



Högskolan  
Kristianstad

Högskolan Kristianstad  
291 88 Kristianstad  
044 250 30 00  
[www.hkr.se](http://www.hkr.se)

Examensarbete 15 hp, för Kandidatexamen i folkhälsovetenskap  
VT 2021  
Fakulteten för Folkhälsopedagogiska programmet

# **Förbättrat inflytande för brukare med psykisk ohälsa**

- En kvalitativ studie om samverkan mellan regionala och kommunala organisationer

**Miranda Krasniqi & Aycbe Rufat**

**Författare**

Miranda Krasniqi & Aycbe Rufat

**Titel**

Förbättrat inflytande för brukare med psykisk ohälsa. En kvalitativ studie om samverkan mellan regionala och kommunala organisationer

**Handledare**

Petra Nilsson-Lindström

**Examinator**

Marie Nilsson

**Sammanfattning**

Psykisk ohälsa är idag ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige. Syftet med studien var att inom socialpsykiatrin undersöka samverkan, personcentrering och brukarinflytande för brukare med psykisk ohälsa. Syftet var också att kartlägga hur COVID-19 pandemin har påverkat organisationernas planerade insatser för brukarinflytande. Kvalitativ ansats användes för att intervjua olika professioner för att undersöka hur deras samverkan bidrog till brukarinflytande. Sammanlagt intervjuades 8 personer. Resultatet visade två kategorier: samverkan är nödvändig för arbete med brukarinflytande och personcentrering samt COVID-19 pandemin har begränsat organisationernas planerade insatser för brukarinflytande. Resultatet visade att brukarinflytande var en viktig del av arbetet som bidrog till att brukarna alltid var i centrum med att vara en del av utformningen av insatserna. Genom brukarnas delaktighet och inflytande kunde den psykiska ohälsan motverkas och bidra till välmående. De slutsatser som kan dras av studien var att samverkan var svår men samtidigt väldigt viktigt. Det behövdes samarbete med många aktörer för att samverkan skulle vara lyckat och naturlig del av arbetsprocessen för personcentrering och brukarinflytande.

**Ämnesord**

Brukarinflytande, COVID-19, organisationer, personcentrering, psykisk (o)hälsa, samverkan, socialpsykiatrin.

**Author**

Miranda Krasniqi & Aycbe Rufat

**Title**

Improved influence for users with mental illness. A qualitative study on collaboration between regional and municipal organizations.

**Supervisor**

Petra Nilsson-Lindström

**Examiner**

Marie Nilsson

**Abstract**

Mental illness is today one of the biggest public health problems in Sweden. The purpose of the study was to investigate collaboration in social psychiatry, person-centeredness and influence for users with mental illness. The purpose was also to map how the COVID-19 pandemic has affected the organizations' planned efforts for user influence. Qualitative approach was used to interview different professions to examine how their activities contributed to user influence. A total of 8 people was interviewed. The results showed two categories: collaboration is necessary for work with user influence and person centering and COVID-19 and its impact on health work with users influence. The results showed that user influence was an important part of the work, which contributed to the users always being at the center of being part of the design of the initiatives. Through users' participation and influence, mental illness could be counteracted and contribute to well-being. The conclusions that can be drawn from the study were that collaboration was difficult but at the same time very important. Collaboration with many actors was needed for collaboration to be a successful and natural part of the work process for person-centering and user influence

**Keywords**

Collaboration, COVID-19, organisation, mental (un)health, person centering, social psychiatrist, users influence.

<b>1. Inledning</b>	<b>5</b>
<b>2. Litteraturgenomgång</b>	<b>7</b>
2.1 Samverkan i hälsoarbete för brukarinflytande	7
2.2 Personcentrering	9
2.3 Brukarinflytande	11
2.4 Brukare med psykisk ohälsa	12
2.5 Insatser för brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa	15
2.6 Covid-19 pandemins påverkan på arbete för brukarinflytande	17
<b>3. Syfte</b>	<b>18</b>
<b>4. Material och metod</b>	<b>18</b>
4.1 Studiedesign och metodval	18
4.2 Urval, deltagare och kontext	18
4.3 Genomförande	19
4.4 Analys	20
4.5 Etiska överväganden	21
<b>5. Resultat</b>	<b>23</b>
5.1 Samverkan är nödvändig för brukarinflytande och personcentrering	24
5.1.1 Förutsättningar för samverkan i arbetet med brukarinflytande och personcentrering	24
5.1.2 Faktorer som möjliggör personcentrerad vård	25
5.1.3 Hinder och svårigheter med samverkan i arbete med brukarinflytande och personcentrering	27
5.1.4 Insatser för ökad personcentrering samt ökat brukarinflytande genom samverkan	29
5.2 COVID-19 pandemin har begränsat organisationernas planerade insatser för brukarinflytande	32
<b>6. Diskussion</b>	<b>34</b>
6.1 Resultatdiskussion	34
6.2 Metoddiskussion	40
<b>7. Konklusion</b>	<b>42</b>
<b>Referenslista</b>	<b>43</b>
<b>Bilagor</b>	<b>48</b>
Bilaga 1 Informationsbrev	48
Bilaga 2 Samtyckesblankett	50
Bilaga 3 Intervjuguide	52

# Förord

Psykisk ohälsa är idag en stor utmaning för samhället. Därför väcktes ett intresse under den Verksamhetsförlagda utbildningen under vår utbildning att närmare studera det arbete som bedrivs på regional och kommunal nivå för personer med psykisk ohälsa.

