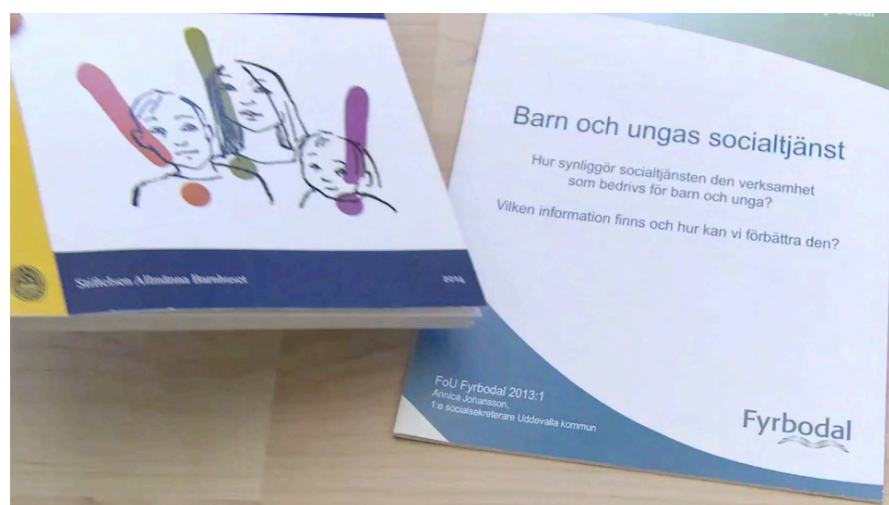
Bemötandefrågor har länge varit aktuellt och många utvecklingsprojekt har bedrivits med detta tema. Det respektfulla och trevliga bemötandet där delaktighet är en viktig ingrediens är i fokus. Det räcker dock inte med bra bemötande i en mer ytlig bemärkelse. Det handlar också om vilken kunskapssyn man omfattar. Det behövs en övertygelse om att de som verksamheten är till för har viktig kunskap och resurser att bidra med.

SKL s styrelse beslutade 2012 att anta ett positionspapper Evidensbaserad praktik – i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Där finns resonemang kring behov av förändrat synsätt. Man kan också hitta argumentation både på SKL s webbsida och på Socialstyrelsens om man söker på begreppen Evidensbaserad praktik eller Från Kunskap till Praktik.

Barns och ungdomars brukarmedverkan i den sociala barnvården var temat för ett utvecklingsprojekt som Stiftelsen Allmänna Barnhuset drev. Projektet avslutades under 2013 och det var fler än 30 kommuner som varit med. Två av de deltagande kommunerna var Uddevalla och Stenungsund.

De bägge erfarna socialsekreterarna Elinor Ekenskär och Annica Johansson beskriver i filmen vilka nya insikter som föddes hos dem genom projektet. Några av de saker de berättar om är:

Man behöver få en djupare förståelse – i magen. Det svåra är att ändra grundläggande förhållningssätt och om att man måste våga, man måste ändra sig själv och kunna släppa kontrollen.



Barn och ungas delaktighet i sociala barnavården

Kulturen i kommuner – var finns brukare?

Sverigestudien är en kartläggning av svenskarnas värderingar och attityder som nu presenterats under en följd av år¹. Ca 1000 individer har utifrån en given mall beskrivit sig själv, sin arbetsplats och landet de lever i. Modellen används också i andra länder. Resultaten av en av de senare kartläggningarna sammanfattas i fem huvudspår.

Ett av dessa spår är "den försvunna kunden". I beskrivning av såväl nuvarande som önskad arbetsplatskultur lyser kunden med sin frånvaro.

De kundrelaterade orden dyker upp först på runt plats 40 (totalt finns drygt 110 värdeord att välja mellan) och då uttryckt som kund/brukartillfredsställelse. Detta kan jämföras med motsvarande kartläggningar i USA, Kanada och Australien, där kundtillfredsställelse värderas mycket högre.

Även i Danmark och Island placerade sig de första kundorienterade orden mycket högre upp än i den Svenska bilden.

I en pilotstudie med utgångspunkt i samma enkätmodell tillfrågades invånare, förtroendevalda och anställda i åtta kommuner. Denna kartläggning uppvisade samma mönster som Sverigestudien, det vill säga medarbetarnas avsaknad av kund/brukarfokus.

1) Metoden heter Cultural Transformation Tool och har utvecklats av Baret Values Centre. CTT används i 59 länder. I 12 länder har nationella mätningar genomförts. Sverigestudiens webbplats: www.sverigestudien.se

Endast en av kommunerna kunde sägas ha kommit en bit på vägen då "spår" av kund/brukarfokus kunde identifieras.

SKL:s sektion för Demokrati och Styrning har tillsammans med kommunerna i nätverksform arbetat vidare med frågan kring värderingar. Ambitionen har bland annat varit att skapa dialog och förståelse kring värderingars betydelse. Hur dessa påverkar möjligheterna att uppnå mål och visioner. Man har också påbörjat ett systematiskt arbete kring värderingsstyrning som innebär att det säkerställs att medarbetarna agerar på ett sådant sätt att det skapar värde för medborgare och för kunder/brukare.

Christine Feuk som lett utvecklingsarbetet i de deltagande kommunerna berättar i filmen mer om kartläggningens resultat.



Christin Feuk

Vården ur patientens perspektiv

Även när svensk sjukvård jämförs med sjukvård i andra länder finns det oroande brister eller om man så vill stora möjligheter att utveckla hälso- och sjukvården mot att utgå ifrån patientens perspektiv. Health Policy Survey 2014 är en studie om hur patienter i olika länder upplever kontakterna med vården. Rapporten togs fram på uppdrag av regeringen och resultaten kan bl.a. hittas hos myndigheten Vårdanalys.

