



## Innehållsförteckning

Förord.....	4
Inledning.....	5
Lathundssammanfattning av rapporten.....	6
Öppenvården.....	6
Aktiviteters antal, regelbundenhet och deltagarantal.....	6
Patientenkäter.....	6
MB-kontakten.....	6
Aktivitetserna.....	7
Intervjuer.....	7
Farhågorna som fanns innan besannades inte.....	7
MB ger direkt patientnytta.....	7
MB håller i aktiviteter.....	7
MB bidrar till synvänder.....	7
Organisatoriska teman.....	8
Projektets syfte och mål.....	9
Syfte.....	9
Projektmål.....	9
Hur det ska genomföras.....	9
Tillägg.....	9
Begrepp.....	10
Medarbetare med brukarerfarenhet (MB).....	10
Peer support worker (PSW).....	10
Kamratstöd.....	10
Brukarinflytandesamordnare (BISAM).....	10
Öppet egenerfaren.....	11
Rapportens disposition.....	12
Datainsamling.....	12
Brister i datainsamlingen.....	12
Resultat: Patientenkäter.....	13

Kontakten med MB .....	13
Andel som haft kontakt med MB .....	13
Var kontakten med MB bra eller dålig?.....	14
Var kontakten med MB till hjälp?.....	14
Aktiviteterna .....	15
Deltagande i aktiviteter .....	15
Var det bra eller dåligt att delta? .....	16
Var aktiviteterna till hjälp? .....	16
Öppenvården.....	17
Enkäter från PPI.....	17
Resultat: Intervjuer.....	19
Intervjuer .....	19
Farhågorna som fanns innan besannades inte .....	19
MB ger direkt patientnytta.....	19
MB håller i aktiviteter .....	19
MB bidrar till synvänder .....	20
Personen i funktionen .....	21
Bör MB ha erfarenhet av samma diagnos som patienterna på avdelningen?.....	21
Organisatoriska teman .....	22
Framtiden -förslag från de intervjuade .....	24
Summering av analysen.....	25
Resultat: Aktivitetsmätning .....	27
Sammanfattning.....	27
Brister i vår metod.....	27
Promenader.....	28
Kreativ verkstad.....	29
Morgonsamling .....	29
Patientforum .....	30
Övriga aktiviteter.....	31
Diskussion.....	33
MB fyller en viktig funktion och skapar värde för patienterna .....	33
Projektformens dilemma.....	33
Dra i handbromsen vad gäller "extrauppgifter" .....	33
Svagheter.....	34

Styrkor .....	35
Lärdomar .....	36
Projektledning .....	36
Enhetschefer.....	36
MB .....	37
MB: En framtidsvision .....	39
Följa patienten.....	39
Närstående .....	39
Beslutsstöd, personcentrerad vård och återhämtningsinriktat arbetssätt.....	39
Mer om MB, PSW och hur projektet startades upp.....	40
PSW och MB: internationellt.....	40
PSW och MB: Sverige .....	40
Olika syften, olika förutsättningar .....	41
Egenerfarna inom en befintlig funktion .....	41
Egenerfarna inom särskild funktion .....	41
Anställningsformer .....	41
Bli en kollega utan att "personaliseras" .....	42
Förberedelser .....	43
Vårt upplägg .....	43
Förberedelser .....	44
Anställningsförfarande .....	44
Annons.....	44
Intervju och anställning.....	45
Introduktion .....	45
Aktiviteter.....	45
Mätning och utvärdering.....	46
Intervjuer .....	46
Enkäter .....	46
Mätning av aktiviteter .....	46
Referenser .....	47
Bilagor.....	49

## Förord

*På patientforum som ordnas varje vecka i vår heldygnsvård återkommer mycket positiva omdömen om de aktiviteter som medarbetare med brukarerfarenhet (MB) är med i och den närvaro som MB står för. Medarbetare och chefer har vid flera tillfällen uttryckt sin entusiasm samtidigt som frågan kommit: ”Varför har vi inte gjort detta tidigare?”*

*Detta är signaler som är svåra att tolka på annat sätt än att MB-projektet har varit mycket uppskattat. Det är därför av särskild vikt att det utvärderas ordentligt så att vi också kan veta om det är till nytta för våra patienter.*

*I Din hand håller Du nu en rapport där detta projekt är utvärderat. Vi står nu inför frågan om hur vi bäst fortsätter.*

*Egenerfarnas kompetens och upplevelser efterfrågas alltmer i sjukvården, inte bara inom psykiatrin, utan även inom andra vårdområden. Allt fler behandlingsmetoder, alltmer krav på en effektiv vård och förväntningar om att vården också ska bidra till en förbättrad livskvalitet lägger tonvikt på patientens önskemål och behov. Frågan är inte längre enbart: Vad är det för fel på Dig och vad gör vi åt det? Frågan är också denna: Vilka insatser och vilken hjälp skulle göra skillnad för just Dig?*

*Ju bättre vi blir på att ställa denna sistnämnda fråga, desto bättre kommer vi att bli på att leverera en god vård med hög kvalitet och omtanke om den enskilda individ som söker hjälp. MB är en roll som sannolikt kommer att kunna spela en mycket viktig roll i detta arbete.*

*Projektet vinner också på att vi har drivit detta på två kliniker. Det är ett viktigt steg i att tillsammans utveckla en vård som kan vara skraddarsydd och standardiserad på samma gång.*

- Göran Rydén och Svante Nyberg, verksamhetschefer inom Norra Stockholms Psykiatri respektive Psykiatri Södra Stockholm

## Inledning

Våren 2015 tog Brukarinflytandesamordnarna på Psykiatri Södra Stockholm (PSS) och Norra Stockholms Psykiatri (NSP) ett gemensamt initiativ till att ansöka om PRIO-medel för projektet *Medarbetare med Brukarerfarenhet*. Vi beviljades ekonomiska medel i form av 2.120.000 kr och efter en del förberedelser drog projektet igång ute i verksamheterna i december 2015. MB-projektet pågår till och med december 2016. Den här rapporten utgör en sammanställning av MB-projektets första fem månader, januari – maj 2016.

Det fanns två skäl till att vi gjorde ansökan. För det första såg vi ett potentiellt behov av en funktion som MB i våra vårdteam, och ville se om det kunde få liknande effekter här som det fått i andra länder. För det andra vet vi från vårt tidigare arbete att patienter inom heldygnsvården har ett återkommande önskemål om att avdelningarna ska erbjuda strukturerade, enkla aktiviteter som ett sätt för patienterna att hålla sig aktiverade och avleda jobbiga tankar och känslor. Vi såg en möjlighet att sammanfoga dessa två behov till ett projekt, som i stort handlar om att försöka gynna återhämtningsprocessen (Topor 2011) för personer som vårdas inom psykiatrin.

En Medarbetare med Brukarerfarenhet (fortsättningsvis MB) är en svensk variant av det man internationellt ofta kallar *Peer Support Worker* (fortsättningsvis PSW). En MB inom vårt projekt är kort och gott en person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning, som anställs med denna erfarenhet som kompetenskrav. Personen arbetar som ett komplement till ett mer traditionellt vårdteam lokalt på en avdelning eller mottagning, och har en mentorsliknande roll för patienterna den möter. Personen kompletterar det professionella perspektivet med det egenerfarna, och på så sätt ge en bredare information och stöd till de patienter som så önskar.

En evidensbaserad praktik består enligt Socialstyrelsens definition av kunskap från tre olika områden: Forskningen, de professionellas erfarenheter och brukarnas erfarenheter (Socialstyrelsen 2012). Ett sätt att se det är att en MB kan bidra till att verksamheten även kan erbjuda patienterna kunskap och stöd från det egenerfarna perspektivet. Det finns en välkänd kraft och hoppfullhet i att personer i en utsatt och stigmatiserad position får möta någon som ”varit där” själva, men tagit sig vidare. Det kan också vara till hjälp för personalen, som bitvis arbetar med komplexa situationer och svåra livsöden, att ha en i teamet som är en konkret representation för hopp och återhämtning.

## Lathundssammanfattning av rapporten

Data för den här uppföljningen har samlats in via mätningar av antalet genomförda aktiviteter samt antal deltagare, enkäter till patienterna samt via kvalitativa intervjuer av enhetschefer (en och en), omvårdnadspersonal (fokusgrupper) och MB (fokusgrupp). Genomförandet och analysen av intervjuerna har genomförts av Anne Denhov (forskare, på uppdrag av MB-projektet), som i övrigt inte deltagit i arbetet med projektet.

### Öppenvården

Under projektets första halva gick mycket tid åt att etablera MB på avdelningarna. Insatser mot öppenvården har därför endast förekommit sporadiskt. En kort utvärdering av detta återfinns längre ner, resultatet var övervägande positivt. Under projektets andra halva kommer vi rikta oss mer mot öppenvården.

### Aktiviteters antal, regelbundenhet och deltagarantal

Genom de mätningar som gjordes av de aktiviteter MB var ålagda att genomföra, kan vi se att de klarat sitt uppdrag:

1. De har regelbundet hållit i morgonsamlingar, promenader, kreativ verkstad och hjälp till med Patientforum på en nivå som motsvarar projekt målet.
2. Det finns ett intresse från patienthåll att delta på dessa aktiviteter (det vill säga: det är inte något de önskar sig och sedan inte går på).

Mätningarna visar även att det tar ett par månader innan en aktivitet etablerar sig på avdelningen som en del av en rutin. I synnerhet de aktiviteter som kräver en mer uttalad samverkan och informationsöverföring mellan flera olika funktioner (t ex promenad, där läkare, omvårdnadspersonal och MB behöver skapa rutiner för kommunikation kring vilka patienter som bedöms kunna gå ut med MB och inte).

De redskap vi hade för att göra mätningarna var inte särskilt exakta, vilket vi var medvetna om från start. Det är därför svårt att dra mer detaljerade slutsatser än så.

### Patientenkäter

Totalt svarade 124 patienter på enkäten. Sammanfattningsvis får MB och de aktiviteter de medverkat i fått ett gott omdöme. Majoriteten av de som svarat har kryssat i positiva svarsalternativ kring MB och aktiviteterna. Några få har uttryckt missnöje, resten har markerat svarsalternativ som ”vet ej” eller ”varken eller”.

### MB-kontakten

55% av de svarat uppgav att de haft kontakt med en MB under vårdtiden.

- 82% av dem som haft kontakt med MB svarade att kontakten varit ”mycket bra” eller ”bra”.

- På frågan om det varit till hjälp att träffa MB, svarade 80% ”Ja” eller ”delvis”, 12% svarade ”nej” och 4% svarade ”vet ej”.

45% av de tillfrågade patienterna har svarat att de inte pratat eller haft kontakt med MB under vårdtiden. Vad det beror på är svårt att veta. Tanken med MB som frivillig insats innebär att några väljer bort det och det ska man ska ha full rätt att göra. Det är möjligt att antalet patienter som väljer att använda sig av en MB kan förändras åt något håll över tid, om funktionen blir mer befäst. Men det är svårt att sja om i nuläget.

### Aktiviteterna

54% av patienterna som svarat på enkäten svarade att de deltagit i någon av aktiviteterna under projekttiden. 37% svarade att de inte deltagit i någon aktivitet.

- 83% av de som deltagit tyckte det varit ”bra” eller ”mycket bra” att delta, och 10 svarade ”varken bra eller dåligt”.
- På frågan om aktiviteterna varit till hjälp för dem svarade 86% ”ja” eller ”delvis”, 4% svarade nej och 4% svarade ”vet ej”.

### Intervjuer

Av intervjuerna framkom följande teman:

#### Farhågorna som fanns innan besannades inte

I förberedelserna och riskanalyserna förekom det oro kring rollen och uppdraget. De bestod bl a i att MB skulle bete sig gränslöst, bli sjuka eller få återfall, eller att stämningen på avdelningen skulle bli ansträngd och att man inte skulle våga prata fritt. Det fanns också farhågor från MB om att inte bli insläppta i gruppen. Dessa farhågor besannades inte.

#### MB ger direkt patientnytta

De intervjuade beskrev att man kunde se hur MB på avdelningen gav en tydlig och direkt patientnytta, till skillnad från många andra projekt där patientnyttan kunde kännas mer otydlig eller avlägsen.

#### MB håller i aktiviteter

De intervjuade beskriver hur aktiviteterna MB arbetar med handlar om mer än bara tidsfördriv. Aktiviteter bidrar till struktur och ordning på avdelningen. De ger också ett innehåll i vården som ges ett högt värde av patienterna. Det beskrivs som en fördel att MB har aktiviteter som separat ansvarsområde, då omvårdnadspersonalen lätt blir distraherade av andra arbetsuppgifter.

#### MB bidrar till synvänder

De intervjuade berättar hur närvaron av MB på avdelningen är attitydförändrande. MB bidrar med ett annat synsätt, som gör att personalen ser olika situationer ur nya perspektiv. MB är någon omvårdnadspersonal rådfrågar i olika situationer och beskrivs som en länk mellan omvårdnadspersonalen och patienterna. De beskriver också hur MB blir konkreta exempel på möjligheten till återhämtning, som ett hopp för både patienter och personal.



### Organisatoriska teman

**Gränsdragningar:** Av intervjuerna framkommer också att man inledningsvis fick ägna en del tid åt att konkretisera den gränsdragning som finns mellan omvårdnadspersonalens arbetsuppgifter och MBs arbetsuppgifter, något som både var väntat och en del av syftet med projektet (att pröva en ny funktion inom psykiatrin).

**Otydligheter i projektstyrningen:** Det framkommer också att det för vissa chefer fanns otydligheter kring hur projektorganisationen var uppbyggd och ”vem som egentligen bestämde”. Arbetsfördelningen mellan projektledare och enhetschef har sett olika ut i klinikerna emellan. Risken för förvirring verkar öka ju mer ansvarsområden som lyfts från chefen och istället hamnar på andra (t ex schemaläggning). Det hade också behövt vara tydligare från start att MBs arbetsbeskrivning och arbetsprinciper var styrdokument för projektet och inte något som var valbart. Hur enhetschefen och MB sedan konkretiserat styrdokumentet ner till faktiska arbetsuppgifter har sett lite olika ut i avdelningarna emellan, och där bör det finnas utrymme för flexibilitet och egna initiativ.

**Vikten av handledning:** Det framkommer också med all tydlighet att den egna handledning som funnits för MB-gruppen varit mycket betydelsefull.

# Projektets syfte och mål

## Syfte

- Att erbjuda patienter inom heldygnsvården ett utökat och mer fast utbud av aktiviteter
- Att bredda kompetensen i arbetsgruppen genom att anställa personer i stödjande funktioner som är öppna med sin egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning

## Projekt mål

1. Fasta aktiviteter i heldygnsvården
2. Kamratstödjande insatser
3. Konkreta exempel på återhämtning (goda förebilder)
4. Ökning av patient- och anhörigutbildningar

## Hur det ska genomföras

MB ska tillsammans med omvårdnadspersonal genomföra schemalagda aktiviteter i heldygnsvården.

- a) Två kreativa verkstäder per vecka och avdelning
- b) Fem promenader varje vecka
- c) I den mån avdelningen eller mottagningen erbjuder andra allmänna aktiviteter, fysiska som sociala, medverkar MB i dessa och är behjälpliga i genomförandet i mån av utrymme utifrån arbetstid.

Dessa aktiviteter ska ske på fasta, regelbundna tider i veckan.

I öppenvård ska MB delta i psykoedukativa grupper och/eller PPI (psykopedagogisk intervention) tillsammans med personal. Detta sker på en mottagning vid ett tillfälle i veckan.

Varje vecka ska MB också träffa brukarinflytandesamordnare (BISAM) samt arbetsledaren (projektledaren). Detta för att tillgodose behoven av vägledning, arbetsledning och kollegial handledning som kan finnas hos MB.

## Tillägg

När vi skrev ansökan var det svårt att uppskatta vad MB skulle kunna hinna med. När vi hunnit längre in i förberedelserna till projektet såg vi att det fanns utrymme för fler fasta aktiviteter än kreativ verkstad och promenader. Vi la därför till ytterligare två fasta uppgifter för MB: Hålla morgonsamling varje vardagsmorgon (antingen själva eller tillsammans med omvårdnadspersonalen), samt påminna och informera patienter om Patientforum, som BISAM och enhetschefen håller i en gång i veckan.

Det innebär att MB har totalt fyra fasta aktiviteter att arbeta med inom projektet:

1. Kreativ verkstad 2ggr/v
2. Promenad varje vardag för den som vill och får
3. Morgonsamling varje vardag
4. Hjälpa patienter till Patientforum.

I mån av utrymme och tid kan MB även starta upp andra aktiviteter. Dessa kallar vi ”**övriga aktiviteter**”. Där räknas dock bara aktiviteter som är ordnade, ledda av MB eller omvårdnadspersonal och sker på fasta tider veckovis (alltså inte spontana aktiviteter).

## Begrepp

Vissa begrepp återkommer löpande i rapporten. Här följer den definition av några av dem.

### Medarbetare med brukarerfarenhet (MB)

En person som arbetar i patientnära arbete med den egna erfarenheten som grund. Personen har en stödjande funktion och kan liknas lite vid en mentor. Begreppet används även i Norge, för samma funktion (*Medarbeidere med brukarerfaring*).

### Peer support worker (PSW)

Det engelska begreppet för Medarbetare med Brukarerfarenhet. Kan även kallas *Expert by experience*. Den engelskspråkiga världen har samma problem som vi med att hitta en lämplig och gemensam term för funktionen, men det vanligaste verkar ändå vara *Peer support worker*.

### Kamratstöd

*Kamratstöd* är det svenska ord som historiskt sett använts för det engelska begreppet *peer support*. Det har mest förekommit i föreningssammanhang och syftar då på det stöd man kan uppleva av att umgås med personer med samma erfarenhet som en själv. Det går att skilja mellan *formellt kamratstöd* (som MB och PSW skulle kunna falla under) och *informellt kamratstöd* (att inom en förening eller annat socialt sammanhang umgås informellt med personer med liknande erfarenhet som en själv). I det formella kamratstödet ingår t ex inte att bli vänner och umgås privat, medan det i det informella kamratstödet mycket väl kan bli så (det kanske till och med är eftersträvanvärt). Vi ser ingen värdeskillnad mellan formellt och informellt kamratstöd, båda företeelserna har sin plats och kan komplettera varandra. Men de skiljer sig så pass mycket åt att det kan bli förvirrande att kalla dem för samma term.

Kamratstöd är i dagens läge ett rätt ålderdomligt ord som få känner till utanför föreningsvärlden. Många upplever dessutom att det har en politisk klang. Förväxlingsrisken kring huruvida kamratstöd handlar om en professionell relation eller en vänskapsrelation är också rätt hög. Vår inställning är därför att *kamratstöd* inte är ett särskilt lämpligt ord att använda för den formalisering av rollen som MB ändå innebär.

### Brukarinflytandesamordnare (BISAM)

Det finns flera olika former och metoder för att stödja brukarinflytande inom offentlig verksamhet, att anställa en BISAM är ett sätt att samordna verksamhetens arbete med detta. Från hösten 2005 till sommaren 2007 drevs Inflytandeprojektet (ett samarbete mellan Nationell psykiatrisamordning, Nationell samverkan för psykisk hälsa, Ersta Sköndals Högskola, Ersta diakoni och Stockholms läns sjukvårdsområde) där huvudfokus var

brukarinflytandefrågor. Metoderna som testades var brukarrevision och samordnare för arbetet med brukarinflytande, BISAM (Nationell Psykiatrisamordning (odat.); Lindqvist 2007; Rönmark 2008).

Ett kompetenskrav för att kunna arbeta som BISAM inom SLSO är att man har egen erfarenhet av psykisk ohälsa och är öppen med detta. En överblick av BISAM-funktioner i Sverige i stort visar att de verksamheter som valt att inrätta en BISAM-funktion gjort och tänkt olika kring huruvida det ska finnas ett kompetenskrav om öppet egenerfaren eller ej. Huvuduppdraget för BISAM inom SLSO är dock likartat: Att på organisatorisk nivå skapa och upprätthålla strukturer för ökad delaktighet och inflytande för patienterna inom verksamheten. Hur arbetet sedan är utformat skiljer sig dock något mellan verksamheterna.

Ända sedan BISAM startade 2006 har det funnits tankar om att ha en motsvarande funktion även på avdelnings/mottagningsnivå, i likhet med MB.

### Öppet egenerfaren

Med detta menar vi kort och gott en person som är eller har varit patient eller klient inom en kommunal- eller landstingsdriven psykiatrisk verksamhet, samt att personen ifråga är öppen med den erfarenheten inför omgivningen. Det finns en mängd medarbetare inom människovårdande yrken som själva varit eller är patienter eller klienter, men det är inte alltid de är öppna med det. Än mer ovanligt är att den anges som ett kompetenskrav för att få anställning.

Syftet med öppenheten i tjänster som BISAM och MB handlar om att personen ska kunna dela med sig av dessa erfarenheter på ett sätt som blir hjälpsamt, både för organisationen, för andra kollegor och för patienter. Det har alltså inget terapeutiskt syfte för personen själv. Självklart har en öppet egenerfaren fortfarande rätt att själv bestämma vad och hur mycket den delar med sig av, kravet om öppenhet handlar inte om att någon ska tvingas att blotta sånt den anser vara privat. Var gränsen för personligt och privat går är således en fråga som även en BISAM eller MB får brottas med, i likhet med många andra yrkesfunktioner. Men om gränsen för privat går vid det faktum att man varit patient inom psykiatrin, är man inte lämplig att arbeta som MB eller BISAM.

## Rapportens disposition

Den här rapporten skrivs halvvägs in i projektet. Syftet är dels att göra en uppföljning av det som skett hittills, men i huvudsak handlar det om att försöka dra lärdomar inför framtiden. Förhoppningsvis gör vi en avslutande rapport efter att projektet avslutats i december 2016.

Det material vi samlat in för uppföljningen kommer från tre källor: Intervjuer med personal, enhetschefer och MB, en patientenkät samt statistik över aktiviteterna som genomförde på avdelningen. Dessa tre källor redovisas var för sig i tre olika resultatavsnitt (resultatavsnittet med intervjuerna ligger i sin helhet som bilaga (se bilaga 6), i rapportens resultatavsnitt finns en summering). De tre resultatavsnitten följs sedan av ett diskussionsavsnitt med våra egna tankar om hur det gått och vilka lärdomar vi dragit hittills.

Mer information om MB, PSW och hur vi startade upp arbetet finns sist i rapporten, efter diskussionsavsnittet.

Alla som arbetar inom projektet har bidragit med insamling av de data som den här rapporten bygger på. Projektledarna Åsa Steinsaphir och Anders Thorgren har sammanställt insamlade data till grafer. Texten är skriven och sammanställd av Åsa Steinsaphir utifrån diskussioner med projektets läsgrupp och styrgrupp, om inte annat står. (Läsgrupp: Åsa Steinsaphir, Anders Thorgren, Klas Sundström, Ann-Sofie Olsson, Anne Denhov och Malin Lindgren. Styrgrupp: Verksamhetschefer och berörda sektionschefer inom respektive klinik).

### Datainsamling

Syftet med att samla in data har varit för att kunna följa upp och ge återkoppling under resans gång. Vi har varken haft tidsutrymme eller ekonomiska medel för att samla in data i forskningssyfte. Därför kan resultaten från enkäterna och aktivitetsmätningen bara ses som grova riktmärken på hur det gått hittills.

### Brister i datainsamlingen

På en av avdelningarna misslyckades vi med att mäta aktiviteter och samla in patientenkäter. Resultatavsnitten som rör patientenkäten och aktivitetsmätningarna avser därför bara tre av projektets fyra avdelningar. Intervjumaterialet däremot kommer från alla fyra avdelningarna.

## Resultat: Patientenkäter

Som tidigare nämnts redovisas enkätsvar för tre av fyra deltagande avdelningar.

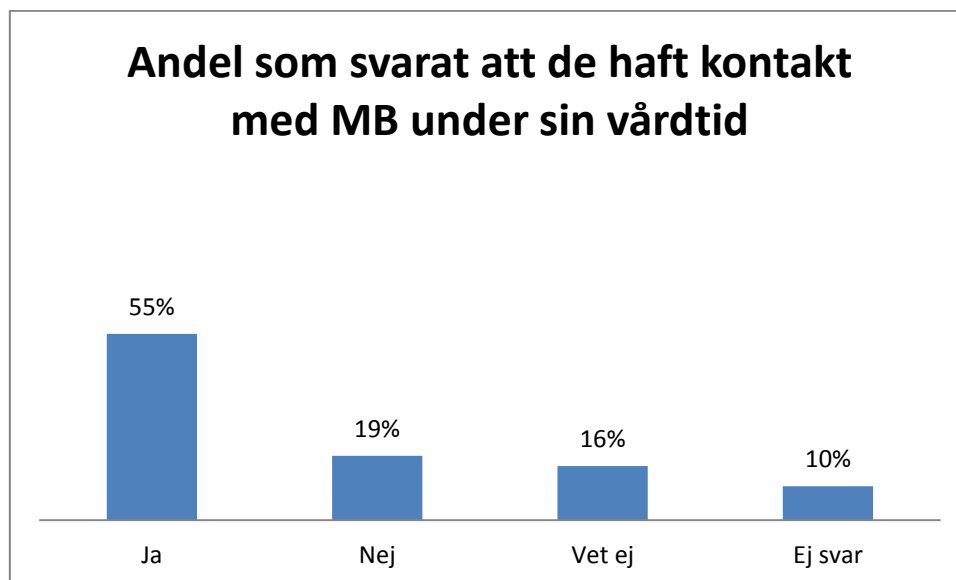
I samband med att man skrivits ut från heldygnsvården har man haft möjlighet att fylla i en enkät (se bilaga 4) om kontakten med MB och MBs arbetsuppgifter med aktiviteter. Totalt svarade 124 patienter på enkäten, vilket motsvarar cirka en tredjedel av de utskrivna patienterna.

### Kontakten med MB

I enkäten frågade vi om patienten haft kontakt med en MB under sin vårdtid, om den tyckt kontakten med MB varit bra eller dålig och om den tyckt kontakten med MB varit till hjälp eller inte.