Arbetsprocessen inför examensarbetet har varit krävande och med många timmars arbete vilket medförde att intresset inom ämnet stärktes under studiens gång. Redan från början kändes vårt samarbete rätt och båda var delaktiga och hade bra kommunikation under hela arbetsprocessens gång. Insamlingen av informationen det vill säga all vetenskaplig forskning och annan litteratur samt genomförandet av intervjuerna gjordes tillsammans, sedan delades arbetet upp. Ayche transkriberade ordagrant samtliga intervjuer och sedan tillsammans med Miranda analyserades den empiriska datan. Ayche arbetade främst med att sammanfatta innehållet från tidigare forskning och litteratur. Miranda ansvarade för att skriva ihop arbetets olika delar. Vi valde denna uppdelning för att undvika språkvariation och för att enklare kunna följa upp den röda tråden i texten. Ayche har parallellt läst texterna, gett förslag till ändringar och vi har diskuterat förändringar och tillägg i texterna tillsammans så att vi båda känner att vi står bakom textens innehåll.

Till sist vill vi tacka VFU-handledaren som bidrog med kontakt till deltagarna. Vi vill tacka alla intervjupersoner som medverkade i genomförandet av vårt examensarbete. Utan deras medverkan hade det inte varit möjligt att genomföra denna studie. Vi vill också tacka vår handledare Petra Nilsson Lindström som har varit behjälplig under hela skrivprocessen. Sist men inte minst vill vi tacka våra familjer för deras hjälp, stöd och tålamod under hela utbildningen gång.

Karlskrona och Hässleholm maj 2021.

Miranda Krasniqi och Ayche Rufat

# 1. Inledning

Psykisk ohälsa är idag ett stort folkhälsoproblem både i Sverige och i övriga världen som bidrar mest till hälsoförlust för människor (Folkhälsomyndigheten 2020 c). Psykisk ohälsa innefattar tillstånd av olika allvarlighetsgrad och varaktighet som även har en påverkan på en persons funktionsförmåga i samhället så som arbete, studier eller samspel med andra (Folkhälsomyndigheten 2020 a). Personer med psykisk ohälsa har ofta en komplex livssituation, vilken kräver insatser och stöd från olika instanser och organisationer. För att jämna ut skillnader i hälsa och för att göra riktade insatser inom vissa områden exempelvis psykisk ohälsa bedrivs folkhälsoarbete. För att kunna skapa bra förutsättningar för varje enskild individ i samhället krävs det en samverkan mellan olika regionala, kommunala och frivilliga organisationer som arbetar med brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa (Lindberg 2009).

Samverkan bygger på en tradition om att sammanföra organisationer som har ett genuint intresse för att tillämpa hälsoarbete (Hansson 2014). De senaste 25 åren har många initiativ tagits för att integrera tjänster som ingår i olika välfärdsområden där behovet av samverkan är som mest nödvändigt bland annat inom psykiatriska kliniker, äldrevård- och omsorg, arbetslivsrehabilitering med flera (Axelsson & Bihari Axelsson 2007). Olika organisationer och resurser är en förutsättning för att det hälsofrämjande arbetet för brukarinflytandet skall bedrivas på bästa möjliga sätt. (Socialstyrelsen 2013). Genom att arbeta mot samma mål blir det planerade förändringsarbetet en lyckad insats för personen i fråga (Persson 2019). Det finns även hinder och svårigheter med samverkan i olika delar av välfärdssamhället såsom strukturella förhållanden och kulturella skillnader som kan beror på olikheter mellan organisationer och professioner (Arnesson & Furenback 2019).

Konsensus om förhållningssätt i relation till brukarna är viktigt för en välfungerande samverkan mellan organisationerna och den vård, omsorg och insatser som ges till funktionsnedsatta personer bör vara personcentrerad (Persson 2019). Personcentrering bygger på ett humanistiskt

synsätt, vilket innebär att individen är en subjektiv varelse med egna behov, önskemål och tankar (Persson 2019). Inom personcentrering är delaktighet ett grundläggande perspektiv, vilket innebär att där finns bland annat utrymme för den vårdsökande att uttrycka den oro hen har och eventuella frågor som hen vill ställa (McCormack & McCance 2010).

Det senaste året har Coronapandemin inneburit ett hinder för insatser och hälsoarbete för målgruppen med psykisk ohälsa och pandemins omställningar har påverkat personer som lider av psykisk ohälsa på ett negativt sätt (Sukut, Hürrem & Balik 2021). På grund av den snabba spridningen av pandemin har hälso- och sjukvårdssystemet ställts inför allvarliga problem och behövt göra omprioriteringar, det har lett till nedskärningar av insatser för personer med psykisk ohälsa (Sukut, Hürrem & Balik 2021). Hälsorelaterade aktiviteter för brukarinflytande riktade till personer med psykisk ohälsa har fått ställas in, pausas eller ersättas med andra alternativ under år 2020-2021 (Folkhälsomyndigheten 2021).

Det är således betydelsefullt att undersöka samverkan mellan regionala, kommunala och andra frivilliga organisationer för ökat brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa.