2014 års undersökning vände sig till personer som var 55 år eller äldre, de har beskrivit sina erfarenheter från kontakter med vården. Vårdanalys konstaterar att Sverige utmärker sig med svaga resultat på en rad områden som beskriver patienters erfarenheter av kontakt med vården.

Några av resultaten från rapporten är att:

- Vården är sämre på att ge information som gör det möjligt för patienten att ta välgrundade beslut om sin vård och hälsa
- Vården har inte lyckats skapa bättre förutsättningar för patienten att ta en mer aktiv roll i mötet med vården. Vårdpersonal i andra länder har större kännedom om sina patienters sjukdomshistoria och uppmuntrar patienter mer att ställa frågor.
- Vården kan bli bättre på att stödja patienten att själv kunna följa och hantera sin sjukdom. Förhållandevis få har haft en dialog om målsättningen med vården och hur man själv kan ta hand om sin sjukdom.

- Det finns fortfarande, trots förbättringar, brister i samordning. Svenska patienter upplever i lägre utsträckning att ordinarie läkare eller vårdpersonal koordinerar deras vård.

Men det finns också områden där Svensk sjukvård ligger bra till. Sju av 10 med kronisk sjukdom svarade att de har någon vårdpersonal att kontakta mellan läkarbesöken. Och de närstående är minst lika engagerade i omsorgsrollen som närstående i andra länder.

Man kan hitta rapporten Vården ur patienternas perspektiv – Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder på myndigheten Vårdanalys webbsida: www.vardanalys.se



Avslutning – Vad behövs för att brukares och patienters medskapande ska bli en naturlig del av praktiken?

Medskapande från brukare och patienter är en potential för stora delar av den offentliga sektorn. Att det finns mycket att utveckla är uppenbart. Men det är lika uppenbart att det krävs nytänkande och ändrat förhållningsätt. Frågorna om att se på brukare, patienter, närstående och deras organisationer som en resurs och om att ta tillvara erfarenhetskunskap och synpunkter måste bli en del av styrning, komma in i utbildningar och bli föremål för forskning.

Styrning

Ambitioner kring att involvera patienter och brukare behöver komma till uttryck i kommuners och landstings/regioners styrdokument. Det behöver utvecklas sätt att mäta om patienter involveras och har inflytande och det behövs också metoder för att analysera vilken effekt brukares och patienters medskapande får. Inslag i uppföljning och utvärdering är viktiga instrument för att något ska börja hända. Även den statliga styrningen och uppföljningen behöver på ett genomtänkt sätt skapa utrymmer för det nytänkande och den lokala anpassning som behövs om medskapandet ska kunna bli en del av den vardagliga praktiken när det gäller produktion av olika välfärdstjänster.

Ledarskap och organisationskultur

De anställda i fronten, de som möter brukare och patienter behöver få insikter, förmåga och vilja att betrakta brukare som individer med resurser, vilka kan och vill medverka. Bidrag till stärkt självkänsla och eget ansvar hos den de möter, behöver tydliggöras som en del av uppgiften. Det finns många begränsningar för detta i de invanda systemen. Ledningsfilosofin och ledares sätt att agera måste ge utrymme för egna avvägningar hos de anställda.

För många "åtgärds kataloger" och manualer främjar inte de värden som eftersträvas, individualisering är en av ledstjärnorna. När flera verksamheter behöver samverka kring brukare och patienter räcker det inte med att de olika verksamheterna var och en anlägger sitt brukarperspektiv, utgående främst från det egna regelsystemet. Det gäller att ge plats för brukarens eget perspektiv och utifrån den skapa en gemensam bild.

Utbildning för dem som möter brukare och patienter

Inslag om medskapande skulle behöva större plats i flera av de professionsutbildningar som leder till arbete inom den kommunala sektorn. Det finns exempel på hur det kan gå till. I en av socionomutbildningarna är en kurs om brukarmedverkan upplagd så att en grupp faktiska brukare deltar (genom uppdragsutbildning) i samma kurs som studenterna. Spännande möten och nya insikter uppstår. På läkarutbildningen vid KI examinerades för något år sedan den första kullen som fått lära sig s.k. patientcentrering. En samtalsmetodik med träning i att ställa öppna frågor, att lyssna på patientens egna föreställningar och farhågor. Metoden bygger på att man ska utgå från att patienten har en unik kunskap om sina problem.

Forskning

Det finns i Sverige för lite vetenskapligt arbete kring vilken effekt en aktiv patient- brukarmedverkan får inom olika verksamheter. Blir man friskare fortare, blir återfallen färre, kommer man fortare till egen försörjning och hur påverkas livskvaliteten för de brukare eller patienter som varit medskapare är frågor som har svårt att finna svar idag. Det behövs också forskning kring vilka former för medskapande som fungerar bra inom olika verksamheter. Hur anställdas roll påverkas när brukare och patienter får större inflytande är ett annat angeläget område för studier. Kommer de fackliga organisationernas position att påverkas när brukare/patienter och deras intresseorganisationer kliver fram? Det behövs således mer forskning inom flera skilda områden.

Upplysningar om SKL s arbete kring brukare, patienter och medskapande:

Malin Svanberg, Avd för ekonomi och styrning.

malin.svanberg@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting 2015

ISBN: 978-91-7585-267-6

Texter: Marie Pernebring, Avd för ekonomi och styrning

Produktion: Imponera AB