#### Andel som haft kontakt med MB

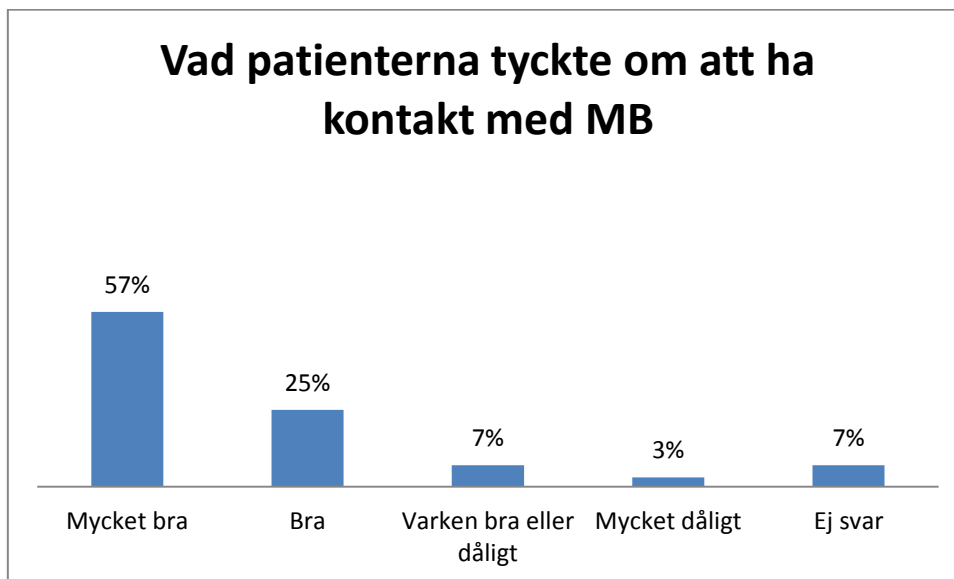
Diagram 1



55% (68 st) svarade att de haft kontakt med en MB under vårdtiden. 19% svarade ”nej” och 16% ”vet ej”.

### Var kontakten med MB bra eller dålig?

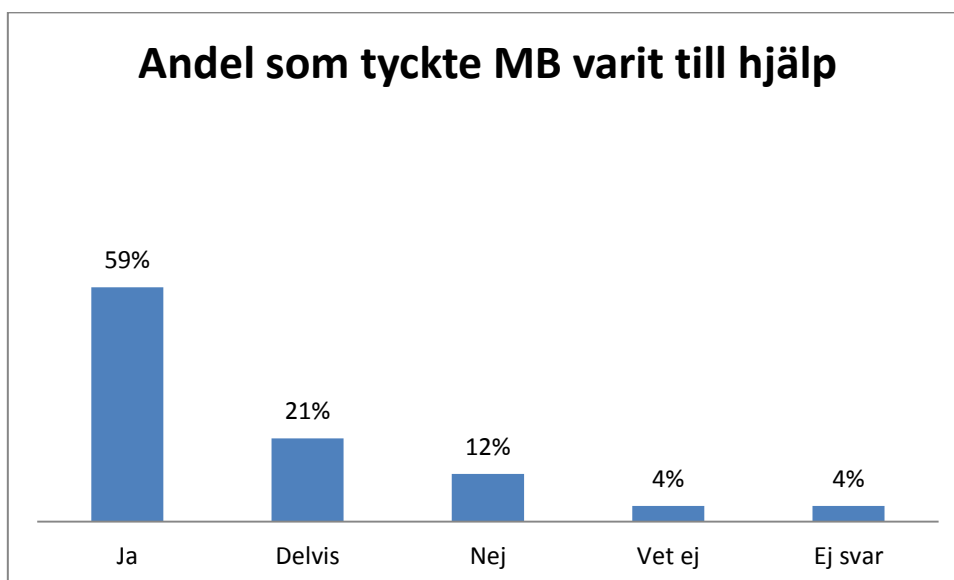
Diagram 2



82% av de som haft kontakt med MB svarade att kontakten varit mycket bra eller bra. 7% svarade ”varken bra eller dåligt”, och 3% tyckte det var ”mycket dåligt”.

### Var kontakten med MB till hjälp?

Diagram 3



80% av dem som haft kontakt med MB tyckte att det varit till hjälp. 12% svarade tyckte inte det varit till hjälp och 4% visste inte.

Sammanfattningsvis får MB ett gott omdöme av patienterna via enkäterna. Majoriteten av de patienter som svarat att de tagit del av insatserna anger också att de uppskattar dem och att de

varit till hjälp, helt eller delvis. Det finns några som varit missnöjda eller inte tyckt det varit till hjälp.

45% av de tillfrågade patienterna har svarat att de inte pratat eller haft kontakt med MB under vårdtiden. Vad det beror på är svårt att veta. Några av vårdtiderna är visserligen väldigt korta och det kanske inte hinns med, men vi räknar också med att patienter väljer bort att ta kontakt med MB, av olika skäl. Det har även våra MB vittnat om: Alla patienter är inte intresserade av den här insatsen, åtminstone inte i alla lägen. Tanken med MB som frivillig insats innebär att några väljer bort det och det ska man ska ha full rätt att göra. Det är möjligt att antalet patienter som väljer att använda sig av en MB kan förändras åt något håll över tid, om funktionen blir mer befäst. Men det är svårt att sja om i nuläget.

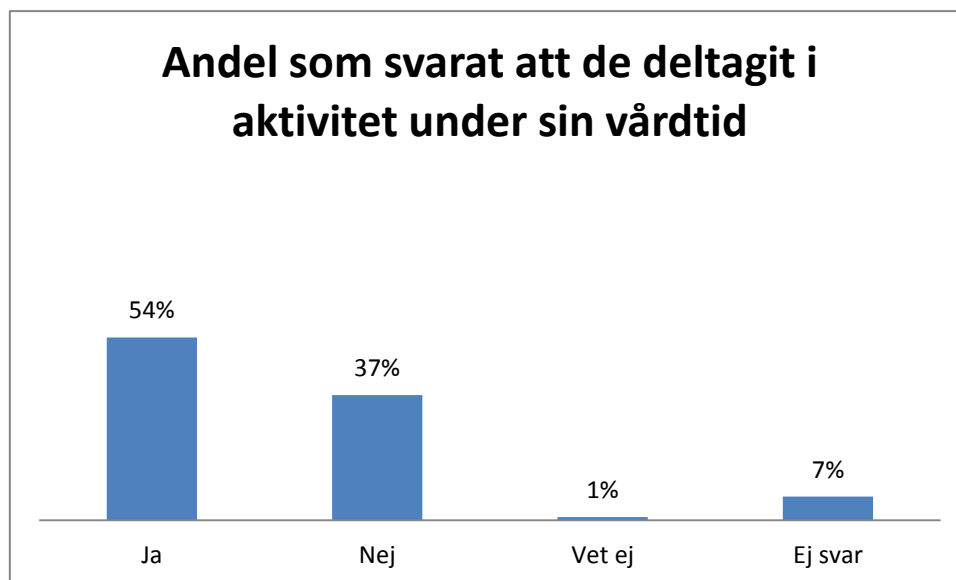
Det är också 16% som svarat att de inte vet om de haft kontakt med MB eller ej. Vår förhoppning är att det kommer bli tydligare för både patienter och personal vem som är MB och vad MB gör, ju mer etablerad rollen blir.

## Aktiviteterna

I enkäten frågade vi om patienten deltagit i någon aktivitet under sin vårdtid, om den tyckt aktiviteten var bra eller dålig och om den tyckt aktiviteten varit till hjälp eller inte.

### Deltagande i aktiviteter

Diagram 4

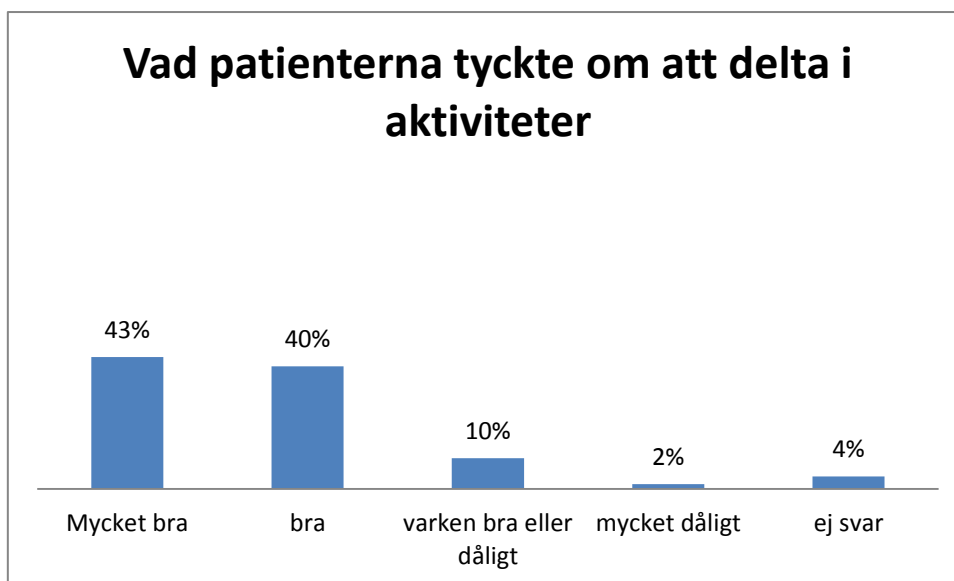


54% (74 st) av de som svarade angav att de deltagit i någon eller några av de organiserade aktiviteterna som ingick i projektet.



## Var det bra eller dåligt att delta?

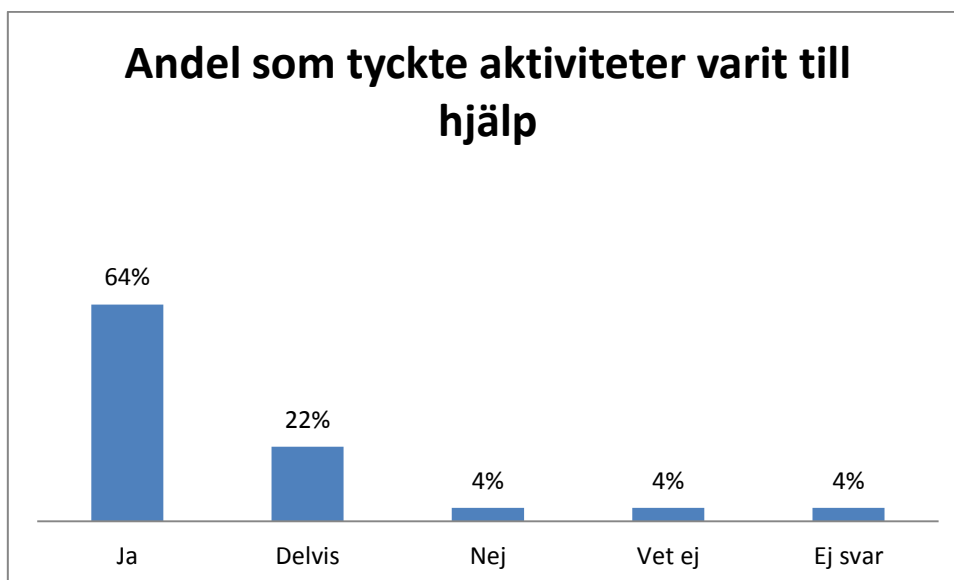
Diagram 5



85% av de som deltagit i en aktivitet tyckte att det var ”bra” eller ”mycket bra” att delta. 10% tyckte varken eller. 2% upplevde det som mycket dåligt.

## Var aktiviteterna till hjälp?

Diagram 6



På frågan om de tyckt det varit till hjälp att delta i aktiviteterna svarade 86% ”Ja” eller ”Delvis”. 4% svarade ”Nej” och 4% svarade ”Vet ej”.

Sammanfattningsvis har lite över hälften av patienterna som svarat på enkäten deltagit i någon aktivitet under projekttiden. Majoriteten av dem har tyckt aktiviteten varit bra eller mycket bra, och de allra flesta har också tyckt att aktiviteten varit till hjälp för dem.

Angående vilka aktiviteter patienterna deltagit i ser fördelningen ut enligt nedan.

- Över hälften har deltagit i fler än en av de olika aktiviteter avdelningarna erbjudit.
- Morgonsamling är den aktivitet de flesta deltagit i (över 70%). Det är också den aktivitet som erbjudits flest gånger (varje vardagsmorgon) och som finns tillgänglig för alla ineliggande patienter.
- Promenad och kreativ verkstad har hälften deltagit i (vardera 50%). Kreativ verkstad hålls två gånger i veckan. Promenad är begränsat till de patienter som bedöms kunna gå ut med MB.
- Patientforum har mindre än hälften av de svarande deltagit i (40%). Patientforum hålls en gång i veckan.
- 23% svarade att de deltagit i andra aktiviteter (ex gym, samtal, högläsning, schack, TV). Dessa aktiviteter hölls i mån av tid och utrymme och ingick inte som krav för MB att hålla i projektet.

Vi hoppas kunna följa upp hur deltagandet gått under projektets andra halva, då det vi mätt nu handlar om uppstarten av något, och inkluderar alla svajigheter och barnsjukdomar som en uppstart innebär.

## Öppenvården

I projektets mål ingår att MB gör vissa insatser riktade mot öppenvården. Det har förekommit i liten skala under projektets första fas, t.ex. i form av att MB i något fall deltagit i PPI-utbildningar på öppenvården. Då det visat sig vara fullt tillräckligt för MB att etablera sig och hantera sina uppdrag i heldyngsvården under de första månaderna, valde vi att skjuta upp ytterligare insatser mot öppenvården till projektets andra fas. De få tillfällen MB deltog i PPI under den här fasen fick dock mycket positiv feedback i PPI-utbildningens utvärderingsenkät, som redovisas här.

## Enkäter från PPI

Sammanlagt 19 enkäter fylldes i från de PPI-utbildningar där MB deltagit. På frågan ”Hade du glädje av deltagarens berättelse?” (där deltagaren i det här fallet var MB), valde 15 st svarsalternativet ”helt” och 4 st ”till stor del”. Ingen kryssade ”delvis” eller ”inte alls”.

Av de som valde att skriva en eget formulerad kommentar, gav samtliga positivt beröm till MB. Dessa kommentarer återfinns nedan (kommentarerna har neutraliserad vad gäller kön, och namn har ersatts med ”MB”).

- *Mycket angeläget att höra erfarenheter från någon som haft bipolär diagnos en längre tid. Dessutom gripande livsberättelse, väl framförd.*

- *MB var fantastisk! Det var väldigt inspirerande och intressant. Och hen verkar ha ett roligt jobb!*
- *MB var fantastisk!*
- *MB var jättebra!*
- *Mycket gripande och bra, intressant med MB som föreläste om sitt liv. Även det övriga – jättebra. Tack.*
- *Riktig retoriker! Positivt – konkret!*
- *Intressant och personligt.*
- *Superbra! Ärlig och personlig.*
- *Bästa hittills under kursen.*

## Resultat: Intervjuer

### Intervjuer

Intervjuer med MB, enhetschefer och grupper av omvårdnadspersonal genomfördes på samtliga avdelningar och analyserades av en för projektet utomstående person. En mer utförlig redovisning av tillvägagångssättet och själva intervjumaterialet finns i bilaga 6: *Intervjuer*.

Av intervjuerna framkom följande teman:

#### Farhågorna som fanns innan besannades inte

I förberedelserna och riskanalyserna förekom det oro kring rollen och uppdraget. De bestod bl a i att MB skulle bete sig gränslöst, bli sjuka eller få återfall, eller att stämningen på avdelningen skulle bli ansträngd och att man inte skulle våga prata fritt. Det fanns också farhågor från MB om att inte bli insläppta i gruppen. Dessa farhågor besannades inte.

*Tänk om de blir akut sjuka, tänk om de går i allians med patienterna och kommer i intressekonflikt, tänk om dom blir utbrända och inte kan sätta gränser, tänk om personalen känner att de får munkavle och inte kan vara fria när man fikar utan att man måste tänka på vad man säger. (Enhetschef)*

*Vi var rädda att de skulle komma hit och tala om för oss hur världen skulle se ut och skriva oss på näsan allt vi gjorde fel. Men det har de inte gjort!  
(omvårdnadspersonal)*

*Det fanns en viss oro att det inte skulle gå att prata fritt på handledning men det har helt vänt. MB har varit en tillgång. De kan tom förstå att personal kan bli trötta på vissa patienters beteende. (omvårdnadspersonal)*

#### MB ger direkt patientnytta

De intervjuade beskrev att man kunde se hur MB på avdelningen gav en tydlig och direkt patientnytta, till skillnad från många andra projekt där patientnyttan kunde kännas mer otydlig eller avlägsen.

*Det är en sådan tydlig och omedelbar patientnytta från dag ett. (Enhetschef)*

#### MB håller i aktiviteter

De intervjuade beskriver hur aktiviteterna MB arbetar med handlar om mer än bara tidsfördriv. Aktiviteter bidrar till struktur och ordning på avdelningen. De ger också ett innehåll i vården som ges ett högt värde av patienterna. Det beskrivs som en fördel att MB har aktiviteter som separat ansvarsområde, då omvårdnadspersonalen lätt blir distraherade av andra arbetsuppgifter.

*MB tillför morgonsamling och aktiviteter strukturerat och schemalagt. Det har blivit en struktur för patienterna som är trygghetsskapande och bringar lite ordning i kaos. Jag har fått jättemycket feedback av patienter att aktiviteterna är bra av det skälet. Det ger mer innehåll i vården. (Enhetschef)*

*MB står för kontinuitet. De där små sakerna som vi måste prioritera bort för att vi inte har tid betyder mycket för patienterna. Det har blivit mycket lugnare på avdelningen. Dom som mäktar med att pyssla får någonting att göra. Ibland har vi sett att patienter delta som vi inte trodde kunde klara av det. (Omvårdnadspersonal)*

I synnerhet promenader var ganska svårt att få till i början, då det kräver kommunikation i många led kring vilka patienter som går gå ut med MB och inte, just utifrån att MB var en ny funktion som inte räknades som omvårdnadspersonal.

*Runt promenad har det varit ganska rörigt vem MB får gå ut med. Jag tycker att MBs uppdrag skulle kunna utökas så att det var grunden att de får gå ut med dem som får gå ut med sällskap. (EC)*

*Om vi fick gå ut med patienterna skulle promenader öka mycket här hos oss. Som det är idag måste en annan personal följa med. Men vad gör jag med då, i det här sammanhanget? Det har varit ett hinder för min utveckling som MB. Promenad är bra för att det blir samtal. (MB)*

Efter att läkarna på en av avdelningarna börjat använda sig av bedömningen ”promenad med MB” (och inte bara ”promenad med personal”) löste sig promenadproblemen på den avdelningen.

*Läkaren gör en individuell bedömning av vem patienten får gå ut med det kan vara med anhörig, med personal eller med MB. Det är enda sättet vi kan få till det så att MB kan gå ut själva med patient. (EC)*

### **MB bidrar till synvänder**

De intervjuade berättar hur närvaron av MB på avdelningen är attitydförändrande. MB bidrar med ett annat synsätt, som gör att personalen ser olika situationer ur nya perspektiv. MB är någon omvårdnadspersonal rådfrågar i olika situationer och beskrivs som en länk mellan omvårdnadspersonalen och patienterna. De beskriver också hur MB blir konkreta exempel på möjligheten till återhämtning, som ett hopp för både patienter och personal.

*Hjälper oss personal att se saker ur en annan synvinkel, vi personal ser ju saker på ett sätt, det kan ju finnas andra sätt och MB kan se det och det blir ju unikt...De kan även ha samtal och hjälpa patienterna att se saker ur en annan synvinkel. (Enhetschef)*

*Till rollen hör även att vara en länk mellan personal och patienter, minska klyftorna mellan ”vi och dom”. (MB)*

*MB har som en mellanposition. Det är himla bra att få ett slags mellanperspektiv. De ser med andra ögon. (Omvårdnadspersonal)*

### **Personen i funktionen**

I MBs uppdrag ingår att kunna använda sina egna erfarenheter så att de blir till hjälp både som en del i avdelningens utvecklingsarbete och i direkt patientkontakt. Båda dessa delar ställer stora krav på MB.

*MB jobbet har andra svårigheter än skötarjobbet. MB är på vissa sätt ett svårare jobb, t.ex. man måste kunna använda sina erfarenheter på ett bra och konstruktivt sätt och på vissa sätt ett enklare för man behöver inte ha förmågan att utföra tvångsåtgärder på ett bra sätt. Genom att man ska använda sina egna erfarenheter kan MB vara ett mer personkänsligt jobb än skötarnas. Väldigt viktigt att det blir rätt person vid rekryteringen. En skötare eller sjuksköterska som har egen erfarenhet kan ju välja att använda sina erfarenheter eller inte. MB kan inte välja (Enhetschef)*

*Svårast i uppdraget att möta personerna, patienterna, där jag varit. Visst jag har egen erfarenhet men det är ju unika personer som jag inte kan jämföra med mig själv, jag har ju ingen nyckel till dem bara för att jag själv varit patient. Det är en konst som jag inte per automatik har med mig bara för att jag är egnerfaren. Det är ju också så att man själv får processa igen, hur var det när jag var patient, gå tillbaka i bandet och försöka förstå vad just den här människan befinner sig utan att projicera mitt på den personen. Det är oerhört komplext och den största utmaningen. Det man ser är ofta väldigt tungt många gånger, många personer som försökt ta sig liv och mår väldigt väldigt dåligt och försökt behålla sig själv i det utan att bli avtrubbad. Det tycker jag är mäkta svårt. (MB)*

Vikten av den enskilde MBs personliga lämplighet är ett tema som är återkommande intervjuerna. Det verkar som det ställs höga krav på MBs förmåga att ”passa ihop” med både personalen och patienterna.

Det framhålls också i intervjuerna att denna personliga lämplighet även gäller all annan personal men det verkar finnas sidor av MB funktionen som gör MB extra exponerade i sin roll. En del av detta handlar om att de än så länge är ”testpiloter” i en helt ny funktion och en annan del verkar vara inbäddad i uppdragets beskaffenhet.

### **Bör MB ha erfarenhet av samma diagnos som patienterna på avdelningen?**

En förutsättning för att kunna arbeta kamratstödande är gemensam erfarenhet, men hur lika behöver MB och patientgruppen vara? I detta projekt ingick både avdelningar av ”allmänpsykiatrisk” karaktär och diagnosspecifika avdelningar. Frågan om MB bör ha erfarenhet av samma typ av diagnos som patienterna på avdelningen diskuterades i intervjuerna.

Argumenten för att MB bör ha erfarenhet av samma diagnos som patienterna när det är möjligt speglas i följande citat.

*Jag tror att patienterna helst vänder sig till just den MB som varit med om samma sak. (MB)*

*Man har lättare att sätta sig in i patientens problematik om man haft den specifika upplevelsen, erfarenheten. (MB)*

*Det är väl jättebra om MB har erfarenhet av samma diagnos. Det skulle kännas jättekonstigt om MB hade en annan diagnos än den vi har här. Vi är ju ändå en diagnosspecifik avdelning. När patienter träffar MB med samma diagnos så får de se att det faktiskt går att leva med den här sjukdomen, det går att leva ett normalt liv. Det tror jag kan betyda väldigt mycket både för patienten och för anhöriga. MB kan även ge oss personal ett inifrånperspektiv. Det vi tror gäller för alla kanske inte gör det. (Omvårdnadspersonal)*

Det finns även dem som anser att samma diagnos är ”önskvärt men inte nödvändigt”(Omvårdnadspersonal)

*Grundtanken är god att MB ska ha erfarenhet av samma typ av problem men precis som alla andra är MB olika och det är bra och om diagnosen är det viktigaste är tveksamt. Det kan vara dumt att nischa in sig bara på diagnosen. (Omvårdnadspersonal)*

## Organisatoriska teman

**Gränsdragningar:** Av intervjuerna framkommer också att man inledningsvis fick ägna en del tid åt att konkretisera den gränsdragning som finns mellan MB och omvårdnadspersonalens arbetsuppgifter och MBs arbetsuppgifter, något som både var väntat och en del av syftet med projektet (att pröva en ny funktion inom psykiatrin).

*Tve-eggat att skriva journal. Risken finns att det unika med vårt perspektiv hotas lite grann att MB blir ännu mer en del av ”systemet” och en av den reguljära vården. Risken är att vi får mindre tid och mindre energi för det viktigaste – patienterna. Kanske finns en risk för konflikter om patienten tänker att allt den säger kommer i journalen (MB)*

*Det har hänt att patienterna sagt att de gärna vill prata men velat att det ska stanna ”mellan oss”. Jag har då sagt att jo bara du inte säger att du ska göra något farligt eller så eller att det är något som är viktigt för din sjukdom eller viktigt i det att du är inskriven här. (MB)*

*Det är tydligt vad vi inte ska göra, vi ska inte på något vis gå in i någon slags skötarroll, utföra några slags omvårdnadsuppgifter eller ta på oss ett ansvar som vi inte har kompetens eller utbildning för att göra. (MB)*

*Nu har nog alla förstått att MB är en av oss men ska inte göra vissa saker. Det har tagit lite tid. (Omvårdnadspersonal)*

**Otydligheter i projektformen:** Det framkommer också att det för vissa chefer fanns otydligheter kring hur projektorganisationen var uppbyggd och ”vem som egentligen bestämde”. Arbetsfördelningen mellan projektledare och enhetschef har sett olika ut i klinikerna emellan. Risken för förvirring verkar öka ju mer ansvarsområden som lyfts från chefen och istället hamnar på andra (t ex schemaläggning). Det hade också behövt vara tydligare från start att MBs arbetsbeskrivning och arbetsprinciper var styrdokument för projektet och inte något som var valbart. Hur enhetschefen och MB sedan konkretiserat styrdokumentet ner till faktiska arbetsuppgifter har sett lite olika ut i avdelningarna emellan, och där bör det finnas utrymme för flexibilitet och egna initiativ.