## 2. Litteraturgenomgång

I följande avsnitt kommer forskning och relevant litteratur ge en bredare beskrivning för samverkan i hälsoarbete för brukarinflytande, personcentrerad, brukarinflytande, brukare med psykisk, insatser för brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa samt COVID-19 pandemin och dess påverkan i arbetet för brukarinflytande. Avsnittet kommer att avslutas med en problemformulering och motivering om varför det är viktigt att genomföra denna studie ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv

### 2.1 Samverkan i hälsoarbete för brukarinflytande

Samverkan bygger på en tradition om att sammanföra organisationer som har ett genuint intresse för att tillämpa hälsoarbete (Hansson 2014). Under de senaste åren har även föreskrifter om samverkan förts in i olika lagar och förordningar och därmed har samverkan kallats för välfärdsstatens nya arbetsform (Axelsson & Bihari Axelsson 2006). Vid hälsoarbete kan samverkan vara både interprofessionellt och intersektoriellt. En interprofessionell samverkan kan vanligtvis ske mellan olika myndigheter vilket betyder en samverkan och möten mellan olika professioner och yrkesgrupper (Arnesson & Furenäck 2019). Dessa möten kan hållas efter behov men de kan också vara regelbundna och systematiska som styrs av riktlinjer och följer formella procedurer (Axelsson & Bihari Axelsson 2013). En intersektoriell samverkan täcker flera samhällssektorer som har olika verksamhetsinriktning såsom nationella arbetsmarknadsmyndigheter, regionala hälso- och sjukvårdstjänster och kommunala socialtjänsten (Arnesson & Furenäck 2019). De senaste 25 åren har många initiativ tagits för att integrera tjänster som ingår i olika välfärdsområden där behovet av samverkan är som mest nödvändigt, bland annat inom psykiatriska kliniker, äldreomsorg och omsorg, arbetslivsrehabilitering, vård och omsorg till utsatta barn och ungdomar med flera (Axelsson & Bihari Axelsson 2006). Det finns också samverkan där det deltar frivilligorganisationer och privata företag bland annat inom äldreomsorg och öppen psykiatri (Axelsson & Bihari Axelsson 2007).



Det finns hinder och svårigheter med samverkan i olika delar av välfärdssamhället såsom strukturella förhållanden och kulturella skillnader som kan beror på olikheter mellan organisationer och professioners olika agendor och arbetssätt (Arnesson & Furenäck 2019). Bland de strukturella hindren är det i första hand regler och föreskrifter som grundar sig på lagar och förordningar, ekonomiska styrsystem och restriktioner, olika politiska direktiv och uppdrag med flera (Lindberg 2009). Hinder med de kulturella skillnaderna gör att olika organisationer har olika regler och föreskrifter som påverkar deras synsätt på klienter eller patienter (Lindberg 2009). Skillnader i utbildningsbakgrund kan vanligtvis också försvåra situationen av samverkan, vilket kan leda till allvarliga kulturella konflikter och hinder mellan olika professioner, brist på kommunikation och förtroende mellan samverkande aktörer (Arnesson & Furenäck 2019). Dessa hinder kan oftast hanteras eftersom det finns grundorsaker till organisationernas samarbete vilket kan handla om ömsesidighet som betyder att samverkan sker kring gemensamma mål eller intressen (Lindberg 2009). Mot denna bakgrund kan samverkan skapa mervärden för samtliga deltagare som i vanliga fall inte kan hantera det på egen hand och därmed leder det till ett beroende mellan dessa organisationer och/eller deltagare (Lindberg 2009).

Län

Att på samhällsnivå arbeta systematiskt för att minska ojämlikhet i hälsan anses som en avgörande faktor i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet (Länsstyrelsen 2020). Detta arbete förutsätter att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar i livet. I praktiken innebär detta att insatserna som sätts in för att förbättra hälsan, är universella. Detta betyder att insatserna riktas till hela befolkningen på nationell nivå samtidigt som de är proportionella till de behov som finns i mer utsatta grupper (Länsstyrelsen 2020). Kommunerna och regionerna i landet är ytterst ansvariga för och äger merparten av välfärdstjänsterna. Dessa ansvarar för förebyggande och hälsofrämjande folkhälsoarbete på lokal och regional nivå (Länsstyrelsen 2020). Det finns en rad olika faktorer som påverkar det hälsofrämjande arbetet, bland annat bestämningsfaktorer såsom uppväxtvillkor, utbildning, delaktighet och inflytande, levnadsvanor, samhällsplanering med mera (Folkhälsomyndigheten 2020 b). Vidare har kommunerna och regionerna också ett strategiskt ansvar för folkhälsofrågorna genom att organisera och prioritera välfärdstjänster och samhällsplanering så att ojämlikheten minskar framförallt hos personer med psykisk ohälsa (Länsstyrelsen 2020).

En samarbetsorganisation som tillsammans med regering, riksdag, landsting, kommuner och myndigheter på nationell nivå arbetar med gemensamma frågor såsom brukarinflytande, personcentrering och kvalitetsförbättring inom vård- och omsorg är Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, förkortat NSPH (NSPH 2021). Begreppet brukarinflytande används som en beskrivning för de personer med psykisk funktionsnedsättning inom socialpsykiatri som kan ta del av eller påverka sådana beslut som rör dem själva, eller när sagda personer har en inverkan på utformningen och styrningen i verksamheterna som utdelar insatserna (Socialstyrelsen 2013). För att kunna skapa bra förutsättningar för varje enskild individ och att för att kunna tillgodose deras behov i samhället krävs det folkhälsoarbete och därmed en samverkan mellan olika regionala, kommunala och frivilliga organisationer som arbetar med brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa (Lindberg 2009). Detta kan åstadkommas genom att involvera personer med psykisk ohälsa i vårdens utformning eftersom att det kan leda till flera vinster i samhället, bland annat bättre livskvalitet och bättre folkhälsa som i sin tur kan leda till mindre kostnader för vården och samhället i stort (Socialstyrelsen 2020). För att kunna främja och uppnå en mer jämlik hälsa och en personcentrerad vård är det viktigt att möjliggöra individens förutsättningar till att känna den gemenskap och delaktighet i samhället men även ha sin egen kontroll och inflytande i det dagliga livet (Folkhälsomyndigheten 2020 d). Delaktighet stöds även av en tidigare studie av Haugom, Stensrud, Beston, Ruud och Landheim (2020) som visar att brukare som får möjlighet att påverka sin egen återhämtning och stödinsatser har större möjlighet för att lindra sin psykiska ohälsa och därmed öka sitt välmående.

## **2.2 Personcentrering**

Begreppet personcentrering bygger på ett humanistiskt synsätt, vilket innebär att individen ses som en subjektiv person med egna behov, önskemål och tankar (Persson 2019). Mot bakgrund av det faktumet skall professionella med ett personcentrerat förhållningssätt möta och behandla individen som en del av samhället med de rättigheter och skyldigheter som ett medborgarskap omfattar (Hewitt-Taylor 2018). Inom personcentrering är delaktighet ett grundläggande perspektiv där det finns utrymme för personen att uttrycka den oro hen har och eventuella frågor

som hen vill ställa (McCormack & McCance 2010). Detta kan åstadkommas genom att lära känna patientens unika egenskaper, iaktta dennes nuvarande situation och historia, respektera personens prioriteringar och värderingar med mera (Hewitt-Taylor 2018). Här betonas vikten att inte betrakta personen utifrån det sjukdomstillstånd eller den funktionsnedsättning som hen har utan bör istället ta i beaktelse varje persons självständighet och den vård som just den personen behöver (McCormack & McCance 2010). Health promotion/hälsofrämjande arbete syftar till att möjliggöra människors ökad kontroll och inflytande över sin hälsa som är kopplad till dennes fysiska, personliga och sociala resurser (WHO 1986). För att människor ska kunna uppleva en god hälsa bör de kunna identifiera sina önskningar, tillfredsställa behov samt klara sig både fysisk och psykisk i det dagliga livet (WHO 1986). Personcentrering kan användas både utifrån ett förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt i vård- och omsorgs verksamhet eftersom personcentrering fokuserar på att öka personens möjlighet till inflytande över de insatser till sin egen vård och omsorg (McCormack & McCance 2010). Sverige har åtta folkhälsopolitiska målområden som helt eller delvis bör vara grunden vid hälsoarbete (Folkhälsomyndigheten 2020 d). Dessa målområden visar tydligt att ansträngningar för att uppnå en god och jämlik hälsa måste fokusera på grundläggande förutsättningar och strukturella faktorer som påverkar hälsan på olika sätt (Folkhälsomyndigheten 2020 f). Mål åtta handlar om en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. För att befolkningen ska kunna ha en god och jämlik hälsa bör vårdssystemet arbeta förebyggande och hälsofrämjande samt att all behandling bör vara personcentrerad som baseras på brukarens behov och intresse (Folkhälsomyndigheten 2020 d; Hewitt-Taylor 2018).

Jämfört med traditionell vård kan personcentrerad vård medföra ytterligare positiva hälsoeffekter för personer med psykisk ohälsa bland annat ökat välbefinnande, minskad ångest, förbättrad känsla av sammanhang och förkortade sjukhusvistelser (Eliacin et al. 2014). Detta kan åstadkommas genom att patienten, och dennes anhöriga, aktivt involveras under hela vård- och beslutsfattande processen (Olsson, Jakobsson, Swedberg, Ekman 2012; Eliacin et al. 2014). Delat beslutsfattande mellan patient och vårdgivare är en viktig del i personcentrerad vård då det sker ett utbyte av information, olika perspektiv och åsikter om behandlingsprocessen (Hewitt-Taylor 2018). Å andra sidan ger det vårdgivaren en viktig roll i att delta i personens beslutsprocess genom att dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter, på ett icke-tvingande sätt, om vilka möjligheter alternativt konsekvenser som kan uppstå med behandling baserad på

vilka val som görs (Hewitt- Taylor 2018). Ett personcentrerat arbetssätt baseras framförallt på brukarnas egna resurser och även andra resurser som är professionella (personalgruppen och dess kompetens) och materiella (Hewitt- Taylor 2018). Brist på sådana resurser kan påverka vårdens kvalitet och utveckling för att upprätthålla personcentrerad vård och dess resultat (Hewitt- Taylor 2018). Dessutom påverkar strukturen (fördelning av personal och uppgifter) och prioriteringarna inom organisationen möjligheter för utveckling och för att kunna ge personcentrerad vård och brukarinflytande på ett tillfredsställande sätt (Hewitt- Taylor 2018).