*Tydlighet i rollerna och kommunikationen mellan projektgruppen och avdelningscheferna skulle kunna vara mycket bättre. Ibland har projektledningen tyckt en sak och enhetschefen tyckt en annan sak om vad jag ska göra. (MB)*

*Projektet har varit lite otydligt styrt. Jag vet inte riktigt vem som bestämmer. En otydlig hierarki. Det är i alla fall inte jag som bestämmer... Många som har synpunkter Det verkar vara den här styrgruppen som bestämmer. Hade varit bra med en rejäl kontaktperson i styrgruppen. Det är ju jag som är chef och har ett arbetsgivarperspektiv. Jag är arbetsgivare för MB men har inget att säga till om i projektet...Känns lite underligt, Till exempel kan en MB flyttas till en annan enhet. (Enhetschef)*

**Vikten av handledning:** Det framkommer också med all tydlighet att den egna handledning som funnits för MB-gruppen varit mycket betydelsefull.

*Handledning en gång i veckan är oerhört viktigt för att yrkesrollen. Först tyckte jag det var för mycket med en gång i veckan men det har blivit väldigt viktigt. Visar sig att mycket är gemensamt oberoende av enhet och organisation. (MB)*

En annan form av stöd är att de lokala MB stödjer varandra.

*Speciellt viktigt vara två i början. Svårt att veta vad man ska göra i början. När man kommit in lite mer i gruppen är det lättare att vara ensam. (MB)*

*Skönt att ha en kollega att spegla sina erfarenheter med. Gick samma schema första tiden och sedan splittat. Kan bli väldigt ensam i sin roll. Klara fördelar med att gå dubbelt. (MB)*

För att MB ska kunna ha stöd av varandra behöver de passa ihop.



*De är jätte nöjda med sin handledning och att de har oerhört stort utbyte av varandra. Det blev en bra matchning. (Enhetschef )*

Eftersom MB även under projektet är anställda på enheterna har cheferna ett ansvar.

*Uppföljning av MB med täta avstämningar är väldigt viktigt för de är utsatta. (Enhetschef)*

Har MB fått det stöd de behöver?

*Jag tror faktiska de har fått det stöd de behöver både i sin egen handledning och av varandra. Jag har inte fått någon indikation på att de känts sig utelämnade eller ensamma. (Enhetschef)*

## Framtiden -förslag från de intervjuade

De intervjuade ombads att komma med förslag på vad som är viktigt att tänka på inför kommande MB satsningar.

*Det viktigaste inför framtiden är att vi får behålla MB. (Omvårdnadspersonal)*

- Struktur, tydlighet och information

Vikten av struktur och tydlighet i uppdraget i allmänhet och för vissa patientgrupper i synnerhet lyfts fram. För vissa patientgrupper kan det vara svårt att förstå skillnaden mellan personalgrupper och därför vore det bra om MB hade mer strukturerade arbetsuppgifter.

*Vi borde ha förberett oss bättre och gjort ett ordenligt schema för MB med saker de ska göra. Med vår patientgrupp behöver man tänka med strukturerat. Man skulle kunna ha lite olika upplägg beroende på vilken patient grupp man har, man kanske inte kan göra lika på alla avdelningar (Enhetschef)*

*Man måste planera det noga planera introduktionen både formellt och informellt. Vara generös med att skicka ut information, berätta om, få folk delaktiga och vara med på riskanalysen. Det är oerhört viktigt hur man planerar ett projekt och introduktionen Redan tidigt berättade jag det för några i personalen och sa att jag vara väldigt positiv och att det kommer att bli bra det. Det är viktigt att man får med sig folk. (Enhetschef)*

- MBs uppdrag

*Jag har känt det som ett hinder att ha så få befogenheter. Tex en lista med de patienter som få gå på promenad med MB hade underlättat. En del regler som var från början kanske kan lättas lite på nu. (MB)*

*Jag hoppas på att läkarna ska kunna bestämma att vissa patienter kan få "promenad med MB", att det kan finnas en lista med lite fler patienter som vi kan få gå med på promenad. (MB)*

- Skapa forum för att framföra konstruktiv kritik och förbättringsförslag

*Vi borde ägna en del av en planeringsdag till att samla ihop vad MB sett och vad vi kan göra åt det. Återlämnandet av den kunskapen måste ske på ett sådant sätt att det inte blir en anklagelse, tillrättavisande. Det är ju delvis därför de är här. Jag vill ju att de ska se. Och att vi kan ta upp det och bli bättre. Men det blir klurigt. Det ska inte ske löpande utan på en planeringsdag. Kanske kan BISAM hjälpa till. (Enhetschef)*

- Utveckla MB-rollen

*Hjälpa patienten att få lite mer status i sin roll som patient och få mer inflytande över sin egen situation. Patienten är ju i händerna på de som har beslutsrätten. Vi skulle kunna hjälpa till så att patienterna är bättre förberedda inför läkarbesök och om patienten vill hjälpa patienten att formulera frågor om varför jag är här och vad händer sedan. Någon form av strukturerad form av underlag. (MB)*

*När behövs vi egentligen bäst? Kanske börja jobba kvällar och helger. Många patienter efterfrågar mer på kvällar och helger. (MB)*

- Lägga in praktik i kommande Mb-utbildningar

*Nu när det finns MB vore det väl bra om nya MB fick auskultera innan de började, gå bredvid nån vecka eller två. Eller att en erfaren MB från annan avdelning gick med i början på. Jag tycker introduktionen på plats är oerhört viktig (Enhetschef)*

## Summering av analysen

I analysen beskrivs i huvudsak vikten av organisatoriska förutsättningar för att bevara MBs unika yrkesidentitet även på sikt, samt hur rollen kan göras mindre "personkänslig".

Författaren tar bl a upp:

- MB-funktionen i psykiatrisk heldygnsvård är både möjlig och önskvärd, kanske till och med oundgänglig och ett blivande yrke i en snar framtid.

- MBs bidrag är unikt och kan inte ersättas av annan personalkategori.
- Om MB kan bidra till att personalen får mer hopp om möjligheten till återhämtning kommer det sannolikt att märkas i personalens kontakt med patienterna och i sin tur ge ökat hopp hos patienterna.
- Att försöka få kontakt med okända människor utan att ha en tydlig anledning ställer även stora krav på social förmåga. Kanske bidrar detta till att MB-funktionen beskrivs som så ”personkänslig”?
- Om MB har för mycket icke inbokad tid kan det uppstå en önskan om att MB bidrar till annat arbete på avdelningen så att framförallt skötarna avlastas och att MB på sikt riskerar att utvecklas till en slags ”assisterande skötare”.
  - Det behöver finnas påtagliga skillnader mellan övrig personal och MB, som märks av patienterna, för att MB ska bli igenkända som just MB.
  - Kanske blir det synligt för patienterna att MB stannar kvar i pågående aktivitet eller samtal med patienter även vid oro på avdelningen, att de aldrig deltar i tvångsåtgärder eller annan konkret maktutövning som att öppna ytterdörr etc.
  - En annan väg vore att skapa organiserade och formella uppgifter som är unika för MB. De aktiviteter som lyfts fram i intervjuerna som en viktig insats för patienterna är ju inte endast MBs uppdrag utan ingår även i skötaruppdraget. Skulle det kunna finnas aktiviteter som är unika för MB? Tänkbart vore till exempel ett mer formellt organiserat kamratstöd som tydligt definierade kamratstödande samtal, stöd i patienternas delaktighet i beslut i vården, information om återhämtning och om möjligheter utanför vården att få stöd i en återhämtningsprocess.

Avslutningsvis skriver författaren:

*I en samtid där det lätt mätbara har företräde, anses viktigt och får prioritet har det mindre konkreta svårt att göra sig gällande. Det MB tillför i vården är till väsentliga delar abstrakt och svårt att mäta. Kan detta vara en risk för att MB-funktionen upphör när projektmedlen är slut? Går det att minska den risken? Kan MB bli ett nytt yrke i psykiatrisk vård?*

## Resultat: Aktivitetsmätning

Som tidigare nämnts redovisas aktivitetsmätningar för tre av fyra deltagande avdelningar. Det som mättes var antalet hålla aktiviteter och deltagarantal. Syftet med mätningarna var att

1. se om aktiviteterna hölls regelbundet (ett av projektmålen)
2. ifall det fanns intresse från patienternas håll att gå på aktiviteterna.

Sekundära syften med mätningarna var också att ge kontinuerlig feedback till MB, personal och patienter.

### Sammanfattning

Det vi kan visa är att

1. **MB har lyckats med målet att erbjuda regelbundna, fasta aktiviteter på avdelningarna.** Då och då ställs aktiviteter in av olika skäl, men på det stora hela upprätthålls de med regelbundenhet.
2. **Det finns ett intresse från patienthåll för att gå på aktiviteterna.** Även om deltagarantalet verkar skifta över tid, så är det ingen aktivitet som patienterna helt tappar intresset för, åtminstone inte under vår mätperiod.

Något som resultatet möjligtvis visar är även att det tar tid för vissa aktiviteter att ta fart. Promenader verkar ha tagit fart en bit in i projektet, medan kreativ verkstad och morgonsamling fick en ”peak” under de första månaderna för att nu verka plana ut något. Det är svårt att avgöra om det är tillfälligt (MB-frånvaro, lägre beläggning), ett helt naturligt förlopp (intresset för det nya övergår till en vardag) eller om det finns något som stör eller hindrar. Det är hur som haver viktig information för oss att ta med oss i projektet fortsättningsvis och stämma av ytterligare med MB och enhetschefer.

### Brister i vår metod

Våra mätningar var inte avsedda att hålla en vetenskaplig nivå. Syftet var att i grova drag se om våra projektmål uppfylldes, med de redskap vi hade tillgängliga inom projektets tid och budget. Det är för många variabler inblandade som vi inte räknat med eller tagit hänsyn till, för att de data vi samlat in ska kunna analyseras på detaljerad nivå. Till exempel genomfördes den första mätningen av personal under november 2015, innan MB börjat. Därefter mätte MB, vilket gjorde att personalen ofta glömde bort att skriva ner i vilken mån de själva t ex gått ut på promenad med patienter. Den ”dippen” som ses för promenader i januari har sannolikt att göra med att MB tagit över ansvaret för mätningar men ännu inte kommit igång ordentligt med sin verksamhet, samtidigt som personal slutat mäta de promenader de själva genomför.

Vi har inte heller haft utrymme och resurser nog för att se hur grundläggande patientdata skiljer sig månaderna emellan. Det skiljer sig förmodligen en del i beläggningsgrad, vilket inte syns i de mätningar vi gjort. Man bör också vara medveten om att avdelningarna har olika antal vårdplatser (den minsta har 14, den största har 28). Här redovisar vi samtliga resultat sammantaget. Resultaten för varje avdelning separat finns som bilaga (bilaga 5), men

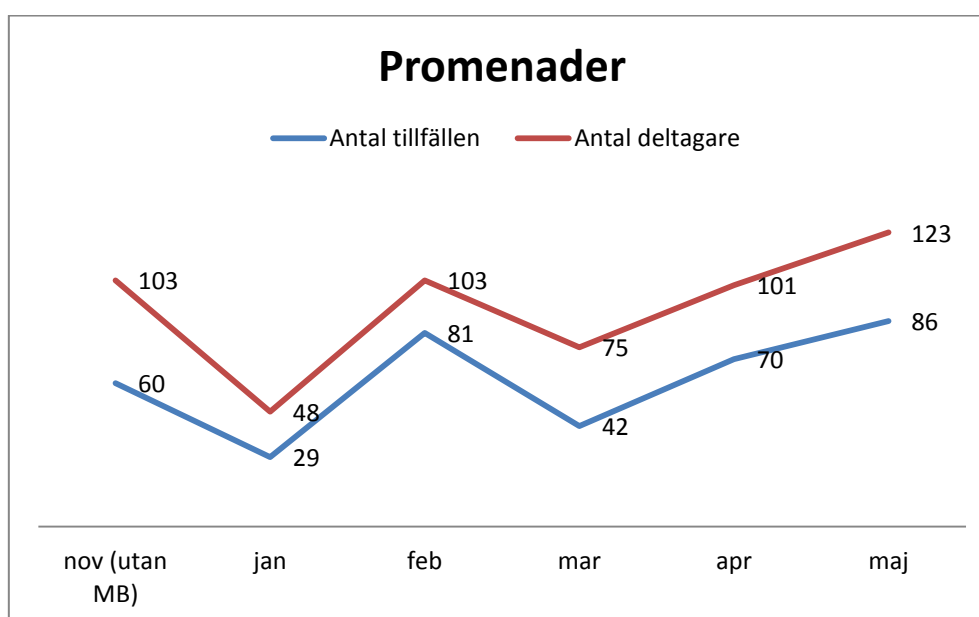
jämförelser avdelningarna emellan ska göras med försiktighet eftersom det finns en hel del skillnader i yttre faktorer.

Det hade även varit mer optimalt att ha en lika lång mätperiod utan MB som vi hade med MB. Jämförelsen med mät månaden november haltar och det är vi medvetna om. Det är svårt att jämföra mätningar under en månad med nästan en hel vårtermin. Dessutom har ansvaret för mätningen under november och under övriga månader legat på olika parter vilket kan ha orsakat olikheter i hur man genomför mätningen. Kanske hade det i efterhand varit bättre att inte göra någon före-mätning alls eftersom vi ändå fick så mycket osäkerhet i de mätningarna. Vi valde att ta med föremätningen ändå, för transparensens skull.

## Promenader

Det säger kanske sig självt, men självklart hade samtliga avdelningar inom projektet promenader med patienter i någon form innan projektet. En avdelning hade gemensamma promenader på fast tid vardagar, en erbjöd det men hade svårt att få till det med regelbundenhet. En hade endast enskilda promenader vid behov. Det patienter önskat angående promenader var mer av dem, och med större regelbundenhet.

Diagram 7



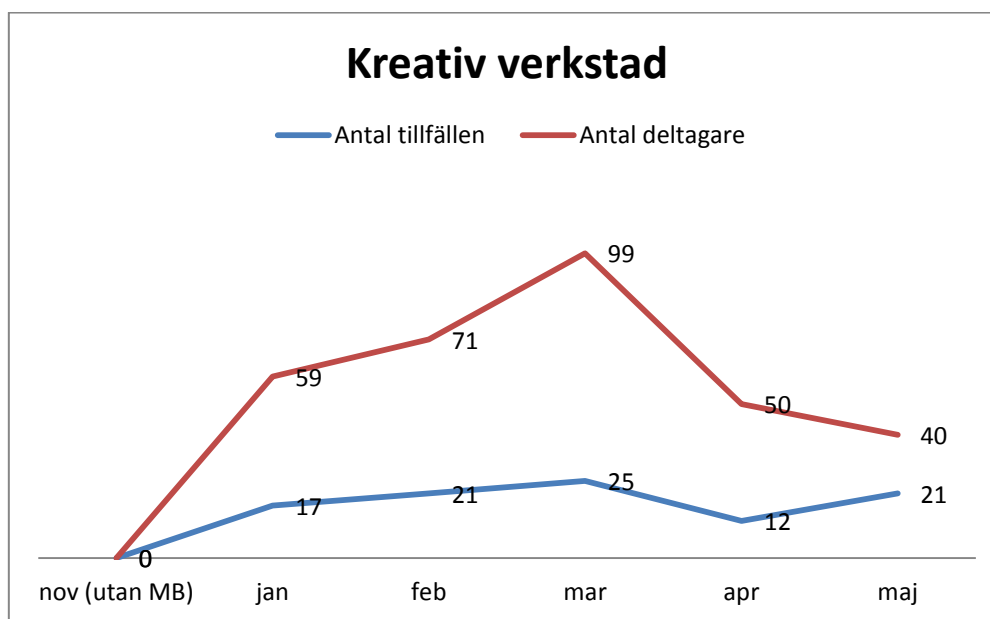
Promenader var svårt att få till inledningsvis. Patienterna har olika nivåer av frigång, och det gällde för MB att få uppdaterad info om vad som gällde för vilken patient (MB har inte tillgång till journalsystemet). MB kan inte heller gå själva med patienter som enbart har bedömningen ”promenad med personal”, vilket hindrade många promenader med MB (och även hindrade patienten att komma ut, då omvårdnadspersonalen ofta får svårt att hinna med). På åtminstone en av avdelningarna valde läkarna att börja göra särskilda bedömningar ifall patienten kunde gå på promenad med MB, vilket gjorde att många fler patienter kunde få komma ut. Vår tolkning är att delar av den ökning som sker mot slutet av mätperioden har att

göra med att MB och avdelningen klurat ut olika system för att komma förbi de svårigheter som fanns i början.

## Kreativ verkstad

Ingen av avdelningarna inom projektet hade någon sorts kreativ verkstad innan MB kom. Det blev den enda aktivitet som var helt ny för alla i projektet.

Diagram 8

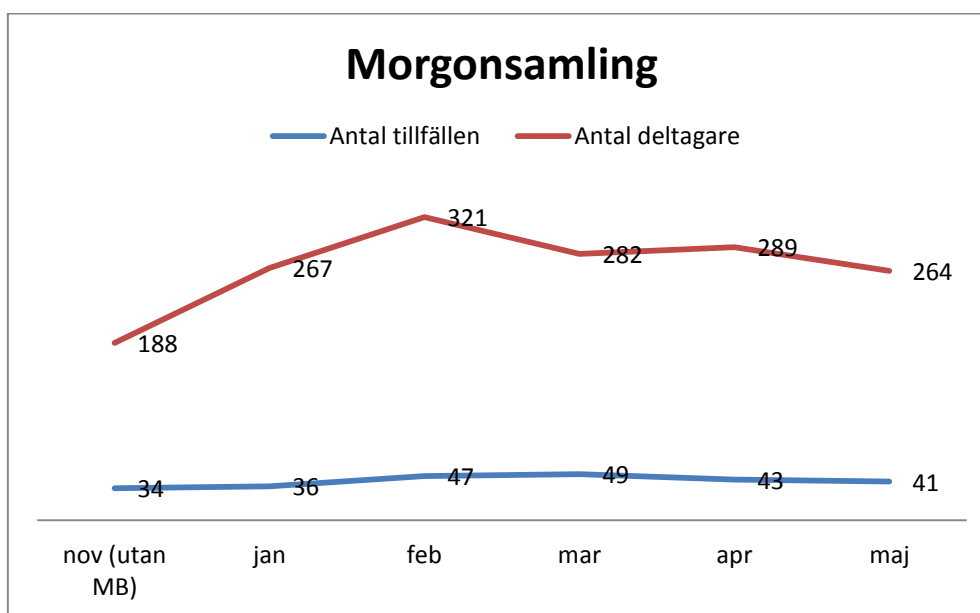


Kreativ verkstad hålls två gånger i veckan. Maxantal möjliga kreativa verkstäder per månad för avdelningar inom projektet är 24 (8 verkstäder x tre avdelningar). Januari blev en uppstarts månad. Februari och mars ligger mätningen kring måltalet. Samtliga avdelningar har en dipp i april som vi inte riktigt vet vad den beror på. I maj ser det bra ut igen angående tillfällen, men där har deltagarantalet minskat. Det är svårt att veta vad det minskade deltagarantalet beror på. MB vittnar om att intresset för kreativ verkstad skiftar över tid. Ibland finns det en klick patienter som är mer aktiva och då drar med sig andra patienter. Andra perioder kan det vara många patienter inlagda som har svårt att komma igång, eller helt enkelt inte är intresserade. Det är också möjligt att intresset generellt för aktiviteten skulle kunna minska efter ett tag. Det är i så fall något vi hoppas visar sig genom fortsatta mätningar.

## Morgonsamling

Två av tre avdelningar hade en Morgonsamling igång innan projektet startade.

Diagram 9



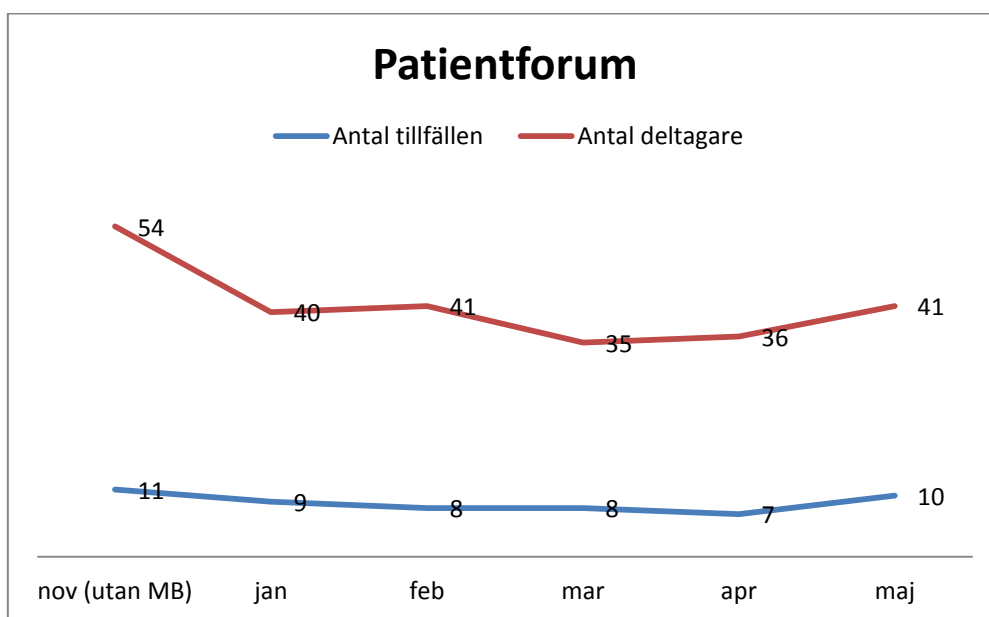
Morgonsamling hålls varje vardag. Maxantal möjliga morgonsamlingar per månad för avdelningarna inom projektet är 60 (20 vardagar per månad x tre avdelningar). Med undantag av uppstartsmånaden i januari blir 70-80% av morgonsamlingarna av. Genomsnittet på deltagare per morgonsamling har också ökat:

- November: 5,5
- Januari: 7,4
- Februari: 6,8
- Mars: 5,7
- April: 6,7
- Maj: 6,4

## Patientforum

Patientforum skiljer sig en del från de övriga aktiviteterna vad gäller MBs uppdrag. Det hålls bara en gång i veckan och det är BISAM som håller i forumen, inte MB. Antalet genomförda Patientforum är alltså inte MBs ansvar. Det är också en aktivitet som samtliga avdelningar haft under flera år och som fungerat relativt väl. MBs uppdrag kring forumen var att hjälpa till att informera och påminna patienterna om möjligheten att delta.

Diagram 10



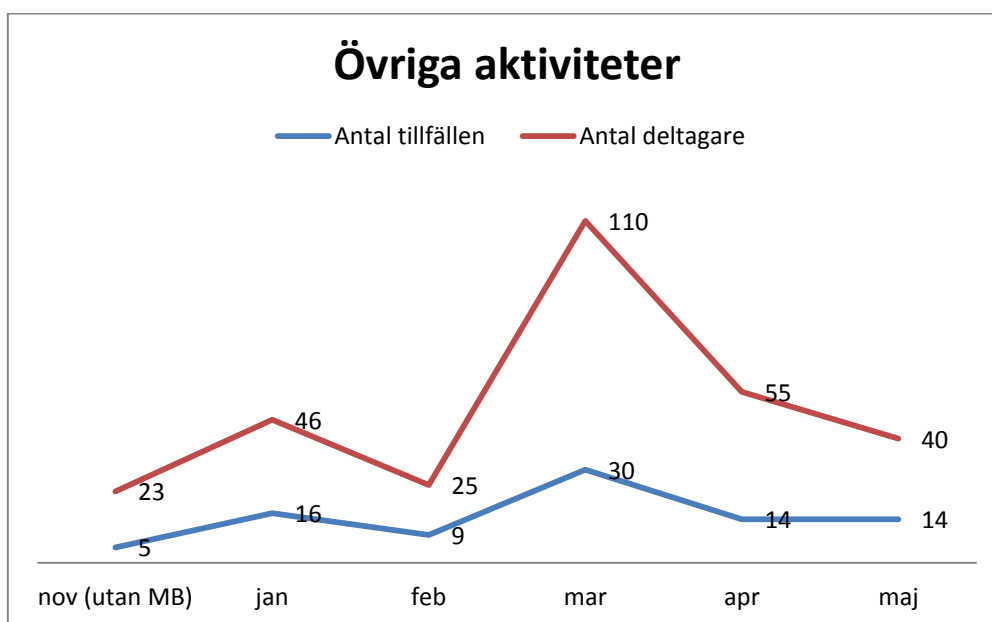
Den här mätningen är svår att tolka. En av avdelningarna hade inga patientforum alls under två mät månader pga faktorer som berodde på BISAM. En annan avdelning bytte dag och tid för patientforum i början av året, för att sedan byta tillbaka efter ett par månader då den nya tiden krockade med annan aktivitet. Ytterligare några forum ställdes in pga röda dagar. Ingen av dessa omständigheter förelåg när vi gjorde mätningen av november. En annan möjlig tolkning är att närvaron av MB minskar behovet av patienterna att gå på Patientforum. Ytterligare ett sätt att se det är att mätningen misslyckades med att ge något meningsfullt resultat då för många yttre faktorer påverkade situationen.

### Övriga aktiviteter

Övriga aktiviteter var inte prioriterat inom projektet och utfördes i mån av tid och lust. Kategorin togs med både för att se vad man hann med, om det fanns annat än de obligatoriska aktiviteter som också var intressant, men också för att se att MB höll sig till de aktiviteter som ingick som mål i projektet och inte prioriterade annat.



Diagram 11



Puckeln i mars beror på att man på en avdelning prövade tre nya aktiviteter: Promenad med vårdhund, morgonsträck och sällskapsspel. På grund av några omsättningar i MB-funktionen i april lyckades vi inte upprätthålla dem på samma sätt under april och maj.

## Diskussion

I det här avsnittet vill vi lyfta fram de svagheter och styrkor vi sett med hur projektet gått hittills. Vi avslutar med ett avsnitt med lärdomar, där vi brett olika funktioner inom projektet att lista lärdomar de dragit kring sin roll under projekttiden hittills.