## 2.3 Brukarinflytande

Vid förebyggande och främjande åtgärder inom vård och omsorg som inriktar sig till att förebygga ohälsa och främja hälsa genom att stödja personer med psykisk ohälsa kommer brukarinflytande på tal (NSPH u.å). Brukarinflytandet används inom många olika områden bland annat inom statsvetenskap, folkhälsa och socialt arbete och inriktar sig till beskrivningar som baseras på brukarnas erfarenheter av psykisk ohälsa vårdprocesser på verksamhets- och systemnivå (Augutis, Rosenberg & Hillborg 2015). Folkhälsoarbete bör grunda sig på ett av två hälsoperspektiv eller en kombination av de båda perspektiven: det *salutogena perspektivet* som innebär att främja hälsa och det *patogena perspektivet* som innebär att förebygga sjukdom (Antonovsky 2005). Begreppet salutogenes introducerades under 1970-talet av den medicinske sociologen Aaron Antonovsky och dess fokus ligger på att främja och skapa hälsoresurser (Antonovsky 2005). Arbete med att öka brukarinflytandet för personer med psykisk ohälsa är ett salutogent förhållningssätt, eftersom det är en process som möjliggör för personer att öka kontrollen över sin egen hälsa och därmed även förbättra hälsan (Bringsén & Nilsson- Lindström 2019). Sådant arbete syftar till att främja hälsa och minska hälsoskillnaderna genom olika insatser och åtgärder som är direkt kopplade till olika individer och befolkningsgrupper i samhället (Bringsén & Nilsson- Lindström 2019). Det omvända, ett patogent perspektiv i arbete med brukare, fokuserar på riskfaktorer och omständigheter som gör individer sjuka (Antonovsky 2005).

Brukarinflytande kopplas till begreppet empowerment vilket handlar om personens möjlighet till egenmakt och delaktighet för att kunna påverka sin livssituation (Pellmer, Wramner & Wramner 2017; Augutis, Rosenberg & Hillborg 2015). Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (u.å) beskriver att brukarinflytande består av tre nivåer: individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå. På individnivå får brukaren möjlighet att vara med och utforma sin behandling som just passar sitt eget behov och här kan även anhöriga till brukaren inkluderas som stöd (NSPH u.å). På verksamhetsnivå handlar det i vilken mån vården och omsorgen lyssnar på brukarnas upplevelse om vad som ger kvalitet i verksamhetens vårdprocess (NSPH u.å). På systemnivå handlar det om hur brukare och anhöriga, som är NSPH- representanter, får möjlighet att framföra sina upplevelser i dialog med beslutsfattare och därmed bidra till utvecklingen av arbetet i verksamheten med brukarinflytande (NSPH u.å).

## **2.4 Brukare med psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa är idag ett stort folkhälsoproblem både i Sverige och i övriga världen som bidrar mest till hälsoförlust för människor och det har en negativ påverkan på en persons funktionsförmåga i samhället så som arbete, studier eller samspel med andra (Folkhälsomyndigheten 2020 a; 2020 c). Cirka 41 procent av Sveriges befolkning i åldrarna 16-84 år har besvär med ångest, oro eller ängslan under året 2020 (Folkhälsomyndigheten 2020 e). Det finns olika faktorer som bidrar till förekomsten av psykisk ohälsa såsom kön, utbildningsnivå, sociala och ekonomiska förhållanden, födelseland, könsidentitet och sexuell läggning (Folkhälsomyndigheten 2020 b). Dessa faktorer kan leda till att förekomsten av psykisk ohälsa är ojämnt fördelad hos befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2020 b). Bland de personer som drabbas mest av psykisk ohälsa är kvinnor, personer med låg utbildningsnivå, arbetslösa, ensamstående föräldrar, hbtq-personer samt personer som är födda utanför Sverige (Folkhälsomyndigheten 2020 b). Personer med psykisk ohälsa vanligen kan uppleva skam, diskriminering och stigmatisering i olika situationer (Mulfinger et al. 2017). Sådana upplever kan leda till mer allvarliga inverkan på den sociala funktionen men även den yrkesmässiga funktionen som båda är viktiga för att dessa individer ska kunna återgå till arbetslivet efter avslutad behandling (Mulfinger et al. 2017).

I de nationella folkhälsopolitiska målen handlar mål sju om kontroll, inflytande och delaktighet (Folkhälsomyndigheten 2020 d) vilka är relevanta vid hälsoarbete som inriktar sig för personer med psykisk ohälsa. Att människor har den kontroll som är nödvändig för att kunna bestämma över sina egna liv är viktigt för att uppnå en jämlik hälsa generellt och för individen specifikt (Folkhälsomyndigheten 2020 d). Upplevelser av försämrad kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor är allt vanligare hos individer med låg socioekonomisk position i samhället samt hos personer som lider av psykisk ohälsa, vilket kan bidra även till att gemenskap och delaktighet med andra medmänniskor upplevs mindre (Folkhälsomyndigheten 2020 d). För att kunna uppnå en god och jämlik hälsa i samhället är det viktigt att människor har jämlika livsvillkor och förutsättningar vilket kallas för hälsans bestämningsfaktorer (Folkhälsomyndigheten 2020 f). Hälsans bestämningsfaktorer illustrerades av Dahlgren och Whitehead (1991) med hjälp av halvmånen som består av fem koncentriska halvcirklar vilka beskriver effekterna på olika nivåer och genom olika strukturer:

1. ålder, kön och ärftliga faktorer.
2. individuella livsstilsfaktorer exempelvis rökning och sex,
3. samhälleliga och lokala nätverk exempelvis sociala relationer,
4. levnadsvillkor och arbetsförhållanden exempelvis utbildning och arbetslöshet,
5. generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer (Dahlgren & Whitehead 1991 se Folkhälsomyndigheten 2020 f).

Förhållandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsa är komplext, och samma bestämningsfaktorer är vanligtvis grunden för flera olika hälsoeffekter och sjukdomar hos befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2020 f). Brukare är en gemensam benämning för de personer med någon typ av funktionsnedsättning och som är i behov av insatser för att klara av sin vardagliga livsföring, detta oavsett om dessa insatser ges på ett frivilligt sätt eller med tvång (Socialstyrelsen 2013, 2020 a). Individer som lider av psykisk ohälsa upplever ofta stigmatisering eftersom dessa individer upplevs avvika från samhällets normer och även ses som negativa stereotyper till exempel inom vården eller arbetslivet (Folkhälsomyndigheten 2020 g). Individer som upplever stigmatisering har tendens att inte vilja uppsöka vård på grund av sina psykiska besvär (Dinos et al. 2018). Vidare kan dessa individer bemötas av samhällets fördomar

vilket kan leda till en försämrad självkänsla och tilltro till sin egen förmåga att klara av något (Folkhälsomyndigheten 2020 g). Stigmatisering är något som har studerats närmare inom olika discipliner bland annat inom medicin, psykologi, folkhälsa och sociologi (Folkhälsomyndigheten 2020 g). Resultatet av det visar att det finns generella och negativa stereotyper till individer med olika typer av psykiatriska hälsotillstånd eller psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2020 g). Just stigma är något som Cruwys och Gunaseelan (2016) har studerat närmare förekomsten av, och de påpekar att stigma blir allt vanligare och betonar vikten att motverka det för att individen ska få möjlighet till en positiv återhämtning från sjukdom eller psykisk ohälsa. Cruwys och Gunaseelan (2016) beskriver också att stigmatisering kan påverka välbefinnandet och interaktionen med andra individer som i sin tur kan leda till en upplevelse av utanförskap och ökning av psykisk ohälsa. Tillståndet för psykisk ohälsa kan variera beroende på allvarlighetsgraden, det kan vara allt från mildare tillstånd såsom oro och nedstämdhet till ett mer allvarligt tillstånd som kräver åtgärder från hälso- och sjukvården för depression, ångestsyndrom och schizofreni (Folkhälsomyndigheten 2020g).

Vid planering av insatser för personer med psykisk ohälsa och deras brukarinflytande i samhället bör viljan av förändringsarbete finnas hos deltagarna och resurser tillgängliga för de verksamheter som tar sig an insatserna (Socialstyrelsen 2013). Lagstiftningen i Sverige kräver sedan år 2010 att socialtjänsten och hälso- och sjukvården etablerar Samordnad individuell plan så kallad SIP (Matscheck & Piuva 2020; SKL 2021). SIP är ett personcentrerat arbetssätt och det används för att den enskilda brukaren skall kunna få en klarare inblick och påverkan över de frågor och insatser som förbättrar personens vårdprocess samt för att kunna få en ökad delaktighet i sin egen vård, stöd och insatser, och det ser annorlunda ut för olika åldrar och situationer (Matscheck & Piuva 2020; SKL 2021).

## 2.5 Insatser för brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa

Sveriges lagar bestämmer om vilka personer med psykisk ohälsa har rätt att ansöka och få stöd och insatser inom socialpsykiatri (Socialstyrelsen 2020). Socialpsykiatri omfattar kommunens insatser till människor med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen 2020). Alla personer med funktionsnedsättning får inte insatser och/eller stöd, detta på grund att vissa personer med psykisk ohälsa inte är i behov av det, många avstår från att ansöka om stöd och andra har ansökt men det inte har beviljats (Socialstyrelsen 2020). Personer med psykisk ohälsa som har rätt till stöd och insatser måste ingå i någon av de tre grupperna som *lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS* (1993:387) personkrets anges i 1 § 1–3 LSS: personer med autism och utvecklingsstörning, personer med funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder på grund av våld, personer som har andra fysiska eller psykiska funktionshinder vilka inte är orsakade av normalt åldrande (Socialstyrelsen 2020). Det finns tio olika insatser för att öka brukarinflytandet och därmed även delaktighet som lagens bestämmelse innehåller, var och en skiljer sig åt i syfte och innehåll beroende på de behov som personer med psykisk ohälsa har:

1. *Rådgivning och annat personligt stöd* strävar efter att se till att svårt funktionshindrade personer och deras anhöriga får stöd av kvalificerade experter såsom psykolog, sjukgymnast, kurator, logoped etc.
2. *Personlig assistans* är personligt stöd som omfattar grundläggande behov för personer med funktionsnedsättningar såsom hjälp med hygien, andning, måltider etc.
3. *Ledsagarservice* strävar efter att hjälpa personer att komma ut i det sociala samhället
4. *Kontaktperson* strävar efter att bryta isolering och underlätta ett självständigt liv
5. *Avlösarservice* är utformad så att möjliggöra för anhöriga att koppla av eller utföra andra sysslor utanför hemmet
6. *Korttidsvistelse* ska ges på en annan miljö än det egna hemmet för att personer ska få miljöförändringar eller avkoppling, det kan förläggas i exempelvis korttidsboende eller hos någon stödfamilj
7. *Korttidstillsyn* riktar sig till skolbarn med funktionsnedsättning över 12 år utanför deras egna hem och insatserna ska ges under alla dagar
8. *Boende för barn* ges till barn eller ungdomar som inte behöver bo i föräldrahemmet



9. *Boende för vuxna* ges till vuxna personer som behöver anpassad boende med särskild service
10. *Daglig verksamhet* riktar sig till personer i LSS personkrets som tillhör ovannämnda grupp ett och två, det omfattar sysselsättning för funktionsnedsatta personer som saknar utbildning, arbete och är i yrkesverksamma ålder (Socialstyrelsen 2020).