### MB fyller en viktig funktion och skapar värde för patienterna

De resultat vi får i de mätningar vi gjort pekar alla mot att MB fyller en viktig funktion i vårdteamet och kompletterar existerande funktioner. I många fall verkar det som att det är först när MB är på plats som vårdteamet märker att det funnits ett behov. MB verkar bidra med något som i viss mån är en ”bild behovsfläck” inom psykiatrin som organisation, men som för de flesta patienter verkar vara självklar.

Värdet ur patientperspektivet är tydligt, utifrån de data vi samlat in. En majoritet av de patienter som haft kontakt med MB tycker kontakten varit både bra i sig, men även hjälpsam för dem i deras situation. Omdömena från personalgruppen som fått en MB i sitt team är också övervägande positiv, både utifrån vad de märker hos patienterna men också utifrån det MB bidrar med i personalgruppen.

Patientvärdet med MB är i det här materialet så tydligt och talar bäst för sig själv i resultatavsnitten så vi inte kommer gå in och diskutera detta vidare här. Vi kommer istället lägga fokus på de organisatoriska bitarna, då erfarenheten från arbetet med att ha en BISAM-funktion är att detta är a och o för att få funktioner som bygger på egnerfaren kompetens att fungera som en naturlig del av en verksamhet.

### Projektformens dilemma

Projekt innebär en balansgång: Det finns vissa grundkriterier som inte är valbara. Vi ska göra det vi sagt att vi ska göra när vi ansökte om medel, och de definitioner och avgränsningar för MB-rollen som sattes vid projektets start ska gälla, så vida styrgruppen inte beslutar om ändringar. Annars blir det fort rörigt, och dessutom svårt att utvärdera.

Inom ramarna för dessa ”grundförutsättningar” ska utförarna ha möjlighet att komma med egna idéer och input i utformandet av arbetet, det är till syvende och sist de som har störst kännedom om arbetet och vardagen på avdelningen. Dessutom vill nog få bara vara en utförare av order uppifrån, för att ett projekt ska leva måste det finnas ett visst mån av handlingsutrymme. Vi lyckades olika väl med denna balansgång, vilket märks i intervjuerna.

### Dra i handbromsen vad gäller ”extrauppgifter”

Det går att använda en MB till hur mycket olika saker som helst: Föreläsningar, personalutbildningar, etc. En positiv synergieffekt av såna uppdrag är att fler får upp ögonen för MB och vad MB-funktionen kan tillföra. En negativ synergieffekt är att det blir ett slitage på MB och luckor i själva syftet med MBs uppdrag: patientkontakten. Varje sånt uppdrag innebär ett avsteg från MBs ordinarie tjänst och dess ordinarie syfte, som ska handla om

kontakt med patienter och de patientnära insatserna (dvs **inte** personalutbildningar och föreläsningar). Här gäller det att hålla tungan rätt i mun, så inte MB blir upptagna (mentalt så väl som fysiskt) av att springa runt på olika utbildningar och insatser för personal och organisation. Samtidigt är det inte fel att ta vissa såna uppdrag då MB är en okänd funktion som tjänar på att bli mer känd. Finns BISAM inom verksamheten kan gränsdragningen vara något enklare, då den typen av uppdrag faller mer på BISAM än MB. Finns BISAM behöver man å andra sidan vara medveten om att MB inte är BISAM. Medan det ingår i BISAMs uppdrag att studsa runt på olika organisatoriska möten och personalinsatser, ingår det inte i MBs uppdrag på samma sätt, och för MB sker det *på bekostnad* av patientkontakt och andra ordinarie arbetsuppgifter, vilket det inte gör för BISAM där detta snarare *utgör* ordinarie arbetsuppgifter.

Vår rekommendation är att begränsa den typen av uppgifter, hur frestande det än är. Prioritera framför allt annat att de etablerar sig på sin avdelning och blir sedda som en pålitlig del av ordinarie verksamhet där. Det tar tid, det måste få ta tid.

## Svagheter

- **Att vi inte alltid lyckades med målet att MB skulle arbeta två-och-två.** I praktiken dök det upp en del hinder för det. Det kunde ha att göra med svårigheter att lägga scheman, för stor produktionsiver från projektledningshåll, eller att de två MB som skulle jobba ihop helt enkelt inte kom särskilt bra överens. Här och var blev det så att MB arbetade ensamma. I något fall gick det okej, i andra fall inte. Från projektledningens håll gäller det att hålla fast vid att arbeta två-och-två ska innebära att man går större delen av arbetspasset tillsammans på samma avdelning, även om de bitvis gör självständiga uppgifter. Lösningar där två MB som arbetar halvtid går olika dagar, eller olika delar av dagen, blir inte bra. När det går bra är lätt hänt att försöka maximera produktion och arbetstid genom att vilja ”täcka” så mycket som möjligt, men i slutänden tar det mer än det ger. Även om det förekommit att MB inom vårt projekt arbetat själva i perioder och att det i vissa fall fungerat, är det inte ett sätt som fungerar att bygga upp en stabil och varaktig MB-funktion på inom en organisation. Risken för utbrändhet är för stor, alternativt risken att MB anpassar sig för mycket och blir en ”assistent”. Det måste självklart inte innebära att två MB alltid jobbar hand-i-hand arbetspassets alla timmar, men upplägget kräver en lyhördhet för vad MB signalerar, utifrån dem som personer och beroende på situationen.
- **Projektledningen hade behövt vara tydligare med att det fanns en ansvarsfördelning mellan projektledningen och enhetscheferna.** Utifrån intervjuresultatet ser vi att det inte varit tydligt för alla.
- **Bättre noggrannhet med att chefskapet för MBs anställning ligger på enhetschefen.** Schemaläggning och liknande praktiska saker kring anställningen ska enhetschefen ansvara för, precis som situationer som rör samarbete/konflikter

medarbetare emellan. Projektledningen kan vara ett värdefullt stöd, men ska inte ta över såna uppgifter. Vi tror att dessa bitar blev lite röriga och inte helt tydliga.

- **Halvtidsanställningar innebär en del problem.** För de som vill eller behöver jobba heltid blir det också svårt och rörigt att dela tjänst med något annat. Det är också svårare att lägga scheman för halvtidsanställningar. Vi är osäkra på om vi borde gjort på något annat sätt i det här projektet (att anställa färre på heltid hade t ex inneburit mer ensamarbete), men det är ett problem. Det finns inga fördelar i sig med att någon jobbar halvtid, om det inte rör sig om personens egen önskan eller behov.

## Styrkor

- **Att det fanns en beredskap och ett intresse från de deltagande avdelningarna att ta emot MB på avdelningarna.** I nuläget är det kontroversiellt att anställa MB inom psykiatrisk heldygnsvård. Vi är mycket stolta och glada över de avdelningar och enhetschefer som ville vara med i projektet, hur de såg MB som en möjlighet och att de under resans gång ägnade tid och kreativitet åt att lösa de nya situationer som ett projekt för med sig. Utan enhetschefernas och personalens positiva inställning och kreativitet hade projektet varit chanslöst. Projektet hade aldrig kunnat bedrivas på en avdelning där inställningen varit skeptisk eller motvillig. Av alla styrkor är nog detta den vi tror haft störst betydelse.
- **Formalier.** Det faktum att vi hade styrdokument i form av arbetsbeskrivning och arbetsprinciper, samt hade satt kompetenskrav för rollen, underlättade vårt arbete mycket. Det var också uppskattat av MB och av chefer. Att dessa dokument sedan behövde en del diskussioner för att omsättas till alla olika situationer som uppstår i praktiken hade vi räknat med, och såg som en del av projektets syfte. Hade vi stått utan dessa dokument hade vi varit chanslösa. Det hade sannolikt slutat med att alla gjorde efter eget huvud, vilket nog blivit rörigt både för MB, kollegor och oss i projektet. Vi fick också positiv feedback på detta under projektets gång.
- **Konkreta aktiviteter för MB att utföra, som byggde på ett konstaterat behov hos patienterna.** Konkreta uppgifter blir en grund för de mer ”mjuka” arbetsuppgifterna som rör samtal och vardagsmöten på avdelningen. Vi fick feedback från MB om att detta var bra. Det hade inte nödvändigtvis behövt vara aktiviteter. Vi tog det för att det var ett konstaterat behov som vi bedömde att en MB kunde utföra under den tid vi hade till hands.
- **Gemensam handledning för MB-gruppen, lett av BISAM.** Eftersom båda klinikerna inom projektet hade BISAM, var det inte svårt att ordna handledning som leddes av egnerfarna med erfarenhet av rollen som öppet egnerfaren inom offentlig verksamhet. Det var minst lika viktigt att få träffa de andra MB och få kollegialt stöd och erfarenhetsutbyten av övriga i gruppen. Inledningsvis hade vi en idé om att någon

annan än BISAM skulle delta i MB-handledningen. Efter feedback från MB ändrade vi det. Det handlade inget om att dessa personer var dåliga, men det fanns en tydlig önskan om att få ha det sammanhanget enbart för egnerfarna. De önskade även att ha mer klinikgemensam handledning och få träffas oftare i storgrupp, vilket vi tillmötesgick. Man får ha i åtanke att i alla andra sammanhang ute i arbetet är MB i minoritet som yrkesgrupp. Utrymmet att bolla och få kollegialt stöd kring sin egen yrkesroll och yrkesidentitet blir mycket mindre än för en som jobbar tillsammans med många med samma funktion.

## Lärdomar

Inför sammanställningen av rapporten bad vi MB och enhetschefer att skriva ner några lärdomar de dragit om sin roll i projektet. Vi i projektledningen skrev även ner vad vi lärt oss om vår roll. Här är en sammanställning av de svar vi fick.

## Projektledning

1. **Det tar tid för MB att etablera sin roll i gruppen, och för aktiviteter att etablera sig som en del av veckorutinen på avdelningen.** Man bör hålla sig från att vidareutveckla rollen eller uppdraget de första fem-sex månaderna.
2. **Det är svårt att föra ut information som alla får del av.** Chefer har fullbokade scheman som konkurrerar med akuta situationer som kan uppstå, det är med andra ord inte så lätt att få till gemensamma möten på det sätt som man vill.
3. **Det finns goda skäl till att följa den kunskap som gjorts internationellt.** Vi försökte följa de riktlinjer och lärdomar som gjort internationellt (t ex från ImROC) så gott vi kunde. I de fall vi gjorde avsteg, i all välmening eller som nödlösning, uppstod problem.
4. **Lämna utrymme för att det, inom de uppsatta ramarna i form av gemensam arbetsbeskrivning, kommer behöva se olika ut på olika avdelningar.** Avdelningar ser olika ut, de riktar sig till olika målgrupper och har olika inbördes kulturer och vårdideologier. Man inte förvänta sig att MB-rollen kommer se precis likadan ut på varje avdelning.
5. **Till dess funktionen är etablerad bör man använda sig av prøvotid (eller provanställningar om det rör fasta tjänster) .** Det är mycket svårt att bedöma huruvida en person passar för uppdraget eller inte när det inte går att få referenser från just uppdrag eller utbildningar till MB.

## Enhetschefer

6. **Förbered MB på att det på en psykosavdelning kan bli mycket stiltje och stillasittande.** Där behövs mer riktade uppdrag än det kanske gör på en affektiv

avdelning. Kanske någon form av strukturerade samtal, men det beror en del på vilken kompetens den som anställs har.

7. **Förbered dig med scheman för MB och vad MB gör och inte gör.**
8. **Det finns olikheter avdelningar emellan – målgrupp, kultur, utseende, som man behöver ta hänsyn till.** Kanske måste uppdragen formuleras lite olika utifrån detta.

## MB

9. **Det är skönt att vara två.** Både att man kan få stöd av varandra, men det gör också att man påminner varandra om MB rollen. Det gör att man lättare lyckas hitta balans mellan personal och patienter, mellan vilka vi ska vara en länk.
10. **Ser eller hör man något som man upplever som orättvist eller fel är det en bra idé att vänta på rätt läge att ta upp det.** Det kommer oftast, och har man tänkt igenom vad man ska säga innan och gör det på rätt sätt och plats får det bättre effekt.
11. **Det var bra att ge det lite tid att komma in i personalgruppen.** Sen kan man ta ut svängarna mer, försöka förändra eller påverka.
12. **Ge inte upp.** Även om man ibland är själv på kreativ verkstad, eller ingen vill ta promenad är det uppskattat att möjligheten finns. Sluta aldrig fråga!
13. **Att småprata med patienterna är ofta väldigt uppskattat.** Man kan prata om allt, trädgård, frimärken, väder, smink eller husdjur. Det tar ofta inte så lång tid innan man klurat ut vad de gillar när de mår bra, och alltid kan man relatera på något sätt. Det är också lättare att prata när man pysslar eller promenerar.
14. **Att själv ha varit patient betyder inte att man förstår alla patienter:** Man kan känna igen sig i patientsituationen men kanske inte i symtomen. Det krävs mer än bara egen erfarenhet, det krävs också förmåga att lyssna, vara inkännande, vara följsam och respektera personens integritet.
15. **Att vara lojal mot både patienter och personal:** Det är en utmaning att visa lojalitet mot personal och patienter samtidigt. Som MB hamnar man i ett vakuum där man inte kan ty sig för mycket till någon grupp och därmed får man lite av en ensamroll. Men det är också en av uppgifterna i rollen så som jag ser det, att vara en brygga mellan patienter och personal och överbrygga ”vi-och-dom” glappet.
16. **Att gå dubbelt med annan MB gör har betydelse:** Att gå dubbelt, eller iaf ha viss tid som överlappar med en annan MB gör rollen lite mindre ensam. Att kunna bolla tankar, intryck och ideer med en MB-kollega är ett viktigt stöd i arbetet.

17. **Stödet, godkännandet, intresset från arbetsgivaren spelar roll:** Oavsett hur driven, ambitiös, passande man är i rollen som MB så har arbetsgivarens (enhetschefens) engagemang stor påverkan för hur arbetet som MB på arbetsplatsen kommer att kunna utvecklas och hur man kommer att trivas (precis som med andra jobb).
18. **Presentera rollen för patienter:** Viktigt att beskriva för patienter vad det är man som MB gör och att man är öppet egenerfaren. Lätt att annars bli tagen för mentalskötare.

## MB: En framtidsvision

Här följer en försiktig framtidsvision, utifrån det vi lärt oss hittills och det vi tänker oss och hoppas på framöver.

### Följa patienten

Under projektets anda halva kommer MB börja arbeta mer mot öppenvården, och då följa vårdprocessen/vårdkedjan. Det innebär möjligheten att följa vissa patienter mellan heldygnsvård och öppenvård. Om vi ska göra ett försiktigt uttalande är modellen att följa patienten snarare än enheten en modell vi tror mycket på. En vision skulle kunna vara att ha två eller flera MB anställda inom en sektion bestående av både heldygnsvård och öppenvård (t ex följa en patient mellan öppenvård och heldygnsvård inom en affektiv sektion), alternativt ha två eller flera MB anställda som följer en viss vårdprocess (t ex följa en patient med affektiv sjukdom som går mellan en heldygnsvårdssektion och öppenvårdssektion). Det beror så klart på storlek på verksamheten och hur verksamheten är organiserad, poängen handlar om att inom vissa avgränsningar följa patienten inom psykiatrin snarare än att ”bo” på en viss mottagning eller avdelning.

### Närstående

Vi har inom projektet sett flera exempel på att närstående blivit hjälpta av att träffa MB. Att möta en MB kan fylla en betydelsefull funktion för en närstående, som ofta är en viktig person i arbetet och som kan vara i samma behov av hopp och nya infallsvinklar som patienten och personalen. I den mån patienten själv vill och det finns utrymme i uppdraget ska MB även kunna arbeta med närstående. Huvuduppgiften för MB är dock patienten själv.

För närstående skulle motsvarigheten till MB snarare handla om att ges möjlighet att träffa andra närstående som på olika sätt tagit sig vidare i sina situationer. På många öppenvårdsmottagningar går det att träffa andra närstående inom olika psykoedukativa grupper. Huvudansvaret för närståendestöd ligger i nuläget på kommunen, och vissa kommuner erbjuder anhöriggrupper med olika inriktning. Det vore intressant om någon kommun framöver skulle vilja pröva motsvarande insats för närstående, t ex en ”närståendementor” med egen närståendeeffarenhet?

### Beslutsstöd, personcentrerad vård och återhämtningsinriktat arbetssätt

Inom projektets anda halva kommer MB i vissa fall arbeta mer uttalat med beslutsstödande material. Detta går hand-i-hand med de resultat vi ser här i rapporten om behovet av unika och definierade arbetsuppgifter. Arbete med beslutsstödande material går också i linje med det ökade fokus som finns på personcentrerad vård och partnerskapsbaserade vårdrelationer, som värderas på ett allt tydligare sätt inom sjukvården. Något som också går att koppla till värden om omgärdar ett återhämtningsinriktat arbetssätt.



## Mer om MB, PSW och hur projektet startades upp

### PSW och MB: internationellt

MB finns både i Norge och Danmark (Biong et al 2012; Blikfeldt Juliussen 2008; Myhrer 2004; Rådet för psykisk helse 2008). I bland annat England, Skottland, USA, Australien och Nya Zeeland kallas funktionen ofta *Peer support worker*, men det finns även andra begrepp (t.ex. *Expert by experience*) (Repper et al 2013). Att den psykiatriska vården utbildar och anställer personer som är öppna egnerfarna för att ingå som en del i vårdteamet runt patienten, är alltså internationellt sett inget nytt eller unikt (Blikfeldt Juliussen 2008; Hansen 2003; McDonald 2010; Myhrer 2004; Repper et al 2013; Rutter et al 2004; Seebohm & Grove 2006; The Scottish Government social research 2009, Wallcraft et al 2013, med flera.). Däremot har det inte förekommit på ett strukturerat sätt i Sverige tidigare, så vitt vi känner till.

PSW har studerats en del i forskningssyfte. Då funktionen organiseras på rätt olika sätt har det dock varit svårt att generalisera resultaten. På University of Nottingham i England finns en doktorand inom Peer Support, Emma Watson.

Behovet av en utbildning för personer som ska arbeta som MB (eller i liknande funktioner, det vill säga arbete som rör inflytande- och delaktighetsarbete där egen erfarenhet av psykisk ohälsa är ett krav) finns också påtalat av flera författare (Gordon 2005; Johansson 2006; Rose et al. 2003; Wallcraft et al. 2003).

### PSW och MB: Sverige

I nuläget pågår en del projekt i Sverige som rör PSW, Region Skåne har ett projekt med *Mentorer*, som har samma funktion som PSW och MB. Projektet kommer att utvärderas av Lunds universitet och målet är att psykiatri Skåne ska anställa mentorer i alla verksamhetsområden. Idag finns mentorer anställda i Trelleborg samt Malmö ([www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Bli-delaktig/](http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Bli-delaktig/)). Organisationen *Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa* (NSPH) bedriver också ett Peer Support-projekt 2016 till 2018, med syftet att ta fram en nationell plattform med riktlinjer och ramar för en svensk utbildning inom Peer support, samt utbilda de första peer supporttrarna i landet. Utbildningsinsatsen sker i samarbete med fyra pilotlän – Stockholm, Skåne, Västra Götaland och Västerbotten (<http://www.nsph.se/projekt/peer-support/>). I Stockholm vänder sig projektet mot kommunala psykiatrin. NSPHs upplägg skiljer sig något åt från MB-projektets. Rent organisatoriskt är den största skillnaden att NSPH arbetar för att PSW ska vara personer som utbildas, anställs och handleds av NSPH, för att sedan kunna köpas in av olika aktörer (t ex psykiatrin och kommunen). Upplägget inom MB-projektet handlar om att psykiatrin utbildar, anställer och handleder MB inom verksamheten, som en integrerad del av ordinarie uppsättning medarbetare.

Sammanfattningsvis pågår flera olika projekt med PSW i landet, upplagt på lite olika sätt, med olika inriktning och med olika målgrupper och huvudmän. Vår egen inställning är att

PSW kan behöva formas på olika sätt beroende på vad man riktar in sig på. Rollen och uppdraget har sin grund, men förutsättningarna och arbetssätten kommer behöva skilja sig åt för en PSW inom en förening, på ett kommunalt gruppboende eller på en sluten psykiatrisk avdelning. Precis som det gör för en sjuksköterska eller skötare inom samma organisationer.

## Olika syften, olika förutsättningar

Av den litteratur vi läst framkommer att i det fall verksamheter anställt egnerfarna på ett medvetet sätt, sker det på olika sätt. Eftersom de olika sätten har skilda syften och förutsättningar, är det viktigt att hålla isär dessa och inte, som tyvärr ofta sker, lägga dem alla i samma skål. Risken att börja jämföra äpplen och päron är annars ganska stor.

Här följer en sammanställning av olika sätt vi stött på i litteraturen, i ett försök att kategorisera olika likheter och skillnader, samt konsekvenser av detta.

### Egenerfarna inom en befintlig funktion

Till exempel egnerfarna läkare, skötare, etc.

- Den egna erfarenheten ses officiellt som meriterande för anställning/ordinarie arbete inom en redan etablerad yrkesfunktion inom psykiatrin. Medarbetaren har inget särskilt uppdrag som berör inflytande och delaktighetsfrågor, utan arbetar med funktionens ordinarie arbetsuppgifter.
- Utbildning kan erbjudas som stöd men är inget måste.
- Exempel: England (Seebohm & Grove 2006)

### Egenerfarna inom särskild funktion

Till exempel Brukarinflytandesamordnare, Medarbetare med Brukarerfarenhet.

- Den egna erfarenheten ses som ett kompetenskrav för att få en viss tjänst. Tjänsten utgör en särskild funktion inom psykiatrin med uttalat uppdrag att arbeta med frågor som berör delaktighet och inflytande.
- Utbildning som ackreditering av kunskaper.
- Exempel: Australien (McDonald 2010)

## Anställningsformer

I vissa fall rör det sig om externa anställningar där personen hyrs in till verksamheten från ett visst företag eller organisation. I andra fall handlar det om personer som anställs som ordinarie medarbetare inom verksamheten (till exempel Brukarinflytandesamordnarna inom SLSO). Det finns också personer med den här funktionen som arbetar ideellt, t ex inom olika föreningar.

Det går att organisera MB, eller PSW, på många olika sätt. Alla sätt har sina för- och nackdelar. Att det ser olika ut visar att det går att använda funktionen inom många olika sammanhang och på många olika sätt. Det gör också att de studier och utvärderingar som

gjorts på funktionen inte alltid går att generalisera till andra sammanhang där man organiserat det annorlunda.

### **Bli en kollega utan att "personaliseras"**

En effekt av MB, eller PSW, som beskrivs i många länder är att attityder och föreställningar kring "vi-och-dem" minskar. Det är svårt för vårdpersonal att behålla tankar om vi-och-dem, när man arbetar sida vid sida under samma villkor som en del av samma team. Från motsatt håll kan det vara svårt för patienter att bevara tanken om personalen som ett "dem" när det finns öppet egenerfarna anställda bland personalen. Att anställningsformen sker på samma villkor som för övrig personal blir ur det perspektivet inte en oviktig faktor. Om MB inte är anställda på samma villkor som övrig personal, kan det bli svårare för personalen att se MB som en jämbördig kollega och en naturlig del av teamet. Att både känna sig och bli betraktad som lite apart är ett problem som kan uppstå kring personer som är anställda under andra former än ordinarie personal (t ex konsulter och inhyrd personal). Att som MB komma och redan från start ha en något kontroversiell roll, och dessutom inte vara anställd på samma villkor som övrig personal kan bli till ett hinder. Exempelvis visar de brittiska skrifter och erfarenheter vi tagit del av (Seebohm&Grove 2006) tydligt på vikten av att en person i den här funktionen ska vara anställd på samma villkor som andra anställda inom verksamheten.

Det är samtidigt viktigt att se till så MB inte "personaliseras" i form av att de tar sig an omvårdnadspersonalens synsätt. Tanken är ju att MB ska tillföra en kompetens som i nuläget saknas, inte att de ska förvandlas till något vi redan har. Det är nödvändigt att MB regelbundet får handledning av andra som är öppet egenerfarna. Både för att kunna träffas och utväxla erfarenheter med varandra, men också att själva mötet i sig leds av någon med samma perspektiv. Det är även viktigt att MB inte jobbar själv på en avdelning, utan alltid går tillsammans med en annan MB. En rekommendation som återkommer även internationellt.

## Förberedelser

Både NSP och PSS har under projekttiden haft pågående omorganisationer. PSS omorganisation innebar större konsekvenser för verksamheten än den på NSP. Det är svårt att säga exakt hur det påverkat projektet, mer än att det haft inverkan precis som det haft inverkan på det mesta i övrigt annat inom verksamheten. Det har sannolikt gjort det rörigare än vanligt och lett till att chefer varit mer lättstressade än de brukar.

### Vårt upplägg

I MB-projektet som just nu pågår här på Norra Stockholms Psykiatri och på Psykiatri Södra Stockholm, har vi valt att använda ett sätt som liknar den definition av PSWs roll som organisationen ImROC tagit fram i England ([www.imroc.org](http://www.imroc.org)), och som används av bl.a. *Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust*.

**Anställningsform:** Våra MB är anställda och avlönade av psykiatrin, och arbetar i stödjande funktion som ett komplement till övrig personal i vårdlaget på en avdelning eller mottagning. Deras anställning är en tidsbegränsad projektanställning och löper i nuläget fram till och med december 2016.

**Antal tjänster:** Projektmedlen täckte totalt åtta halvtidstjänster, fyra per klinik. Dessa skulle fördelas på fyra avdelningar, det vill säga att varje avdelning får två MB på halvtid hos sig. Ett annat val hade kunnat vara att anställa totalt fyra på heltid. Det finns för- och nackdelar med båda varianterna. Fördelen med flera halvtidstjänster är att man har möjlighet att ta in fler MB, problemet är att det finns många kompetenta personer som vill arbeta heltid och därför väljer bort att ansöka. I det här fallet valde vi att gå ut med åtta halvtidstjänster, eftersom vi prioriterade att få in så många MB som möjligt.

**Handledning:** MB får kontinuerlig handledning, både tillsammans med personalen på den avdelning där de arbetar, samt separat handledning med övriga MB, som leds av BISAM. Det innebär att MB både får handledning som en medlem i arbetsgruppen på avdelningen, men också handledning i rollen som MB, tillsammans med och lett av andra som är öppet egnerfarna och anställda inom verksamheten.

**Roll:** En MB arbetar med stöd och vägledning med erfarenhet av återhämtning som grund. Deras roll och kompetens bidrar med hopp både för personal och patienter. Deras kompetens ersätter inte övrig personal, utan utgör ett komplement. De arbetar inte behandlande eller sjukvårdande och ska inte heller ges såna ansvarsområden. De ska inte heller agera ombud eller talespersoner för patienterna. Dessa generella grundförutsättningar går igen hos de flesta funktioner som liknar MB och PSW. Utifrån den grunden skapade vi all formalia och alla processer som innebar uppstartandet av projektet.

**Styrdokument:** Då psykiatrisk heldygnsvård är en verksamhet med mycket ramar och regler, behöver rollen för MB i det här sammanhanget vara mycket tydligt definierad. Vi var därför mycket noga med att ta fram tydliga styrdokument i form av arbetsbeskrivningar och liknande. Detta för att minska förvirring eller otydlighet för MB och ordinarie personal.

Tanken var att använda dessa styrdokument som grund att starta från, och sedan vid behov anpassa dem under resans gång. Mer om dessa återfinns längre ner.

## Förberedelser

**Deltagande avdelningar:** Fyra avdelningar (två per klinik) valdes ut för att ta emot MB. Avdelningarna fick själva anmäla intresse för att delta och valdes utifrån det.

**Risk- och händelseanalys:** En risk- och händelseanalys genomfördes på båda klinikerna. Ett av resultaten pekade mot vikten av att ha tydligt definierade roller och ansvarsområden för MB, samt att samtliga som var involverade i projektet kände till dessa.

**Arbetsbeskrivning:** Utifrån grunderna för PSW så som de beskrivs av ImROC, tog projektgruppen fram en arbetsbeskrivning för MB (se bilaga 1). Vi tog även fram en lista med arbetsprinciper, där vi listade vad MB gör och inte gör på ett överskådligt sätt (se bilaga 2). Den har hittills inte justerats, däremot har vissa delar av den varit föremål för diskussion (t.ex. var gränsen går för MB:s roll, för- och nackdelar med att MB inte dokumenterar i journal, hur och när MB kan gå ut med patienter som inte har full frigång).

**Presentation på avdelningarna:** Projektet presenterades för personalgruppen på samtliga involverade avdelningar, där de hade möjlighet att ställa frågor och komma med synpunkter. Enhetscheferna fortsatte även prata med personalen om projektet i mindre strukturerade former fram till det att MB kom ut i tjänst.

## Anställningsförfarande

### Annons

Vi gick ut med en annons som såg likadan ut för båda klinikerna (se bilaga 3). Efter en del diskussioner valde vi följande kompetenskrav:

#### Krav

- Egen erfarenhet av att ha varit patient inom psykiatrisk heldygnsvård och av återhämtning, samt öppenhet med dessa erfarenheter.
- Ett nyanserat förhållningssätt till sina patienterfarenheter.
- Utbildning på området inflytande/delaktighet (alternativt väl dokumenterad arbetslivserfarenhet av motsvarande).
- Gymnasiekompetens.

#### Meriterande

- Erfarenhet av att föreläsa och/eller utbilda vårdpersonal utifrån patientperspektivet.
- Utbildning till ”Medarbetare med Brukarerfarenhet”.
- Arbetslivserfarenhet från en offentligt finansierad verksamhet.
- Kunskap om forskningsområdet Återhämtning.
- Eftergymnasiala studier.

Det känns både olämpligt och omöjligt att bedöma om någon har tillräcklig erfarenhet av psykisk ohälsa genom att på något sätt mäta smärta eller sjukdomstillstånd. Vi valde därför att

utgå från patientskapet och vårdform, där tanken var att man ska ha erfarenhet av samma vårdform som man arbetar inom. I det här fallet blev det alltså psykiatrisk heldygnsvård.

Vi hade många diskussioner ifall gymnasiekompetens skulle vara krav eller meriterande. Tillslut satte vi det som krav. Det skulle lika gärna gå att sätta som meriterande.

Våra erfarenheter från BISAM-funktionen är att det är stor skillnad på att arbeta i privat verksamhet eller i en förening, och att arbeta inom en offentligt finansierad verksamhet. Att förstå hur en offentlig verksamhet tickar kan vara en utmaning bara i sig, och den som har tidigare erfarenhet av det i någon form har ett visst försprång.

### Intervju och anställning

Det inkom 53 formella ansökningar (25 till PSS och 28 till NSP). I några fall var det samma person som sökt till båda klinikerna.

Cirka 15 personer kallades till intervju. Det fanns sökanden som inte uppfyllde alla kompetenskrav, men som vi ändå kallade då de hade så pass goda meriter i övrigt.

Intervjuerna genomfördes av BISAM tillsammans med en enhetschef och i vissa fall även HR-konsult. Förutom grundläggande frågor som varför de sökt tjänsten, ställdes de också inför vissa hypotetiska scenarion både kring patienter och personal, där vi ville höra hur de resonerade, men också för att redan då börja förbereda dem inför uppdraget. De fick även med sig den arbetsbeskrivning vi tagit fram.

Tillslut anställdes sju personer (tre män och fyra kvinnor), sex på halvtid och en på heltid. En MB avslutade sitt uppdrag efter en månad, så under mätperioden hade vi sex MB ute i verksamheten (en på heltid, en på ca 70% och övriga på halvtid). De var av olika ålder och deras patienterfarenheter rörde olika diagnosgrupper. Vi valde att i den mån det gick placera dem på en avdelning som motsvarade den diagnosgrupp de själva hade erfarenhet av. Även om vår erfarenhet är att det finns fler likheter än skillnader i patientupplevelsen diagnoser emellan, hade vi en tanke om att MB:s trovärdighet skulle gynnas av att de hade erfarenhet av liknande symptom som målgruppen på avdelningen.

### Introduktion

De MB som anställdes gick en introduktion om sammanlagt 12 dagar i december, innan de gick ut till avdelningarna. Introduktionen bestod av genomgång av rollen och uppdraget och övningar kring detta, samt Bergenutbildningen som är obligatorisk för all personal inom heldygnsvård (hot- och våldspreventionsutbildning). Flera av dem vi anställde hade erfarenheter på olika håll av uppdrag som öppet egenerfarna. Det rörde sig om erfarenhet som föreläsare, aktiva inom olika patientföreningar och liknande. Det var ingen som var helt ny i rollen att använda sin egen erfarenhet som ett formellt redskap i ett arbete.

### Aktiviteterna

I projektet fanns fyra aktiviteter som skulle prioriteras: Morgonsamling, Promenader, Kreativ verkstad och Patientforum. Vad aktiviteterna kunde innehålla gick genom både med

personal och med MB vid anställning. På vissa av avdelningarna fanns redan flera av aktiviteterna, på andra fanns nästan inga.

**Morgonsamling:** Syftet med morgonsamling är att skapa ett sammanhang och en struktur för dagen. Man berättar vad som händer idag, vad för mat som serveras, tider för möten, etc. Det är också en möjlighet för MB att presentera sig och sin funktion.

**Promenad:** Syftet är att stimulera till fysisk aktivitet samt social samvaro. Promenad sker i grupp eller enskilt. För att gå med på promenad krävs att det är sanktionerat av respektive patients läkare. Utgången är tidsbegränsad.

**Kreativ verkstad:** Kreativ verkstad innebär någon form av enklare kreativ syssla tillsammans, under avgränsad tid. Syftet är att arbeta med händerna och fokusera på något annat än de egna tankarna. Man kan måla och rita, göra armband eller fylla i mandala, eller annat som verkar lugnande.

**Patientforum:** Patientforum avviker lite från övriga aktiviteter då det är något som leds av BISAM och enhetschefen. MBs uppdrag här är att hjälpa till att påminna och samla in patienter till forumen (mer om Patientforum går att läsa på respektive kliniks hemsida).

## Mätning och utvärdering

Material för utvärdering samlades in från tre källor: Patientenkäter, statistik över genomförda aktiviteter samt kvalitativa intervjuer med personal, MB och enhetschefer. Av olika skäl misslyckades enkätmätningen och aktivitetsmätningen för en av avdelningarna, vilket gör att vi bara kan redovisa data från tre av avdelningarna vad gäller enkäter och aktiviteter. I intervjuerna deltog dock chefer, personal och MB från alla fyra avdelningarna.

De fyra avdelningarna har tillsammans 74 vårdplatser. De tre avdelningarna som vi fått enkäter och aktivitetsmätningar från har tillsammans 60 vårdplatser.

## Intervjuer

Intervjuerna genomfördes av Anne Denhov. Anne har inte deltagit i övrigt arbete kring projektet och är ur det perspektivet en utomstående part. MB intervjuades vid ett tillfälle i grupp, personalen intervjuades i utvalda mindre grupper och enhetscheferna intervjuades en och en.

## Enkäter

Enligt riktlinjer från SLSO ska en patientenkät delas ut till alla patienter i samband med utskrivning. Vi skapade en utvärderingsenkät för MB och bad personalen bifoga den när de delade ut den ordinarie patientenkäten från SLSO. MB-enkäten delades inte ut från start, utan började användas först ett par månader in i projektet.

## Mätning av aktiviteter

MB fick i uppgift att anteckna antalet aktiviteter de genomförde per månad, samt deltagande patienter. Dessa data sammanställdes till månatliga rapporter, både till oss i projektet men också som en feedback till MB och avdelningen.



## Referenser

- Biong, S., Fugletveit, R. & Lofthus, A.-M. (2012). *Utdanningen medarbeider med brukarerfaring i Nedre Buskerud*. Forskningsrapport nr 4/2012, Fakultet for helsevitenskap, institutt for forskning innen psykisk helse og rus. <http://hdl.handle.net/11250/142341>
- Blikfeldt Juliussen, F. (2008). *En anderledes brik?* Videsenter for socialpsykiatri. Köpenhamn: Lasertryk 2008.
- Gordon, S. (2005). The role of the consumer in the leadership and management of mental health services. *Australian Psychiatry*: December; 13(4):362-365.
- Hansen, C. (2003). *Strengthening our foundations: Service user roles in the mental health workforce*. Wellington: Mental Health Commission.
- Johansson, P. (2006). *Brukarinflytande i praktiken – Om planering, tydlighet och maktutjämning. Återgivna erfarenheter från andra länder*. Rapport från Inflytandeprojektet – Nationell psykiatrisamordnings riktade project om brukarinflytande.
- Lindqvist, A-L. (2007). *Att främja inflytande för psykisk sjuka och funktionshindrade – ett utvecklingsarbete inom vård och omsorg*. Rapport i Socialt arbete nr 126. Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete Socialhögskolan.
- McDonald, J. (2010). *Consumer Workers' Forum Project. Literature Review on the Mental Health Consumer Workforce*. The NSW Consumer Advisory Group – Mental Health Inc.. Sydney: 2010.
- Myhrer, S. (2004). *Medarbeider med brukarerfaring – en brobygger?* Utredning av Bærum kommune, Koordinatorenheten for Psykisk Helse.
- Nationell Psykiatrisamordning (odat.) *Inflytande för hälsa och demokrati – vägar för att förverkliga uppdraget, Slutrapport och förslag från Inflytandeprojektet*. Stockholm: Ersta Diakoni
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R. & Rennison, J. (2013). *5. Peer Support Workers: Theory and Practice*. ImROC. Center for Mental Health. Mental Health Network NHS Confederation. [www.imroc.org](http://www.imroc.org)
- Rose, D., Fleischman, P., Tonkiss, F., Campbell, P. & Wykes, T. (2003). *User and carer involvement in change management in a mental health context: Review of the 44*



*literature*. Report to the National Co-ordination Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D. Tillgänglig <http://www.refer.nhs.uk>

Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Crawford, M. J. & Fulop, N. (2004). Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science & Medicine*;58:1973-1984.

Rådet för Psykisk helse. (2008). *Med livet som kompetanse, Brukeransettelser i psykiske helsetjenester*. [www.psykiskhelse.no/kup](http://www.psykiskhelse.no/kup)

Rönmark, L. (2008). *Rollen som brukarsamordnare i psykiatrin*. Borås: Äldreväst Sjuhärad, Högsk. i Borås.

Seebohm, P., & Grove, B. (2006). *Leading by example. Making the NHS an exemplar employer of people with mental health problems*. The Sainsbury Center for Mental Health, 2006.

Socialstyrelsen. (2012). *Om evidensbaserad praktik*. Broschyr. Artikelnummer: 2012-12-20. ISBN: 978-91-7555-004-6

The Scottish Government social research. (2009). *Evaluation of the Delivering for Mental Health Peer Support Worker Pilot Scheme*, University of Edinburgh. University of Stirling.

Topor, A. (2011). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wallcraft, J., Read, J. & Sweeney, A. (2013). *On our own terms: Users and survivors of mental health services working together for support and change*. The Sainsbury Centre for Mental Health.

## Bilagor

### Bilaga 1

## Medarbetare med brukarerfarenhet

### Arbetsbeskrivning

**Titel:** Medarbetare med brukarerfarenhet (förkortas ”MB”).

**Arbets tid:** Dagtid

**Arbetsplats:** Heldygnsvård/öppenvård

**Närmaste chef:** Enhetschef, chefssjuksköterska

**Arbetar i huvudsak tillsammans med:** Patienter, kliniskt verksam personal (fram för allt omvårdnadspersonal), chefer, BISAM, andra organisationer och myndigheter som enheten samverkar med lokalt.

### Sammanfattning av arbetet

Det övergripande syftet med MB:s arbetsuppgifter är att tillsammans med övriga yrkeskategorier inom psykiatrin skapa möjligheter för patienten att återta makten över sitt liv.

MB är en integrerad medlem av personalgruppen. De erbjuder patienter stöd och hjälp ur det egnerfarna perspektivet med syftet att de ska kunna återta makten över sina liv och sina individuella återhämtningsprocesser. Utifrån rollen som öppet egnerfaren kan MB förmedla hopp till både patienter och personal.

Med den egnerfarna kunskapen som redskap visar MB på att återhämtning är möjligt även för andra. MB har en beslutsstödjande funktion till patienter i olika delar av vårdprocessen. Detta genom att vara öppna med en kunskap ur patientperspektivet som berör återhämtningsstrategier, valmöjlighet, egenmakt och möjligheter att hitta ett socialt sammanhang och inklusion i samhället. MB har även i uppdrag att föra fram kunskap och erfarenheter ur patientperspektivet i olika utbildningssammanhang, både för patienter och personal.

MB är anställda medarbetare inom verksamheten på samma villkor som andra anställda. De utför sitt arbete under ledning av kliniska chefer och arbetsledare, t.ex. enhetschefer, chefssjuksköterskor, etc. MB arbetar med patienter antingen på en-till-en basis, gruppbasis eller tillsammans med andra i teamet. Antalet grupper eller enskilda patienter MB arbetar med samtidigt ska ha ett övre tak.

MB-funktionen innebär minst två anställda MB på varje vårdenhets. MB har även kontinuerliga vägledningsmöten med övriga MB och Brukarinflytandesamordnare (BISAM), samt erhåller regelbunden handledning tillsammans med övrig klinisk personal. 2

## Huvudsakliga arbetsuppgifter och ansvarsområden

### Stöd

1. Att tillsammans med övrig klinisk personal arbeta med stödinsatser till avdelningens/mottagningens patienter.
2. Att genom en ”coachande” roll stödja patienten i utvecklandet av den personliga återhämtningsstrategin. Detta kan ske individuellt eller i grupp.
3. Att stödja patienten i att identifiera sina styrkor, personliga intressen och mål.
4. Att stödja patienten i att hantera sin psykiska ohälsa från dag till dag. Bland annat genom att tillsammans med andra yrkesgrupper hjälpa till med planeringen och genomförandet av hälsofrämjande aktiviteter.
5. Att i samråd med patienten och övrig personal följa med som stöd på möten eller i den inledande kontakten med andra instanser.
6. Att stödja patienten i kontakten med närstående (familj, släkt, vänner).
7. Att stödja patienten i att bibehålla kontakten med sammanhang utanför avdelningen.

### Vägledning och orientering

8. Att i samarbete med övrig klinisk personal möta, välkomna och introducera patienter och närstående när de kommer till enheten/avdelningen.
9. Att vid behov finnas med som stöd vid förflyttning mellan enheter/avdelningar eller i utskrivningsprocessen.
10. Att underlätta för patienten att navigera inom psykiatrin.
11. Att visa på möjligheter för patienten att själv styra sin återhämtningsprocess. T ex genom att hjälpa patienten att söka information, att utöka sin kunskap i vad den bedömer som viktigt samt att känna till sina rättigheter och valmöjligheter i verksamheten.
12. Att vara förebild/mentor för en återhämtningsprocess, inge hopp och demonstrera hanteringsstrategier genom att vara öppen med egna erfarenheter av återhämtning.
13. Att genom en grundläggande kunskap om samhällets stödinstanser öka patientens kännedom om vilka alternativ som finns.

### Planering

14. Att som komplement till övrig personal närstående erbjuda patienten beslutsstöd ur det egnerfarna perspektivet. Detta i syfte att arbeta fram en fullständig vårdplan (omvårdnadsplan, krisplan, etc).

15. Att i samarbete med övrig klinisk personal förbereda och stödja patienten inför möten angående deras vård, t.ex. uppföljningar, vårdplaneringsmöten, etc.
16. Att delta vid planeringen, implementeringen och utvärderingen av vården tillsammans med övrig kliniskpersonal. T ex genom deltagande vid rapporteringar, behandlingskonferenser och ronder.
17. Att delta i arbetet med psykoedukativa och självhjälpsbaserade grupper och aktiviteter.
18. Att precis som all övrig personal delta i verksamhetens förbättrings- och patientsäkerhetsarbete.

## Hämta ner från PP

### 16 Arbetsprinciper

#### Medarbetare med Brukarerfarenhet – NSP och PSS

Grundregeln är att MB är en medarbetare precis som alla andra. De krav, skyldigheter och rättigheter som gäller övriga medarbetare i verksamheten gäller därför även för MB. Vid alla tveksamheter som inte står med här på listan, ska utgångspunkten vara att detsamma gäller för MB som för övrig omvårdnadspersonal. Rådfråga någon i projektgruppen om något är oklart.

- Alla avdelningar där MB verkar inom projektet arbetar utifrån dessa principer.
- Eventuella ändringar görs enbart efter diskussion med projektgruppen.

#### Bakgrund

Samtliga punkter är hämtade från de lärdomar man dragit internationellt efter att ha arbetat med Peer Support Workers/Medarbetare med Brukarerfarenhet. I huvudsak har vi utgått från brittiska ”Leading by Example”, lett av PhD Rachel Perkins, där man arbetat med att anställa öppet egnerfarna på kliniska positioner inom psykiatri sedan början av 90-talet. Punkt nr 15 har vi själva lagt till.

#### 15 arbetsprinciper

1. MB:s roll gentemot patienter är coachande/stödjande/vägledande, samt att kunna bidra med den egnerfarna kunskapen gällande olika situationer patienten står inför. MBs kunskap rör i huvudsak hur det kan vara att vara patient och att återhämta sig från allvarlig, psykisk ohälsa.
2. MB arbetar inte behandlande.
3. MB har inte tillgång till TakeCare. MB meddelar arbetsledande ssk alla eventuella farhågor, misstankar eller observationer av vikt.
4. MB och omvårdnadspersonalen samarbetar i syfte att öka patientens tillit till vården.
5. MB är med på ronder, rapporter, handledning och alla liknande möten på samma sätt som ordinarie personal.
6. MB har sin arbetsplats inne på avdelningen och använder samma ytor för dokumentation, ombyte, rast och fika som övrig personal.
7. MB har självständig tillgång till samma ytor inne på avdelningen som ordinarie skötare (dvs har egna nycklar och/eller passerkort).
8. MB släpper inte in och ut patienter från avdelningen.
9. MB deltar aldrig i tvångsåtgärder. Vid risksituationer för hot och våld drar sig MB undan för att möjliggöra för omvårdnadspersonalen att hantera situationen i enlighet med deras yrkeskunskap.
10. MB deltar inte i arbetet kring medicinutdelning.
11. MB kan sitta med vid vårdplaneringsmöten och liknande om patienten önskar det. MB:s roll i det sammanhanget är enbart att vara ett stöd för patienten.
12. I de fall MB har egna psykiatriska vårdkontakter ska dessa hanteras på samma sätt som andra medarbetare med psykiatriska vårdkontakter.

13. I MB-rollen ingår inte att agera ombud, företräda patienten eller för dennes talan åt den (i någon annan utsträckning än det gör för övrig personal).
14. MB har inget utökat uppdrag gällande klagomålshantering, men ska precis som övrig personal ta emot eventuella synpunkter från patienter och hantera dem enligt rådande rutiner.
15. MB deltar inte på Patientforum (precis som övrig omvårdnadspersonal).

## Medarbetare med brukarerfarenhet till Norra Stockholms Psykiatri och Psykiatri Södra Stockholm

**Har du egen erfarenhet av psykisk ohälsa och vill jobba inom psykiatrin? Nu har du chansen! Vi söker åtta medarbetare med brukarerfarenhet till Psykiatri Södra Stockholm och Norra Stockholms Psykiatri.**

Regeringens satsning ”PRIO” som ska förebygga psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa satsar i år särskilt på ökat brukarinflytande. Vi har nu fått beviljade medel att anställa sammanlagt åtta personer att arbeta som Medarbetare med brukarerfarenhet, MB, under projekttiden oktober 2015 till och med mars 2016. Tjänsterna är på 50 procent vardera. Fyra tjänster förläggs på Psykiatri Södra Stockholm, och fyra på Norra Stockholms Psykiatri.

Den här annonsen gäller de fyra tjänsterna på *Norra Stockholms psykiatri* *alt* *Psykiatri Södra Stockholm*.

### Arbetsuppgifter

Din tjänst utgår från en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning, med vissa uppdrag inom öppenvården. Arbetet sker på vardagar, dagtid.

I dina arbetsuppgifter ingår att:

- Vara öppen med att du tidigare varit patient och att du nu är återhämtad.
- Dela med dig av dessa erfarenheter på ett sätt som förmedlar hopp och är till hjälp för personal, patienter och verksamheten.
- Planera, genomföra och dokumentera aktiviteter för patienter på avdelningen: Promenad varje vardag, kreativ verkstad två ggr/vecka samt morgonmöten.
- Motivera och inspirera patienter att delta i aktiviteter som stärker återhämtning och delaktighet, så som t ex vårdplanering och Patientforum.
- Komplettera existerande kompetens med det egnerfarna perspektivet.
- Arbeta både självständigt och som del av ett psykiatriskt vårdteam.
- Leda grupper och föreläsa för personal, närstående och patienter.

Du kommer inte att arbeta med behandlande insatser.

### Personliga egenskaper

Du har ett intresse och engagemang för psykiatrin och kan samarbeta med alla yrkeskategorier. Du har en förmåga att bemöta människor i svåra situationer och är välorganiserad. Du har ett intresse för att vidareutveckla verksamheten och är pedagogisk och diplomatisk. Vi kommer fästa stor vikt vid personlig lämplighet.

### Anställningsform

Allmän visstidsanställning, 50 procent.

### Kvalifikationer

Krav:

- Egen erfarenhet av att ha varit patient inom psykiatrisk heldygnsvård och av återhämtning, samt öppenhet med dessa erfarenheter.

- Ett nyanserat förhållningssätt till sina patienterfarenheter.
- Utbildning på området inflytande/delaktighet (alternativt väl dokumenterad arbetslivserfarenhet av motsvarande).
- Gymnasiekompetens.

Meriterande:

- Erfarenhet av att föreläsa och/eller utbilda vårdpersonal utifrån patientperspektivet.
- Utbildning till ”Medarbetare med Brukarerfarenhet”.
- Arbetslivserfarenhet från en offentligt finansierad verksamhet.
- Kunskap om forskningsområdet Återhämtning.
- Eftergymnasiala studier.

Eftersom patienterfarenhet av psykiatrisk heldygnsvård är ett krav för tjänsten, behöver du ange den kompetensen i ditt CV. Det räcker med att ange ungefärliga årtal för din vårdtid, samt vilken eller vilka vårdformer du har erfarenhet av (heldygnsvård / öppenvård / tvångsvård / behandlingshem / etc). Observera att endast kompletta inkomna ansökningar handläggs.

*+ övrig info gällande kontakt, form för att skicka in ansökan, fackliga representanter, etc*



## Bilaga 4

## Utvärdering av projekt med medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa

Under december 2015-maj 2016 pågår ett projekt där en medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa är anställd på avdelningen. Denna enkät är en del av en utvärdering av projektet, och syftar till att få en bild av era erfarenheter och åsikter om detta. Att vara med och svara på enkäten är helt frivilligt. Du väljer själv om du vill vara med och svara, och om det är någon av frågorna som du inte vill svara på, så är det helt okej att avstå. Enkätsvaren kommer att anonymiseras och hanteras konfidentiellt, och kommer att sammanställas i en rapport som kommer att spridas/användas.

1. Har du varit i kontakt med en medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa under din vårdtid på avdelningen?

- Ja
- Nej
- Vet ej

**Om du svarat Nej eller Vet ej på fråga 1, kan du gå direkt till fråga 4.**

2. Vad tyckte du om att vara i kontakt med en medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

3. Tycker du att det var till hjälp för dig att vara i kontakt med en medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa?

- Ja
- Nej
- Delvis
- Vet ej

4. Har du deltagit i någon organiserad aktivitet ( till exempel promenader eller kreativ verkstad) under din vårdtid på avdelningen?