I vissa fall behövs det att vård och behandling ges med tvång till brukarna det vill säga utan patientens samtycke (Socialstyrelsen 2013). Tvångsvård grundar sig på olika lagar bland annat lagen om vård av unga (LVU 1990:52), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1998:870), lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129 och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128) (Socialstyrelsen 2013). I dessa lagar finns det bestämmelser om den enskildes personens inflytande i insatserna samt att tvångsvården har höga krav på personalens kompetens och metodutveckling (Socialstyrelsen 2013). Brukarens delaktighet ska tas i hänsyn till den mån det går när vård ska ges med tvång, detta för att minska aggressivitet, oro, rädsla och ångest hos brukaren (Socialstyrelsen 2013). När vård med tvång genomförs ska den vara kunskapsbaserad, planerad och allsidig (Socialstyrelsen 2013). Sveriges Kommuner och Regioners (SKRs) nationella brukarundersökningar påvisar en hög grad av nöjda brukare som erhåller olika typer av insatser såsom exempelvis assistansanvändare då fokus ligger på individen och dess självbestämmande (Socialstyrelsen 2020). Upplevd trygghet är lägre bland kvinnor i särskild boende jämfört med män (Socialstyrelsen 2020). När det gäller avslutat dagverksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning är det en större andel av kvinnor som påbörjar studier jämfört med män (Socialstyrelsen 2020). Andra personer i motsvarande grupp får aktivitets- och sjukersättning vilket innebär att de inte har gått vidare till andra verksamheter på grund av olika skäl såsom försämrade hälsotillstånd som bidragit till nedsatt arbetsförmåga (Socialstyrelsen 2020). Det kan även bero på att utformningen av den dagliga verksamheten inte var anpassad efter den enskildes behov (Socialstyrelsen 2020).

## 2.6 Covid-19 pandemins påverkan på arbete för brukarinflytande

Coronavirus (COVID-19) har sitt ursprung i Kina i slutet av år 2019 och sedan dess har den spridit över hela världen där mer än 4,5 miljoner fall har bekräftats (Sukut, Hürrem & Balik 2021). Corona pandemin har det senaste året inneburit ett hinder för hälsoarbete och har påverkat personer som lider av psykisk ohälsa (Sukut, Hürrem & Balik 2021). På grund av den snabba spridningen av pandemin har hälso- och sjukvårdssystemet ställts inför allvarliga problem och som har haft en negativ inverkan på tillhandahållandet av insatser för personer med psykisk ohälsa (Sukut, Hürrem & Balik 2021). Hälsorelaterade aktiviteter riktade till målgruppen har fått ställas in, pausas eller ersättas med andra alternativ under år 2020 (Folkhälsomyndigheten 2021). En del aktiviteter och stöd har ställts om till digitala lösningar såsom video- och telefonsamtal för att kunna ersätta de fysiska mötena (Folkhälsomyndigheten 2021). De åtgärder som har vidtagits för att minska spridningen av corona pandemin, som till exempel isolering och karantän kan innebära rädsla och ångest för personer med psykisk ohälsa (Sukut, Hürrem & Balik 2021). Personer som har behandling via öppenvård har haft det svårt att upprätta sin behandling på grund av sådana åtgärder som vidtas för att minska smittspridningen vilket kan resultera i ett självskadebeteende, depression, ensamhet, panikattack med mera (Sukut, Hürrem & Balik 2021).

Psykisk ohälsa är idag ett stort folkhälsoproblem både på nationell och internationell nivå som bidrar mest till hälsotillstånd för människor och det har en negativ påverkan på en persons funktionsförmåga i samhället bland annat i arbete, studier eller samspel med andra. Tidigare studie visar att personer med psykisk ohälsa ofta har en komplex livssituation, vilken kräver insatser och stöd från olika instanser och organisationer på en och samma gång. Eftersom samverkan mellan och brukarinflytande är förebyggande i relation till detta är det betydande att undersöka hur olika organisationer arbetar för att förbättra inflytandet för brukare med psykisk ohälsa.

## 3. Syfte

Syftet är att inom socialpsykiatri undersöka samverkan, personcentrering samt brukarinflytandet för brukare med psykisk ohälsa. Syftet är också att kartlägga hur COVID-19 pandemin har påverkat organisationernas planerade insatser för brukarinflytande.

## 4. Material och metod

### 4.1 Studiedesign och metodval

Metoden som användes för att genomföra undersökningen var en kvalitativ ansats vilken var lämplig då studiens syfte var att undersöka upplevelse av fenomen (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Den valda metoden ansågs vara lämplig då den möjliggjorde en tydlig förståelse för hur intervjupersonernas upplevde samverkan för ett förbättrat inflytande för brukare med psykisk ohälsa samt hur Covid-19 pandemin hade påverkat deras planerade insatser. Metoden som användes för att samla in empiriska data var semistrukturerade individuella intervjuer vilket möjliggör fördjupade frågor i intervjuguiden (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Utifrån syftet med undersökningen ansågs denna metod för insamling av empiriska data vara relevant eftersom det fanns möjligheten att justera intervjufrågorna under samtalets gång.