- Ja
- Nej
- Vet ej

**Om du svarat Nej eller Vet ej på fråga 4, kan du hoppa över de följande frågorna.**

5. Vilken aktivitet deltog du i?

- Morgonsamling
- Promenad
- Kreativ verkstad
- Patientforum
- Annat: \_\_\_\_\_

6. Vad tyckte du om att delta i aktiviteten/aktiviteterna?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

7. Tycker du att det var till hjälp för dig att delta i aktiviteten/aktiviteterna?

- Ja
- Nej
- Delvis
- Vet ej

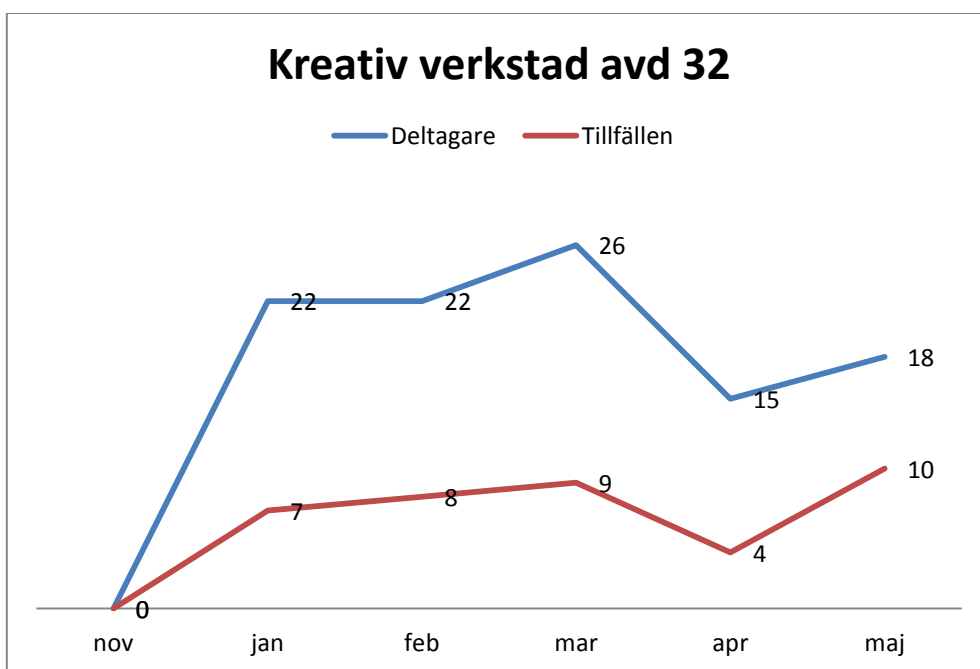
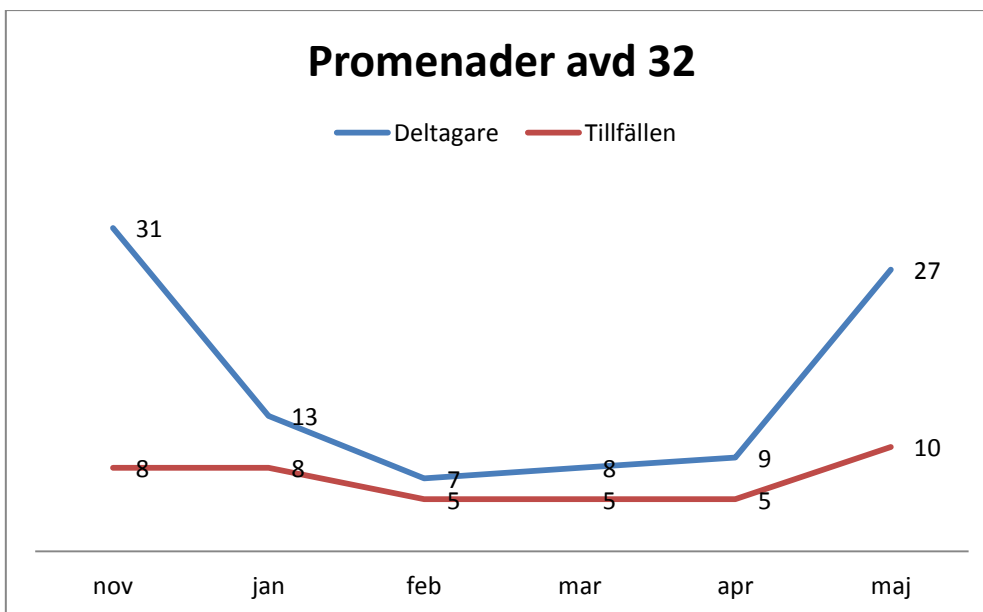
Tack för dina svar!

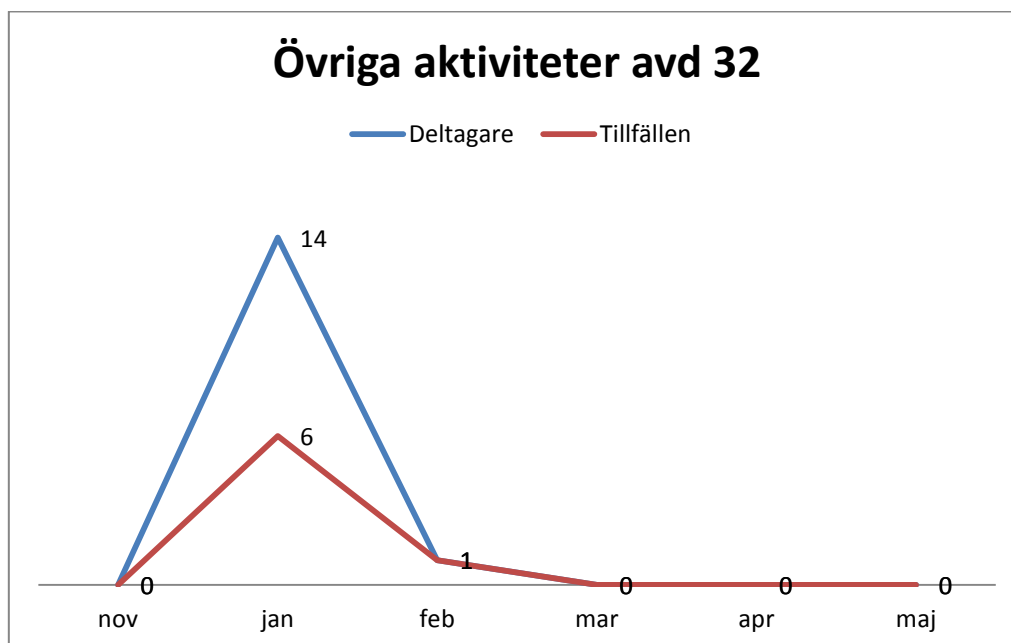
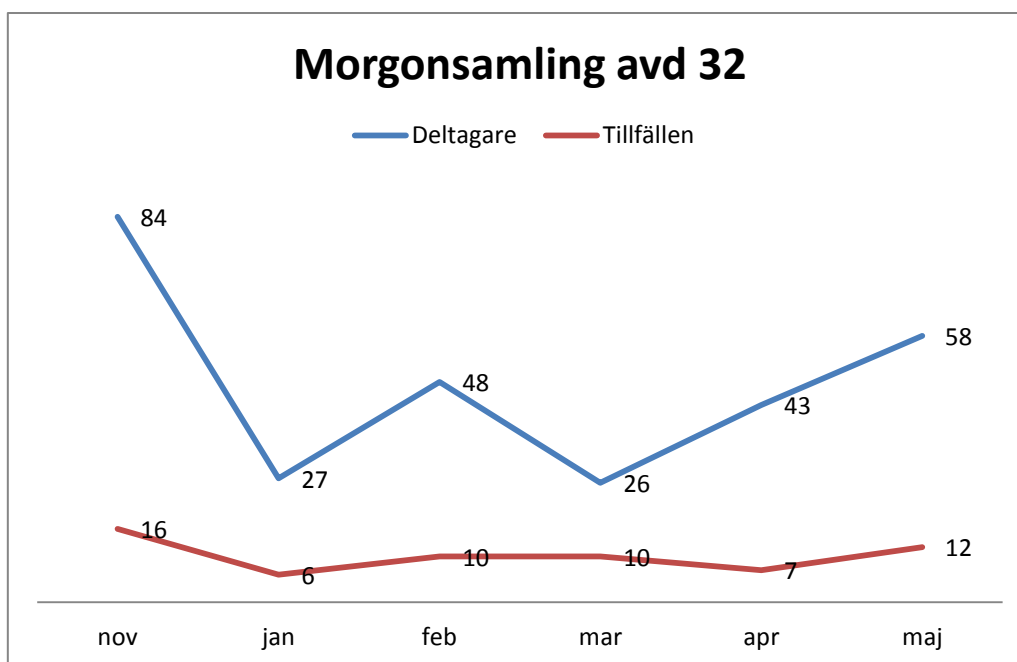
## Bilaga 5

## Aktivitetsstatistik avdelningsvis

## Avd 32

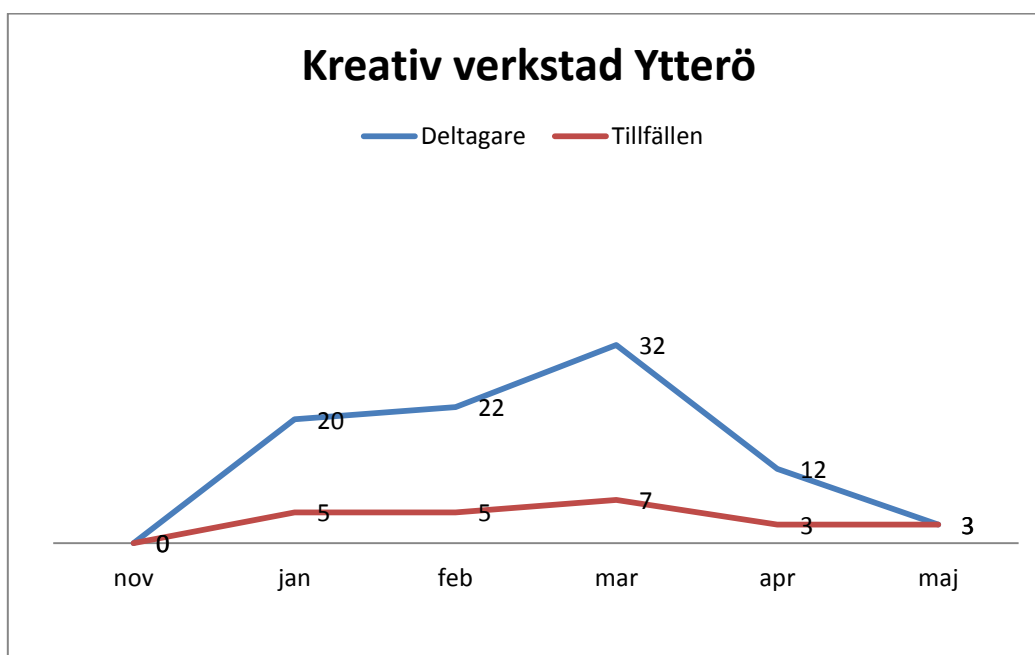
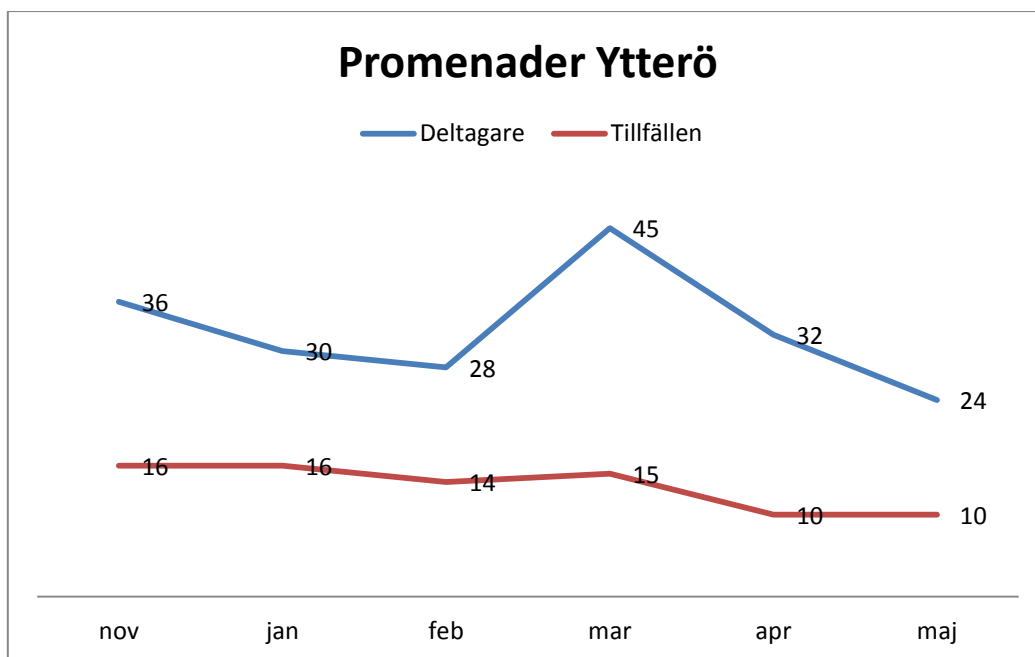
- Sektion: Allmänpsykiatri
- Antal vårdplatser: 15
- MB: en tjänst om ca 70%

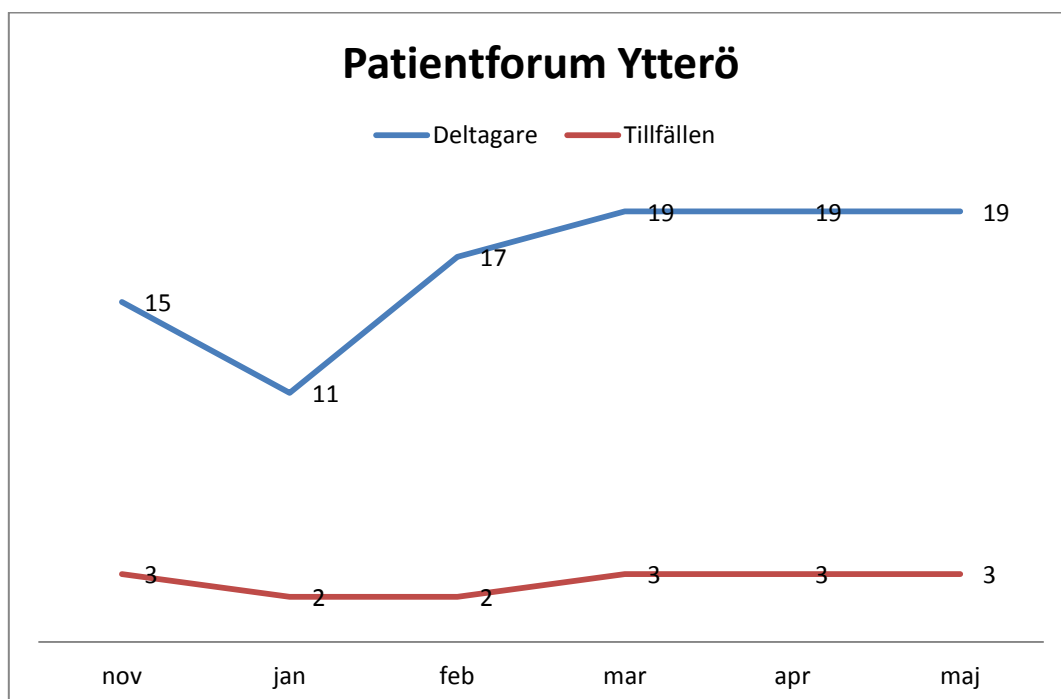
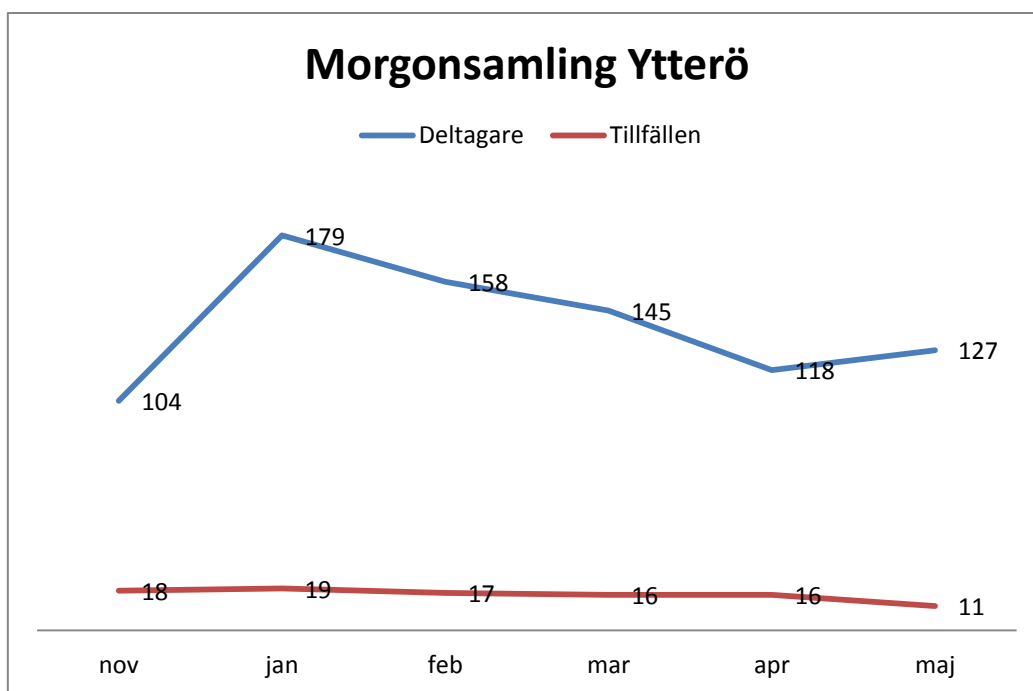


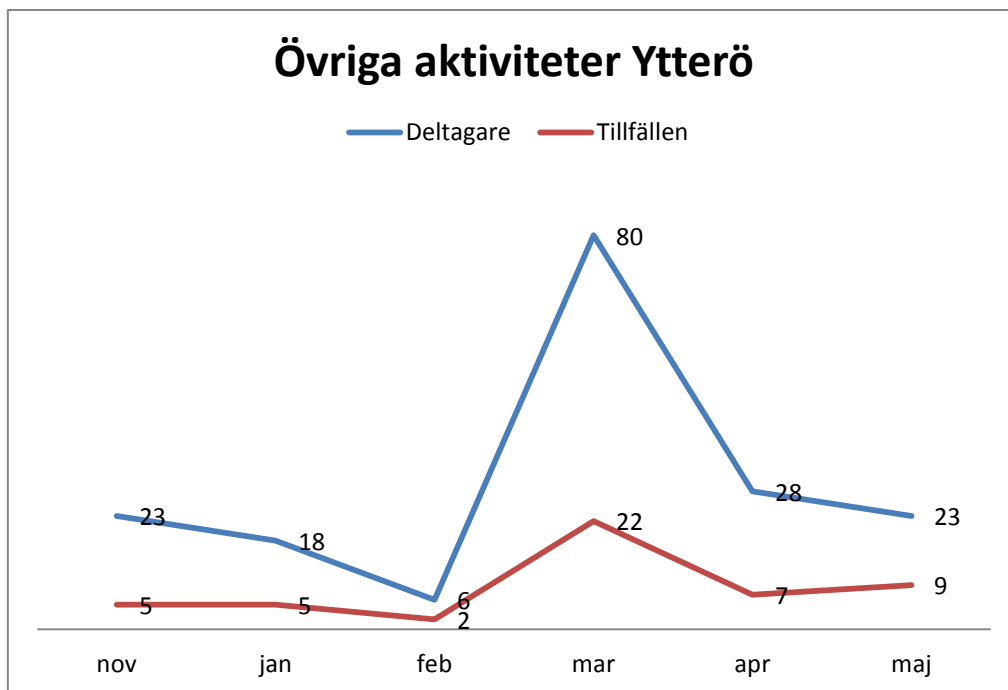


## Ytterö

- Sektion: Psykos
- Antal vårdplatser: 28
- MB: två tjänster om 50% vardera

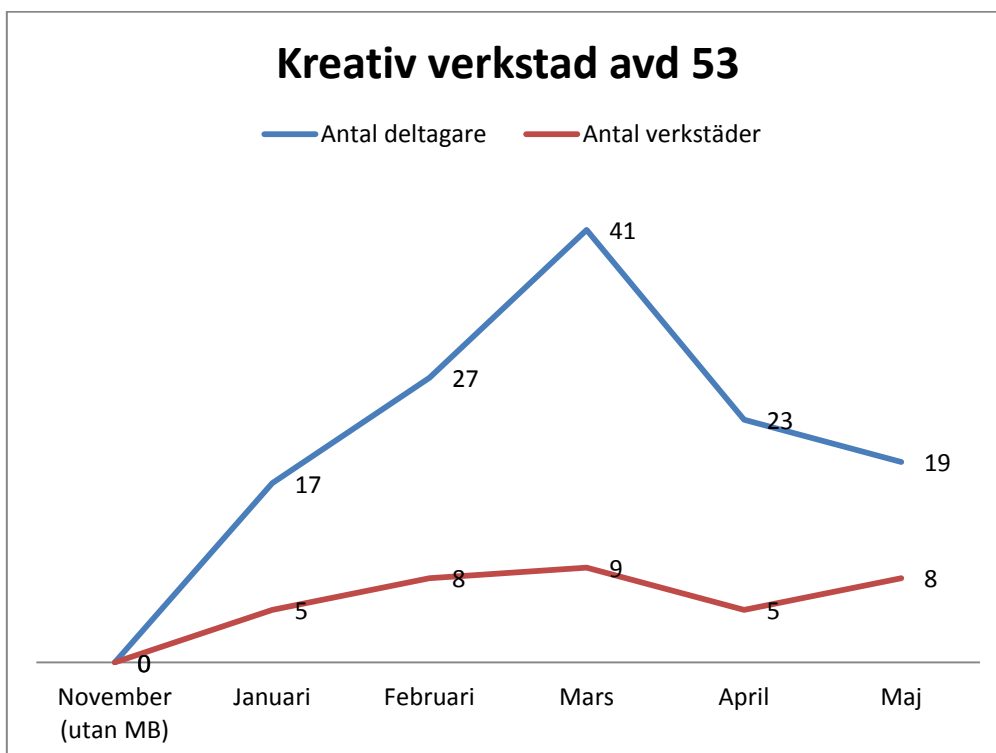
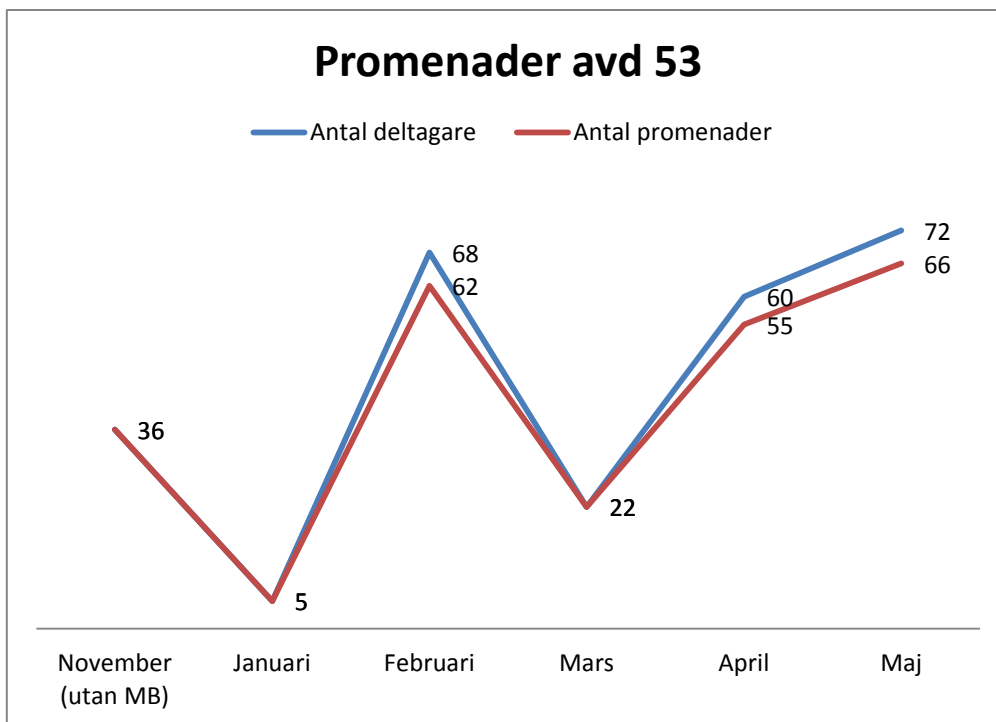




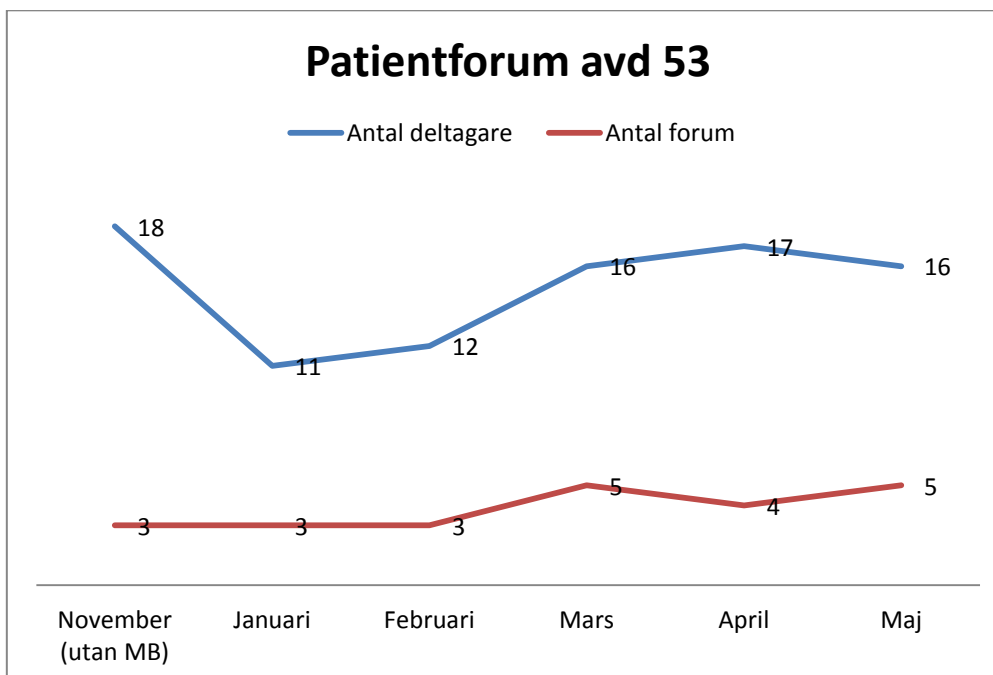
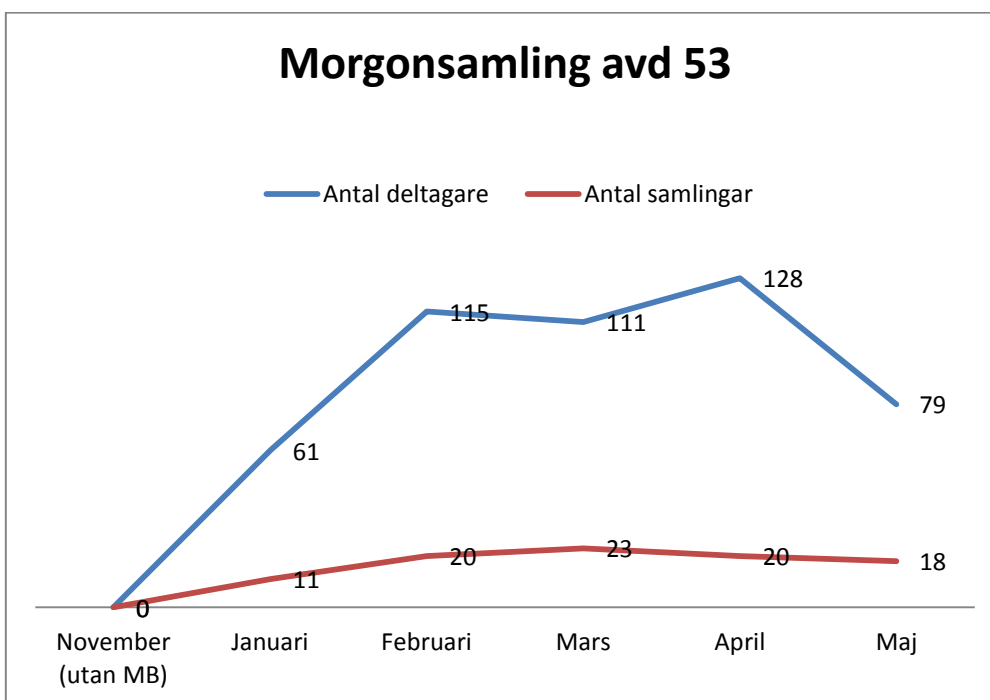


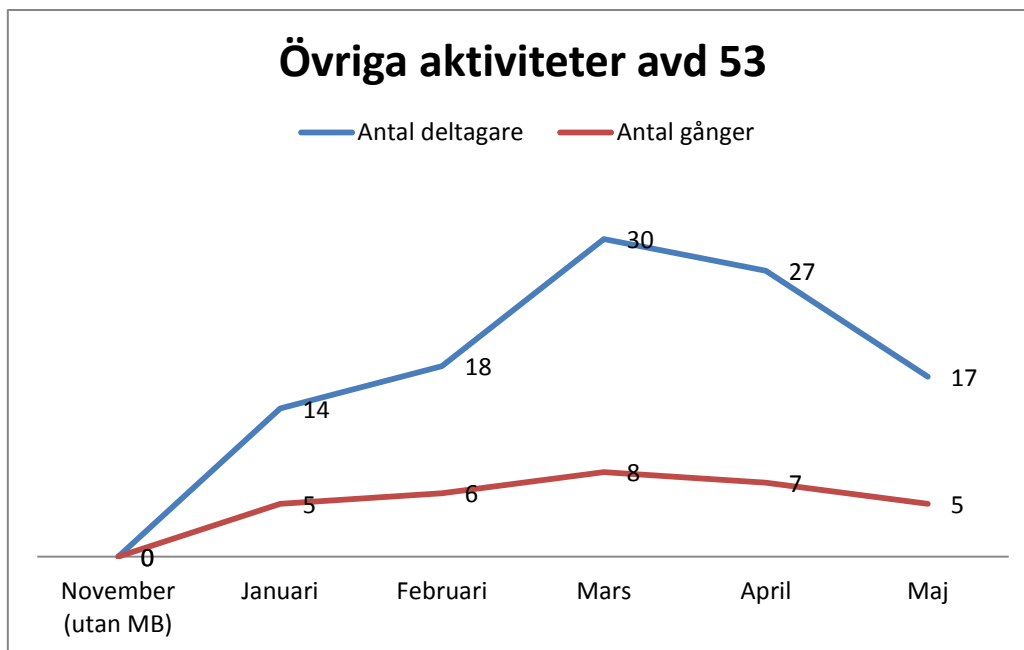
## Avd 53

- Sektion: Affektiva sektionen, inriktning Bipolär sjukdom typ 1.
- Vårdplatser: 17
- MB: Två tjänster om 50% vardera. Från och med april två tjänster på 50% resp 100%.









## Bilaga 6

Författare: Anne Denhov

# Intervjuer

## Med erfarenheten som kompetens -ett nytt yrke i psykiatrin?

Denna del av uppföljningen av MB projektet hade som främsta syfte att samla de erfarenheter MB, chefer och omvårdnadspersonal gjort under projektets första fas. Syftet kan sägas vara mer framåtsyftande än utvärderande: Vilka lärdomar går att dra för framtiden?

Vi ville få en så mångsidig bild som möjligt och valde därför att göra intervjuer i samtalsform. Samtliga fyra enheter som hade haft MB ingick i uppföljningen och från varje avdelning intervjuades MB, omvårdnadspersonal och enhetschef.

MB intervjuades tillsammans vid ett tillfälle i grupp. Även omvårdnadspersonalen intervjuades i grupp och det var ett uttalat önskemål att om möjligt skulle den som varit mentor för MB på enheten delta i intervjun. Det var enhetscheferna som ordnade så att personal på enheten deltog i intervjuerna. Cheferna intervjuades individuellt på den egna enheten.

Intervjuerna var halvstrukturerade, före uppföljningsstart diskuterades några frågeområden fram med projektledarna. Under intervjuerna gavs möjlighet att ta upp nya ämnen och dessa följdes sedan upp i kommande intervjuer

Intervjuerna spelades in, lyssnades igenom av intervjuaren som då antecknade de tema som togs upp i respektive intervju och platsen för dessa i inspelningen. I nästa steg analyserades dessa teman inom respektive kategori av intervjuade det vill säga MB, omvårdnadspersonal och chefer, för att söka efter likheter och skillnader mellan dessa grupper. När samtliga intervjuer gått igenom visade sig ett antal gemensamma och centrala teman som ligger tillgrund för detta avsnitt. Dessa teman skilde sig inte mellan de olika kategorierna av intervjuade. Vad gäller skillnader inom teman verkar dessa finnas mellan individerna i respektive kategori snarare än mellan kategorierna.

Citaten är direkt nedskrivna från inspelningarna men viss språklig redigering har gjorts. Källan till citat visas per grupp; OP för omvårdnadspersonal, EC är enhetschef och MB är MB.

Patienternas erfarenheter av att det fanns MB på avdelningen under vårdtiden undersöktes via en enkät som redovisas för sig.

Farhågorna besannades inte

Det fanns en del oro före projektstarten bland både omvårdnadspersonal och chefer men det genomgående temat i intervjuerna är att de tänkta problemen inte blev verklighet.

*Tänk om de blir akut sjuka, tänk om de går i allians med patienterna och kommer i intressekonflikt, tänk om dom blir utbrända och inte kan sätta gränser, tänk om personalen känner att de får munkavle och inte kan vara fria när man fikar utan att man måste tänkta på vad man säger. (EC)*

*Vi var rädda att de skulle komma hit och tala om för oss hur världen skulle se ut och skriva oss på näsan allt vi gjorde fel. Men det har de inte gjort! (OP)*

*Det fanns en viss oro att det inte skulle gå att prata fritt på handledning men det har helt vänt. MB har varit en tillgång. De kan tom förstå att personal kan bli trötta på vissa patienters beteende. (OP)*

Även bland MB fanns farhågor som kom på skam.

*Jag blev glatt överraskad att vi blivit så väl bemötta av personalen. Jag hade en föreställning om att det här kommer att bli jätte problematiskt, de kommer att vända oss ryggen och vara smått otrevliga. Så blev det inte. Jag har hört någon gliring någon gång men inte utfrysning eller så. Ingen har helt sagt att de inte vill ha oss där och det tycker jag varit väldigt positivt att mina föreställningar sprack. (MB)*

Det fanns också de som hade positiva förväntningar före projektet och som inte blev besvikna.

*Jag hade rätt höga förväntningar och tyckte det lät som en jättebra idé, det här kommer att bli fantastiskt. Det överträffade förväntningarna. Blev ännu bättre än jag trott. Det har varit kul, inspirerande och lärorikt. Förväntade mig visst motstånd från personalen men endast 2-3 tre invändningar kom. Gick lättare än jag trodde. (EC)*

## MB ger direkt patientnytta

*Det är en sådan tydlig och omedelbar patientnytta från dag ett. (EC)*

Det mest framträdande temat i intervjuerna, bland MB själva, omvårdnadspersonal och chefer, är ett samstämmigt och helhjärtat stöd för behovet av MB och att MB utgör ett stort tillskott i vården på en psykiatrisk avdelning. Projektet MB beskrivs ha direkt patientnytta till skillnad mot många andra projekt i psykiatrisk vård som kan ha mer indirekt/oklar nytta för patienterna. Vad är det då som MB tillför i psykiatrisk slutenvård som ger patientnytta? I intervjuerna lyfts två delar fram; att MB håller i aktiviteter och bidrar till synvänder.

## MB håller i aktiviteter

MB skapades som ett svar på patienternas önskan och behov av aktiviteter under vårdtiden på psykiatrisk vårdavdelning. De intervjuade är överens om vikten av det finns aktiviteter för patienterna på avdelningarna. Ingen anser det vara onödigt, olämpligt eller en ”lyx”. Aktiviteterna beskrivs vara något mer än tidsfördriv för patienterna, de ger möjlighet till sociala kontakter patienterna emellan och mellan patienter och personal. När personal och patienter möts i aktiviteterna ges det en möjlighet att se andra sidor hos varandra utöver de som hör till rollen som patienter respektive personal.

Trots värdet av aktiviteter för patienterna så beskriver både omvårdnadspersonalen och cheferna att det är svårt att upprätthålla aktiviteter regelbundet. Både promenader, morgonsamling, kreativ verkstad och andra typer av aktiviteter har i varierande utsträckning funnits på flera avdelningar före MB. Problemet har varit att aktiviteterna kan vara svåra att få till stånd, bli avbrutna eller inställda på grund av oförutsedda händelser på avdelningen. Tack vare MB har aktiviteterna kunnat upprätthållas på ett för patienterna förutsebart sätt. Både aktiviteterna i sig och att de genom MB blivit regelbundna har positiva konsekvenser för patienterna.

*MB tillför morgonsamling och aktiviteter strukturerat och schemalagt. Det har blivit en struktur för patienterna som är trygghetsskapande och bringar lite ordning i kaos. Jag har fått jättemycket feedback av patienter att aktiviteterna är bra av det skälet. Det ger mer innehåll i vården. (EC)*

*MB står för kontinuitet. De där små sakerna som vi måste prioritera bort för att vi inte har tid betyder mycket för patienterna. Det har blivit mycket lugnare på avdelningen. Dom som mäktar med att pyssla får någonting att göra. Ibland har vi sett att patienter delta som vi inte trodde kunde klara av det. (OP)*

*MB kan fokusera på aktiviteten och behöver inte springa ifrån hela tiden, öppna dörrar, svara i telefon, ge en duschslang och sådant. MB fortsätter med sitt och förblir tillgänglig för de andra patienterna om vi blir upptagna av något akut. (OP)*

Det räcker inte med att det finns aktiviteter. Patienterna kan behöva få påminnelse och stöd för att delta och MB söker aktivt upp dem.

*...det har blivit en uppräckning vad gäller aktiviteter och de har hjälpt till att få med patienterna på de aktiviteter vi har. Det är det som varit bäst. MB går runt och pratar med patienterna och försöker få med dem... (EC)*

Aktiviteter är ju något konkret och synligt som MB utför. I intervjuerna om det som MB tillför finns även aspekter som är mer vaga och som inte lika lätt låter sig fångas in. Här har dessa förts samman under temat: MB bidrar till synvänder.

## **MB bidrar till synvänder**

MBs bidrag går långt utöver att hålla i aktiviteter. Om det vore det enda syftet med MB skulle de lätt kunna ersättas. MBs öppenhet om sin egnerfarenhet och att de är anställd personal är mycket betydelsefullt tillskott i vården enligt de intervjuade. Själva det faktum att det finns anställda MB på avdelningen som både är en i personalen och har öppen patienterfarenhet är ”attitydskapande” (EC).

*Bara genom att vi är där gör vi skillnad i hur det pratas och jag hoppas att man tänker sig för hur man pratar om patienter även när vi inte är där. (MB)*

Bara genom att finnas kan de bidra till att öppna för flera och kanske alternativa perspektiv. Invanda tankemönster kan rubbas och synsätt vidgas för både personal och patienter.

*Hjälper oss personal att se saker ur en annan synvinkel, vi personal ser ju saker på ett sätt, det kan ju finnas andra sätt och MB kan se det och det blir ju unikt...De kan även ha samtal och hjälpa patienterna att se saker ur en annan synvinkel. (EC)*

Tack vare MBs egnerfarenhet kombinerad med deras personalroll kan de ha ökad möjlighet att förstå ur både patient och personalperspektiv. Det beskrivs i intervjuerna som att de kan utgöra en länk mellan personal och patienter.

*Till rollen hör även att vara en länk mellan personal och patienter, minska klyftorna mellan ”vi och dom”. (MB)*

*MB har som en mellanposition. Det är himla bra att få ett slags mellanperspektiv. De ser med andra ögon. (OP)*

*Ibland frågsätter MB varför vi gör på ett visst sätt och det har jag tyckt vara bra. Det får oss att tänka efter. Vi kan också rådfråga MB, hur tycker ni att vi ska göra iden här situationen? (OP)*

*De har tillfört ett ytterligare ett perspektiv och de har kommit med tips och idéer. (OP)*

*När de är med på rond och då kan det hända att MB säger – har ni tänkt på det här. (EC)*

MB är också konkreta exempel på att återhämtning är möjlig. Personal på psykiatrisk vårdavdelning riskerar att bara få träffa personer med psykiska problem när de mår som sämst. Detsamma kan gälla patienterna. Möjligheten för personal och patienter att i vardagen få vara i kontakt med och lära känna personer som återhämtat sig kan vara ganska begränsad eller obefintlig. Med hjälp av MB kan återhämtning bli något konkret och ses som en möjlighet även för dem som för tillfället är patienter. MB blir en förebild och ett levande bevis på att återhämtning är möjlig och därmed bidra till ökat hopp för både patienter och personal.

*Med sin blotta existens visar de att återhämtning är möjlig även för de patienter som mår jättedåligt. Man kan må bra igen, bli frisk. (OP)*

*Uppdraget är att göra patienter aktiva och främja återhämtning... Vi är konkreta återhämtningsexempel och att stärka patienternas inflytande, egenmakt ...och få mer självförtroende. (MB)*

*MB blir som goda exempel på att det är möjligt att ha den här sjukdomen och ändå ha ett gott liv. (EC)*

## Likheter och skillnader mellan MB och redan befintliga yrken

Var gränserna mellan de etablerade yrkena och den nya MB funktionen ska gå är en betydelsefull fråga. I detta avsnitt ska vi försöka ringa in hur MB som idé kommit att formas som praktik i vardagsarbetet under projektets gång med fokus på gränser och beröringsytor mellan MB och övrig personal. I intervjuerna jämförs MB framförallt med skötarna så skillnader och likheter dem emellan kommer att vara i fokus här.

Arenan är avdelningen, dess vardag och den dagliga samvaron med personal och patienter. MB är där tillsammans med den övriga personalen och patienterna. De är inte en tillfällig gäst utan de är en integrerad del av det sociala sammanhanget. De är i dagligt samspel med både personal och patienter i ständigt pågående samvaro i den speciella miljö som psykiatrisk slutenvård är. MB är med i alla sammanhang där övrig personal finns som fika, rapport, ronder, APT, handledning, teamkonferenser etc. Patienterna träffar MB i samband med aktiviteter, i korridorer och allmänna utrymmen. MB blir uppsökta av patienter och MB söker också aktivt få kontakt med patienterna. En stor del av MB-vardagen handlar om relationsarbete; att skapa, upprätthålla och utveckla relationer till många olika personer.

Så hur ser MBs vardagspraktik ut? Vilka likheter och skillnader finns mellan MBs uppdrag/funktion/roll och de redan befintliga yrkena?

### **MB är inte skötare**

MBs roll beskrivs framförallt i relation till skötarrollen och då som en negation. Samstämmigt säger de intervjuade att MB inte ska göra skötares uppgifter.

*Det är tydligt vad vi inte ska göra, vi ska inte på något vis gå in i någon slags skötarroll, utföra några slags omvårdnadsuppgifter eller ta på oss ett ansvar som vi inte har kompetens eller utbildning för att göra. (MB)*

*Nu har nog alla förstått att MB är en av oss men ska inte göra vissa saker. Det har tagit lite tid. (OP)*

Så hur ser då likheter och skillnader ut i praktiken? Hur tydliga är gränserna mellan uppdragen? Några orubbliga gränser finns och praktiseras på samtliga enheter som har med formellt yrkesansvar att göra. MB får inte utföra myndighetsutövning och inte dokumentera i journal.

*Det finns tydliga gränser...MB har inte samma yrkesansvar som skötare. (EC)*

I intervjuerna ifrågasätts inte att MB inte får delta vid tvångsåtgärder. Den regeln verkar helt okontroversiell. Däremot diskuteras för och nackdelar med att MB inte får skriva direkt i journal. MB har rapporteringsskyldighet och har rätt att läsa journal men inte att skriva i den.

### **MB ska rapportera men inte dokumentera**

Rapporteringsskyldigheten framstår som självklar i intervjuerna och ifrågasätts inte. I praktiken går det till så att MB rapporterar det de anser av vikt till någon i personalen som har rätt att dokumentera. Den personen journalför sedan det som den personen anser bör journalföras. Om detta system är bra eller inte råder det delade meningar om.

MB som anser att de borde få dokumentera själva i journalen problematiserar att deras information filtreras genom en annan person och därmed riskeras en förändring av vad som anses relevant. MB diskuterar problemen i följande dialog.

*- Vi har skyldighet att rapportera. Lite luddigt vad som ska rapporteras och till vem. Vi får ju veta ganska mycket när vi sitter och pratar med patienter. Jag hade hellre föredragit att kunna skriva direkt i journalen. Vi har tillgång till att läsa journal men inte skriva iden.*

*- Jag skulle vilja skriva själv så det blir mina ord och inte någon annans.*

*- Våra samtal med patienterna blir ofta väldigt positiva samtal, till exempel; Vad kan du göra om du känner så här igen? Det kanske inte lika viktigt för personalen att föra in det i journalen och att då försvinner mycket av den värdefulla positiva informationen som kommit fram i samtalet. Ur ett positivt perspektiv och tänka framåt skulle det vara jätte-värdefullt att det står i journalen (MB)*

Även bland enhetschefer och omvårdnadspersonalen problematiseras denna regel och de menar att säkerheten i informationsöverföringen ökar om MB dokumenterar direkt i journal.

*Både vår Bisam och verksamhetschefen har sagt att MB inte får dokumentera eftersom de inte har någon vårdutbildning. Det upplever vi som lite knöligt. De har ju samtal med patienterna. Det går ju att rapportera muntligt men det känns mer säkert om det kommer i journalen. Då hade man varit helt säker på att informationen kommer vidare. Det känns konstigt och lite otympligt. För de är ju personal och personal ska dokumentera. Vi har ju timanställda på somrarna som inte heller har vårdutbildning. De får en snabbkurs och dokumenterar...så varför inte MB? Detta är en nöt vi måste knäcka. Speciellt om det blir permanent vilket jag är väldigt angelägen om... Det är att förminska dem när de inte får dokumentera. (EC)*

*Det finns en stor nackdel med MB; att de inte får dokumentera journal. Man missar jättemycket information. Skriver man utifrån tredje hand blir det utifrån hur man uppfattat det. (OP)*



I intervjuerna diskuteras även fördelar med att inte dokumentera i journal. Dessa har med att värna MBs särskildhet att göra; MB är visserligen personal men utgör en egen kategori som har likheter men även skillnader i förhållande till skötarna. Det handlar också om vad MBs tid ska ägnas åt och om dokumentationsskyldighet skulle riskera att försvåra de kamratstödande inslagen i MBs kontakter med patienterna.

*Det ingår väl i grundtanken att de inte fullt ut är en del av vården, att de har en mellanposition, att det ska kunna finnas en öppenhet... Det är väl en del av poängen att de ska kunna prata med patienter utan att det går direkt in i journalen. (OP)*

*Fungerar bra att MB rapporterar och vi för in i journalen (OP)*

MB för även ett resonemang om fördelar med att inte ha dokumentationsskyldighet i dialogen nedan.

*- Tve-eggat att skriva journal. Risken finns att det unika med vårt perspektiv hotas lite grann att MB blir ännu mer en del av "systemet" och en av den reguljära vården. Risken är att vi får mindre tid och mindre energi för det viktigaste – patienterna. Kanske finns en risk för konflikter om patienten tänker att allt den säger kommer i journalen.*

*- Finns en frihet i att "vi kan inte" skriva ner. Lite bra att kunna vara "frifräsare". Kan även finnas en risk att jag blir annorlunda i ett samtal om jag tänker "hur ska jag skriva ner och komma ihåg det här". I samtalen blir vi lite mindre formella.*

*- Det har hänt att patienterna sagt att de gärna vill prata men velat att det ska stanna "mellan oss". Jag har då sagt att jo bara du inte säger att du ska göra något farligt eller så eller att det är något som är viktigt för din sjukdom eller viktigt i det att du är inskriven här.*

*- Jag har påpekat att jag är personal som alla andra och har rapporteringsskyldighet om det är något viktigt.*

*- Två saker som är speciella med oss MB, det ena är att vi är öppna med att vi varit patienter, det är inte ovanligt bland skötare sjuksköterskor läkare, men de är inte öppna med det. Det andra är att vi inte får skriva i journal. (MB)*

I exemplen om dokumentation ovan så berörs också statusfrågan. Att inte få dokumentera kan ses som en förminskning av MB-funktionen likväl som ett privilegium.

Det finns andra gränser mellan skötarnas och MBs uppdrag som inte har med direkt yrkesansvar att göra. Dessa gränsdragningar verkar vara mer oskarpa och det råder också delade meningar om var gränsen bör gå. Det finns även överlappande inslag.

### Att bädda eller inte bädda...

Bland de omvårdnadsuppgifter som skötare utför ingår att bädda, ordna med mat, hjälpa patienter med hygien etc. I intervjuerna berättas att dessa arbetsuppgifter inte ska utföras av MB. Skälen till gränsdragningen handlar om att värna integriteten för både MB-funktionen och skötaryrket. Det framkommer även att denna regel praktiseras olika och det råder oenighet om regelns berättigande. I intervjuerna menar några att det kan vara möjligt för MB att göra dessa arbetsuppgifter beroende på den enskilde MBs kompetens medan andra menar att dessa uppgifter ska vara förbehållna omvårdnadspersonalen. I dialogen nedan diskuterar MB skillnaden mellan den generella regeln att det inte är en MB uppgift och att göra undantag i vissa specifika situationer.

- *Till exempel om en patient ber om hjälp att bädda sängen borde vi kunna göra det. Som det är nu säger vi nej för att det är skötarnas roll.*
- *Jo, men när det kommer ett speciellt tillfälle.*
- *Det är ju en väldig skillnad på att bädda sängar som arbetsuppgift och att göra det i en viss situation.*
- *Det har hänt att jag gjort det för att försöka knyta ett band till patienten men jag tror det är viktigt att det är skötarnas roll.*
- *Viktigt med tydlighet i förhållande till både chef och personal att det inte är vår roll att hoppa in där det behövs för sängbäddning el dyl. Men att det ändå kan finnas viss flexibilitet. (MB)*

### Aktiviteter är en uppgift för både MB och personal

Att aktivera patienterna hör både till skötarens personalens och MBs arbetsuppgifter. Som vi redan konstaterat har aktiviteter som genomförs som planerat en direkt nytta för patienterna. För skötarna finns dock ett problem genom att aktiviteterna inte kan fredas om skötarna behövs för andra, oplanerade men prioriterade uppgifter som vid oro på avdelningen. Tack vare att MB inte får delta vid akuta situationer kan den pågående aktiviteten fortsätta oberoende av situationen på avdelningen. MB beskrivs också att ha mer tid till sitt förfogande och aktiviteterna har hög prioritet för dem. Att MB håller i aktiviteterna betyder inte att skötarna fråntas uppgiften att aktivt delta och medverka i promenader, kreativ verkstad och morgonsamling. Personalen berättar att de brukar vara med när övriga arbetet så tillåter.

*När vi är tillräckligt många och det finns utrymme brukar vi vara med. (OP)*

### Problemet promenad

Promenader intar en särställning eftersom denna aktivitet pågår utanför avdelningen. I intervjuerna förefaller det finnas en viss oklarhet vad gäller MBs möjligheter att kunna gå på promenad med patienter utan att en skötare är med.

*Runt promenad har det varit ganska rörigt vem MB får gå ut med. Jag tycker att MBs uppdrag skulle kunna utökas så att det var grunden att de får gå ut med dem som får gå ut med sällskap. (EC)*

*Om vi fick gå ut med patienterna skulle promenader öka mycket här hos oss. Som det är idag måste en annan personal följa med. Men vad gör jag med då, i det här sammanhanget? Det har varit ett hinder för min utveckling som MB. Promenad är bra för att det blir samtal. (MB)*

*Från början skulle de gå med de patienter som fick gå ut i grupp. Det var inte populärt bland patienterna; de kände att de var ute och vallades... (OP)*

*Det kan vara jobbigt för känsliga och nojiga patienter att både ha personal och en MB med på promenaden och känner inte att de kan prata fritt under trygga former. Om det hade funnits en möjlighet att ordinera MB promenad så hade det ökat antalet promenader. (MB)*

Det verkar finnas en möjlighet att underlätta genom att ansvarig läkare gör en bedömning av vilka patienter MB får gå ut ensamma med:

*Läkaren gör en individuell bedömning av vem patienten får gå ut med det kan vara med anhörig, med personal eller med MB. Det är enda sättet vi kan få till det så att MB kan gå ut själva med patient. (EC)*

## **Kamratstöd**

En uppgift som de flesta yrken i psykiatri har gemensamt är samtal med patienterna. Samtal i psykiatrisk vård kan variera stort till sitt innehåll men i huvudsak är de enkelriktade vad gäller personlig information. Patienten förväntas ge information om sig själv men det gäller inte personalen. Tvärtom riskerar personal utsättas för kritik för gränslöshet när de berättar om sig själva. För MB är förhållandet det motsatta. Deras roll inte bara medger att dela med sig av sina erfarenheter utan det är till och med en viktig del av själva rollen. Denna kamratstödjande roll är unik för MB bland psykiatrins personal. Det finns andra bland personalen som har egen erfarenhet av att ha varit patient i psykiatrisk vård och av återhämtning men i intervjuerna visar det sig att vanligtvis är endast chefen och några enstaka andra i personalen som känner till det. De berättar att vid enstaka tillfällen kan det hända att någon av personalen med egen/anhörig-erfarenhet använt det till någon speciell patient men att det är sällsynt. MBs öppenhet är en skillnad som gör skillnad.

*De kan prata om sig själva och därmed stödja och uppmuntra. (EC)*

*- Möjligheten till möte mellan en egenerfaren och patient kan tillföra väldigt mycket i en tillfrisknandeprocess. Visst kan man föra samtal i samband med aktiviteter men det är inte alla som vill prata när andra är med. Att samtala, egenerfaren och patienten har kommit att bli allt viktigare tycker jag.*

*- Ja, våra samtal är ju andra än personals.*

*- Vi har ju det unika att vi själva har erfarenhet så vi kan föra andra samtal. (MB)*

Det finns alltså en skillnad i typ av samtal mellan de samtal som MB och omvårdnadspersonal har med patienter. De grundar sig den gemensamma erfarenheten och har kamratstödjande möjligheter.

*MB har ju en helt annan typ av samtal som inte handlar om omvårdnad och de presenterar sig för patienten med att de har egen erfarenhet och kan få en helt annan öppenhet och bli ett föredöme eller en förebild en som kan förstå hur det känns och att det är möjligt att leva ett bra liv, trots diagnos. (OP)*

Som vi sett i detta avsnitt har MB funktionen flera beröringsytor med omvårdnadspersonalens yrke, framförallt skötarna. MB är personal och precis som skötare är MB största delen av tiden på avdelningen tillsammans med patienterna. MB kan delta i alla former av möten som skötarna deltar i och har samma information om patienterna. De har aktiviteter men även enskilda samtal med patienter och är med på promenader. De uppmärksammar viktig information om patienter och rapporterar den. Så långt är det inte mycket som skiljer skötare och MB.

Vad är då som utmärker MB? MB är personal men utan deras påtagliga maktbefogenheter. MB får inte delta vid myndighetsutövning som tvångsåtgärder, visitationer, öppna ytterdörren etc. Däremot får och till och med bör MB dela med sig av sina egna erfarenheter. Öppenheten med egnerfarenheten och det begränsade maktmandatet i relation till patienten verkar vara de komponenter som tillsammans ringar in och särskiljer MB funktionen från skötarna och som kan öppna för en annan typ av samspel med patienterna.

## Personen i funktionen

I MBs uppdrag ingår att kunna använda sina egna erfarenheter så att de blir till hjälp både som en del i avdelningens utvecklingsarbete och i direkt patientkontakt. Båda dessa delar ställer stora krav på MB.

*MB jobbet har andra svårigheter än skötarjobbet. MB är på vissa sätt ett svårare jobb, t.ex. man måste kunna använda sina erfarenheter på ett bra och konstruktivt sätt och på vissa sätt ett enklare för man behöver inte ha förmågan att utföra tvångsåtgärder på ett bra sätt. Genom att man ska använda sina egna erfarenheter kan MB vara ett mer personkänsligt jobb än skötarnas. Väldigt viktigt att det blir rätt person vid rekryteringen. En skötare eller sjuksköterska som har egen erfarenhet kan ju välja att använda sina erfarenheter eller inte. MB kan inte välja (EC)*

*Svårast i uppdraget att möta personerna, patienterna, där jag varit. Visst jag har egen erfarenhet men det är ju unika personer som jag inte kan jämföra med mig själv, jag har ju ingen nyckel till dem bara för att jag själv varit patient. Det är en konst som jag inte per automatik har med mig bara för att jag är egnerfaren. Det är ju också så att man själv får processa igen, hur var det när jag var patient, gå tillbaka i bandet och försöka förstå vad just den här människan befinner sig utan att projicera mitt på den personen. Det är oerhört komplext och den största*

*utmaningen. Det man ser är ofta väldigt tungt många gånger, många personer som försökt ta sig liv och mår väldigt väldigt dåligt och försöka behålla sig själv i det utan att bli avtrubbad. Det tycker jag är mäkta svårt. (MB)*

Vikten av den enskilde MBs personliga lämplighet är ett tema som är återkommande intervjuerna. Det verkar som det ställs höga krav på MBs förmåga att ”passa ihop” med både personalen och patienterna.

*Det handlar inte bara om funktionen utan lika mycket om personen. (EC)*

*Det står och faller med individen. Personen som är MB är ännu viktigare än den är för skötare och sjuksköterskor. (OP)*

*Vissa har lättare i yrket än andra och vissa klarar vissa avdelningar bättre och andra sämre. (EC)*

*Vår MB har kunnat smälta in i arbetsgruppen, bli en i gänget. (OP)*

Det framhålls också i intervjuerna att denna personliga lämplighet även gäller all annan personal men det verkar finns sidor av MB funktionen som gör MB extra exponerade i sin roll. En del av detta handlar om att de än så länge är ”testpiloter” i en helt ny funktion och en annan del verkar vara inbäddad i uppdragets beskaffenhet. I intervjuerna framkommer några komponenter som kan bidra till att göra MB uppdraget extra personkänsligt.

En skötare är en del av ett kollektiv, det finns många kollegor med samma grunduppdrag som en själv medan MB både är en del av personalkollektivet och särskilda.

*MB är lite utanför fastän de inte är utanför. Patienterna märker att MB inte är precis samma. (OP)*

MB är också sällsynta, som mest två på respektive enhet och de två arbetar vanligtvis endast en del av tiden samtidigt.

MB är ännu pionjärer i en funktion under uppbyggnad och som vi tidigare sett finns det uppgifter som de ska och får göra men de är undantagna från andra och det finns uppgifter med mer oklar status.

Dessutom kan de utgöra en synvända i sig själva. MB kan utmana föreställningar om möjligheten till återhämtning och huruvida egenfarenhet kan anses som en kompetens.

Sammantaget leder sällsyntheten tillsammans med rollen som pionjär och ”synvändare” till att MB blir mycket synliga och sannolikt extra observerade i sitt arbete.

Utöver det som nämnts hittills så förväntas MB verka i ett slags mellanrum och som en brygga eller länk i en miljö med inbyggd risk för ”vi och dom”-kultur mellan personal och patienter. MB är tänkta att inverka på föreställningar som respektive grupp kan ha om sig själv och om den andra gruppen. Inbyggt i önskemålet om dessa synvänder finns ett underliggande antagande om att det finns ett behov av synvänder. Därmed finns förstås en fara för att personal och chefer känner sig både granskade och ifrågasatta redan i o med att

MB anses behövas. Det finns dessutom en uttalad ”granskningsdel” i MBs uppdrag, en önskan om att de ska uppmärksamma och lyfta fram eventuella problem de ser i avdelningens arbete. Men när, hur och till vem kan eventuell negativ kritik framföras utan att riskera ett bra samarbete mellan MB och övrig personal? Dessa dilemman är återkommande i intervjuerna.

*Man måste ha bra timing framförallt vad gäller personal och ibland även patienter. (MB)*

*Ibland ifrågasätter de varför vi gör på vissa sätt och det har jag tyckt vara bra. Det får oss att tänka efter. Skriver inte oss på näsan. De har gett avdelningen en chans. Mogna nog att vänta och se och kanske förstå varför vi gör som vi gör. (OP)*

*De får inte vara alltför ifrågasättande. (OP)*

*Det känns inte som att de nagelfar oss utan de är kollegor –MB kollegor. (OP)*

*Det har varit svårt när MB hamnat i situationer där de inte tyckt att personalen ha agerat korrekt, tyckt att personalen varit för bryska eller varit alltför tillrättavisande på ett sätt som triggat igång patienten ännu mer och det blir som en maktkamp. MB har känt att de utifrån sitt perspektiv och sin kännedom om hur de själva fungerat i sådana situationer så skulle ha velat att personalen gjort på ett annat sätt. De har haft svårt att säga det till personalen på ett bra sätt. De har kommit till mig och vi har diskuterat jag håller med om att de inte kunnat säga till i situationen, det hade nog inte landat bra och riskerat motsättningar men det har varit svårt att få fram invändningarna. (EC )*

## Det nödvändiga stödet

Det förgående avsnittet gav en inblick i några av de förutsättningar och krav som MB har att handskas med i sin roll och visade att det är uppenbart att ett avpassat stöd måste finnas. Betydelsen av den veckovisa egna handledningen tillsammans med BISAM verkar ha varit mycket betydelsefull.

*Handledning en gång i veckan är oerhört viktigt för att yrkesrollen. Först tyckte jag det var för mycket med en gång i veckan men det har blivit väldigt viktigt. Visar sig att mycket är gemensamt oberoende av enhet och organisation. (MB)*

En annan form av stöd är att de lokala MB stödjer varandra.

*Speciellt viktigt vara två i början. Svårt att veta vad man ska göra i början. När man kommit in lite mer i gruppen är det lättare att vara ensam. (MB)*

*Skönt att ha en kollega att spegla sina erfarenheter med. Gick samma schema första tiden och sedan splittat. Kan bli väldigt ensam i sin roll. Klara fördelar med att gå dubbelt. (MB)*

För att MB ska kunna ha stöd av varandra behöver de passa ihop.

*De är jätte nöjda med sin handledning och att de har oerhört stort utbyte av varandra. Det blev en bra matchning. (EC )*

Eftersom MB även under projektet är anställda på enheterna har cheferna ett ansvar.

*Uppföljning av MB med täta avstämningar är väldigt viktigt för de är utsatta. (EC)*

Har MB fått det stöd de behöver?

*Jag tror faktiska de har fått det stöd de behöver både i sin egen handledning och av varandra. Jag har inte fått någon indikation på att de känts sig utelämnade eller ensamma. (EC)*

**Bör MB ha erfarenhet av samma diagnos som patienterna på avdelningen?**

En förutsättning för att kunna arbeta kamratstödande är gemensam erfarenhet men hur lika behöver MB och patientgruppen vara? I detta projekt ingick både avdelningar av ”allmänpsykiatrisk” karaktär och diagnosspecifika avdelningar. Frågan om MB bör ha erfarenhet av samma typ av diagnos som patienterna på avdelningen diskuterades i intervjuerna. Argumenten för att MB bör ha erfarenhet av samma diagnos som patienterna när det är möjligt speglas i följande citat.

*Jag tror att patienterna helst vänder sig till just den MB som varit med om samma sak. (MB)*

*Man har lättare att sätta sig in i patientens problematik om man haft den specifika upplevelsen, erfarenheten. (MB)*

*Det är väl jättebra om MB har erfarenhet av samma diagnos. Det skulle kännas jättekonstigt om MB hade en annan diagnos än den vi har här. Vi är ju ändå en diagnosspecifik avdelning. När patienter träffar MB med samma diagnos så får de se att det faktiskt går att leva med den här sjukdomen, det går att leva ett normalt liv. Det tror jag kan betyda väldigt mycket både för patienten och för anhöriga. MB kan även ge oss personal ett inifrånperspektiv. Det vi tror gäller för alla kanske inte gör det. (OP)*

*Mina MB har samma typ av diagnos och det tror jag är jättebra. Det blir ytterligare trovärdighet i patienternas ögon och de kan sätta sig in i vad patienterna går igenom. (EC )*

*Ju närmare MBs erfarenheter är patienternas desto bättre för patienterna. (OP)*

Det finns även dem som anser att samma diagnos är ”önskvärt men inte nödvändigt”(OP)

*Grundtanken är god att MB ska ha erfarenhet av samma typ av problem men precis som alla andra är MB olika och det är bra och om diagnosen är det viktigaste är tveksamt. Det kan vara dumt att nischa in sig bara på diagnosen.*  
(OP)

Andra menar att erfarenhet av att ha varit patient i psykiatrin och erfarenhet av ”utanförskap, utsatthet, problem med försörjning etc att vara människa.” (MB) är det viktigaste.

Vad gäller typen av problem framförs att det går att sätta sig in i hur det kan vara att ha en annan typ av problem än de en själv har erfarenhet av.

På de ”allmänpsykiatriska” avdelningarna uppstår ett praktiskt problem eftersom de tar emot personer med olika diagnoser.

*Vi har jättemånga olika diagnoser här så det går inte. Det viktiga är att MB legat inne.* (OP)

Även på de diagnosspecifika avdelningarna verkar det kunna förekomma personer med annan diagnos än målgruppens.

## Framtiden -förslag från de intervjuade

De intervjuade ombads att komma med förslag på vad som är viktigt att tänka på inför kommande MB satsningar.

*Det viktigaste inför framtiden är att vi får behålla MB.* (OP)

- Struktur, tydlighet och information

Vikten av struktur och tydlighet i uppdraget i allmänhet och för vissa patientgrupper i synnerhet lyfts fram. För vissa patientgrupper kan det vara svårt att förstå skillnaden mellan personalgrupper och därför vore det bra om MB hade mer strukturerade arbetsuppgifter.

*Om MB blir en yrkesroll som inte har någon projektorganisation i framtiden är det mycket viktigt att det finns tydliga ramar, vi är ju pionjärer* (MB)

*Vi borde ha förberett oss bättre och gjort ett ordenligt schema för MB med saker de ska göra. Med vår patientgrupp behöver man tänka med strukturerat. Man skulle kunna ha lite olika upplägg beroende på vilken patient grupp man har, man kanske inte kan göra lika på alla avdelningar* (EC)

*Man måste planera det noga planera introduktionen både formellt och informellt. Vara generös med att skicka ut information, berätta om, få folk delaktiga och vara*



*med på riskanalysen. Det är oerhört viktigt hur man planterar ett projekt och introduktionen Redan tidigt berättade jag det för några i personalen och sa att jag vara väldigt positiv och att det kommer att bli bra det. Det är viktigt att man får med sig folk. (EC)*

*I informationen till personalen har personalen förstått det som att vi MB bara ska hålla i aktiviteter som har gjort att det blivit några missförstånd extra (MB)*

*Vad gäller MB samtal kanske det behöver klargöras vad MB måste rapportera. Jag vet inte vad de har för rätt eller vad de har som skyldighet att rapportera. (OP)*

- MBs uppdrag

*Jag har känt det som ett hinder att ha så få befogenheter. Tex en lista med de patienter som få gå på promenad med MB hade underlättat. En del regler som var från början kanske kan lättas lite på nu. Tex att MB inte fick gå in på patienternas rum var en regel men efter någon månad när vi kommit in i jobbet så började vi göra det ändå om de ber om det vi har pratat med chefen om det och successivt tagit upp frågan. Man är ingen, får inte ens gå till kiosken och köpa en bulle med patienten. De enda vi får gå ut med är de med egen utgång och de är ju så pass friska att de hellre går med en kompis. Och hålla på och tjata om det här med promenad med personalen när de redan är stressade känns inte bra. Jag vill ju hellre vara en avlastning för dem. (MB)*

*Jag hoppas på att läkarna ska kunna bestämma att vissa patienter kan få ”promenad med MB”, att det kan finnas en lista med lite fler patienter som vi kan få gå med på promenad. (MB)*

- Skapa forum för att framföra konstruktiv kritik och förbättringsförslag

*Mer av att hålla utbildningar och föreläsningar för personal. Istället för att hålla på och visa på när jag tycker att personal gör lite fel så kan man samla på sig exempel och att det finns forum där man kan presentera det som en helhet. Man kan ju inte gå runt som en terrier på arbetsplatsen...(MB)*

*Vi borde ägna en del av en planeringsdag till att samla ihop vad MB sett och vad vi kan göra åt det. Återlämnandet av den kunskapen måste ske på ett sådant sätt att det inte blir en anklagelse, tillrättavisande. Det är ju delvis därför de är här. Jag vill ju att de ska se. Och att vi kan ta upp det och bli bättre. Men det blir klurigt. Det ska inte ske löpande utan på en planeringsdag. Kanske kan BISAM hjälpa till. (EC)*

- Utveckla MB-rollen

*Hålla föreberedande samtal inför patienters läkarbesök.(MB)*

*Hjälpa patienten att få lite mer status i sin roll som patient och få mer inflytande över sin egen situation. Patienten är ju i händerna på de som har beslutsrätten. Vi skulle kunna hjälpa till så att patienterna är bättre förberedda inför läkarbesök och om patienten vill hjälpa patienten att formulera frågor om varför jag är här och vad händer sedan. Någon form av strukturerad form av underlag. (MB)*

*När behövs vi egentligen bäst? Kanske börja jobba kvällar och helger. Många patienter efterfrågar mer på kvällar och helger. (MB)*

*Ge ett syfte och mening med kreativ verkstad. Tex ordna utställning arbeta efter tema (EC)*

- Lägga in praktik i kommande Mb-utbildningar

*Nu när det finns MB vore det väl bra om nya MB fick auskultera innan de började, gå bredvid nån vecka eller två. Eller att en erfaren MB från annan avdelning gick med i början på. Jag tycker introduktionen på plats är oerhört viktig (EC)*

## Projekt i ordinarie verksamhet - Vem är det som bestämmer?

*Vi är ett projekt och vi är anställda på enheten. (MB)*

Sista temat utifrån intervjuerna får bli citat om relationen mellan projektet och den ordinarie verksamheten. I detta projekt precis som i de flesta projekt inom en ordinarie verksamhet uppstod problem. I detta projekt verkar det ha funnits en del oklarhet om vem som fattar beslut; den lokala enhetschefen eller projektledarna.

*Projektet är bra, funktionen är bra men organisationen...det har inte fungerat så bra och det verkar som om man tänkt mer på funktion än på person från projektorganisationen och det tycker jag har varit synd. (EC)*

*Tydlighet i rollerna och kommunikationen mellan projektgruppen och avdelningscheferna skulle kunna vara mycket bättre. Ibland har projektledningen tyckt en sak och enhetschefen tyckt en annan sak om vad jag ska göra. (MB)*

*Projektet har varit lite otydligt styrt. Jag vet inte riktigt vem som bestämmer. En otydlig hierarki. Det är i alla fall inte jag som bestämmer... Många som har synpunkter Det verkar vara den här styrgruppen som bestämmer. Hade varit bra med en rejäl kontaktperson i styrgruppen. Det är ju jag som är chef och har ett arbetsgivarperspektiv. Jag är arbetsgivare för MB men har inget att säga till om i*

*projektet...Känns lite underligt, Till exempel kan en MB flyttas till en annan enhet. (EC)*

*Jag fick ingen respons alls från projektledningen. Har varit knöligt med schema och segt att få svar från projektorganisationen. Ett segt system. (EC)*

*Det har varit svårt att få klarhet i när och hur mycket MB jobbar. Varit olika procentsatser. Patienterna har frågat efter MB, det har varit så uppskattat och vi har inte kunna svara. (OP)*

## Kamratstöd, minimerat maktmandat och bidrag till synvänder

Denna uppföljning visar att MB-funktionen i psykiatrisk heldygnsvård är både möjlig och önskvärd, kanske till och med outhärlig och ett blivande yrke i en snar framtid. Jag som haft privilegiet att få vara en del av denna uppföljning vill avsluta med att nämna några av de funderingar som väckts hos mig under arbetets gång. De har handlat om MBs ”yrkesidentitet” bortom projektiden.

Kombinationen av kamratstöd genom öppenheten om den egna erfarenheten, att den konkreta möjligheten att utöva makt i förhållande till patienterna är minimerad och att kunna bidra till synvänder i vardagsarbetet framstår som MBs unika bidrag i psykiatrisk slutenvård. I dessa avseenden kan ingen annan personalkategori ersätta dem, de är helt enkelt inte utbytbara.

Både kamratstödet och bidraget till synvänder har samma källa; den egna erfarenheten av att ha varit patient i psykiatri, av återhämtning och att öppet använda sig av denna erfarenhetskunskap för att vara till hjälp för andra. Invävt finns möjligheten att bidra till hopp för både personal och patienter. Hopp kan förmedlas direkt i kamratstödande samtal och indirekt genom att vara en konkret förebild i att återhämtning är möjlig, ja tom trolig, och därmed bidra till en synvänder för både personal och patienter. Personal träffar vanligtvis bara de patienter som läggs in igen på avdelningen men inte dem som inte återkommer. Om de sistnämnda får de sällan någon information alls framförallt inte om dem det gått bra för och som kanske inte har någon kontakt allts längre med vården. Personalens uppfattning om hur det går för dem de träffar på avdelningen riskerar därmed att bli ofullständig och kanske skev. Det kan i sin tur bidra till en brist på hopp hos personalen som kan uppfattas av patienten och förstärka hopplöshet hos patienter. Om MB kan bidra till att personalen får mer hopp om möjligheten till återhämtning kommer det sannolikt att märkas i personalens kontakt med patienterna och i sin tur ge ökat hopp hos patienterna. För att kunna förmedla hopp så att det uppfattas är det nödvändigt att själv ha hopp. MB som spridare av hopp både direkt till patienterna och indirekt via personalens hopp kan rubba en ond cirkel av hopplöshet till förmån för en hoppfullhetens goda cirkel. Hopp precis som hopplöshet kan ”smitta” och hoppets betydelse för återhämtning kan inte nog betonas.

Det organiserade forum där MB träffar patienterna är i samband med aktiviteter som kreativ verkstad, morgonsamling och promenader. De patienter som inte deltar i dessa aktiviteter kan MB söka upp och kan bli uppsökta av patienter. De nämns i intervjuerna att MB har tid både till att genomföra aktiviteter men även till mer spontan social kontakt med patienterna. Kan

detta utrymme också vara en del i att MB uppdraget blir extra personkänsligt? Det ställer ju stora krav på en person att vara den som har tid i en verksamhet där alla andra har fullt upp. Om ingen av patienterna vill prata med en; vad gör en då? Det ställer även stora krav på social förmåga försöka få kontakt med okända människor utan att ha en tydlig anledning. Att presentera sig och sitt uppdrag är bara möjligt att göra en gång med varje person. Om MB har för mycket icke inbokad tid kan det då uppstå en önskan om att MB bidrar till annat arbete på avdelningen så att framförallt skötarna avlastas och att MB på sikt utvecklas till en slags assisterande skötare? Och i så fall; är det ett problem?

En farhåga med en sådan utveckling skulle kunna vara att ju mer lika MB och skötarna är desto lättare blir MB ersättningsbara av annan personal. En annan farhåga skulle kunna handla om att ju fler skötaruppgifter MB har desto otydligare blir deras roll för patienterna. Det behöver troligen finnas påtagliga skillnader mellan övrig personal och MB som märks av patienterna för att MB ska bli igenkända som just MB. I detta projekt har MB likadana arbetskläder som avdelningens övriga personal. De deltar i alla de olika formella organiserade sammanhang där personalen träffas, som rapport, behandlingskonferenser och handledning. De kan läsa om patienterna i journalen och de ska rapportera det som är av vikt till personal. Sett ur patientens perspektiv, vad är det som skiljer MB och omvårdnadspersonal? Rent konkret har MB har en namnskyld där det står ”Medarbetare med egen erfarenhet” och information om vad MB är delgavs både muntligt och på affischer samt i direktkontakt mellan MB och patient. Kanske blir det också synligt för patienterna att MB stannar kvar i pågående aktivitet eller samtal med patienter även vid oro på avdelningen, att de aldrig deltar i tvångsåtgärder eller annan konkret maktutövning som att öppna ytterdörr etc.

En annan väg än att närma sig skötaruppdraget för MB vore att skapa organiserade och formella uppgifter som är unika för MB. De aktiviteter som lyfts fram i intervjuerna som en viktig insats för patienterna är ju inte endast MBs uppdrag utan ingår även i skötaruppdraget. Skulle det kunna finnas aktiviteter som är unika för MB? Tänkbart vore till exempel ett mer formellt organiserat kamratstöd som tydligt definierade kamratstödande samtal, stöd i patienternas delaktighet i beslut i vården, information om återhämtning och om möjligheter utanför vården att få stöd i en återhämtningsprocess. En sådan ”formalisering” av MBs funktion kan visserligen kräva viss utbildning för MB men skulle kunna ge ytterligare status i deras expertroll. Dessutom; om en större andel av MBs tid är upptagen av specifika MB-uppdrag med patienterna skulle tydligheten i skillnaden mellan MB och annan personal kunna öka och personkänsligheten minska.

I en samtid där det lätt mätbara har företräde, anses viktigt och får prioritet har det mindre konkreta svårt att göra sig gällande. Det MB tillför i vården är till väsentliga delar abstrakt och svårt att mäta. Kan detta vara en risk för att MB-funktionen upphör när projektmedlen är slut? Går det att minska den risken? Kan MB bli ett nytt yrke i psykiatrisk vård?