### 4.2 Urval, deltagare och kontext

En av studiens författare fick under sin Verksamhetsförlagda utbildning (VFU) ett intresse att studera närmare ”arbetet med personcentrering och brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa”. Därav tillkom denna studie i samarbete med VFU-handledaren (vars roll var samordnare för brukarinflytande). Det medförde en beskrivning, tolkning och kartläggning av det

samverkansarbete som bedrivs mellan regionala, kommunala och frivilliga organisationer som arbetar med brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa inom socialpsykiatri. I analysen av det insamlade materialet kommer vi titta närmare på hur rådande Covid 19 pandemi påverkat det hälsofrämjande arbetet för brukarinflytande. Kartläggningen och analysen kommer att användas som underlag för att kunna planera insatser inför kommande hälsoarbeten mellan olika organisationer för brukarinflytande. Under tiden på VFU genomfördes ett möte med personer från olika organisationer som arbetar med brukarinflytande. Där fick en av studiens författare möjligheten att berätta om studiens intresse och syfte, ställa frågan om de skulle vara villiga att delta samt om det var möjligt att få tillgång till deras mailadress via VFU-handledaren. Just då tackade samtliga deltagare ja, därefter skapades kontakt med intervjupersonerna och det bokades datum och tid för intervju.

Gällande urvalet av intervjupersoner valde studiens författare att intervjua tio personer varav endast åtta intervjuer genomfördes med deltagare från kommunala - regionala och frivilliga organisationer som arbetar med brukarinflytande. Därmed hade samtliga intervjupersoner olika synvinklar inom området eftersom de arbetade på olika sätt med personcentring och brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa. Intervjupersonerna var i 40-65 årsåldern och hade arbetat inom dessa organisationer från fyra månader upp till 30 år. Två av intervjupersonerna hade chefsbefattning, fyra andra var samordnare, en var projektledare och en var handledare för brukarinflytande. När det gäller könsfördelning bland intervjupersonerna var det två män och sex kvinnor som deltog.

### **4.3 Genomförande**

Studios författare skickade via e-mail ett informationsbrev (se Bilaga 1) och en samtyckesblankett (se Bilaga 2) till deltagarna via VFU-handledaren. I informationsbrevet fanns det information om studiens författare, syfte och dess genomförande, att intervjun skulle spelas in samt att all information om intervjupersonerna skulle vara konfidentiell. I samband med informationsbrevet skickades även en samtyckesblankett där intervjupersonerna hade möjlighet att antingen ge ett muntligt samtycke före intervjun eller skriva under samtyckesblanketten, scanna och maila tillbaka till oss. I detta fallet gav samtliga intervjupersoner sitt samtycke

muntligt i samband med inspelning av intervjun. Därefter skapades kontakt med de åtta personer som tackade ja till medverkan. All kommunikation skedde via e-mail och därigenom bokades datum och tid för intervjuer. På grund av rådande omständigheter med Covid-19 pandemin genomfördes samtliga intervjuer digitalt, via Teams-möten. Intervjuerna genomfördes under sex veckors period. Hur lång tid intervjuerna pågick varierade, en av intervjuerna tog cirka 20 minuter varav de övriga intervjuerna tog mellan 40 - 80 minuter, beroende på hur kommunikationen oss sinsemellan fortlöpte. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av ljudupptagning på en mobiltelefon samt via Teams-appen i datorn, detta för att kunna undvika eventuella problem med tekniken. Genom att spela in intervjun kunde intervjuaren fokusera mer på det deltagarna berättade istället för att skriva ner svaren (Rennstam och Wästerfors 2015). Inspelning av intervjuer bidrog till att få så mycket information som möjligt från intervjupersonerna inför den kommande analysen, vilket var en styrka i studien. Intervjuguiden (se Bilaga 3) innehöll 22 öppna och neutrala frågor vilket gav deltagarna möjlighet för öppna svar och att tydligt utveckla sina svar. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) menar att intervjuguiden ska utgå från studiens syfte, samt att intervjupersonerna delvis kan styra och prata fritt när en semi-strukturerad intervjuform används. Intervjufrågorna formulerades med hjälp av operationalisering, vilket handlade om att ta fram begrepp ur teorin i förhållande till syftet till den fortsatta undersökningen (Eliasson 2018). Begreppen som operationaliserades fram var: organisationer, samverkan, personcentrering, brukarinflytande, psykisk (o)hälsa, covid-19. Därefter bildades relevanta frågor för undersökningen som måste uppfylla vissa krav för att undersökningens syfte skall kunna bli trovärdig det vill säga att frågorna var relevanta för studien så att syftet blev möjligt att besvara (Eliasson 2018). Språket som användes under intervjuerna mellan intervjupersonerna och författarna var ett vardagligt språk det vill säga enkelt och begripligt för båda parterna. Därefter transkriberades samtliga intervjuer ordagrant och analyserades.

## **4.4 Analys**

I arbetet med att analysera resultatet av studiens empiriska data användes kvalitativ innehållsanalys i syfte att kunna dra slutsatser om innehållet av den muntliga kommunikationen

(Graneheim & Lundman 2004). Det första steget i bearbetningsprocessen var att transkribera ordagrant samtliga intervjuer som spelats in. Andra steget i bearbetningsprocessen var att skriva ut det transkriberade materialet för att lättare kunna jämföra texterna med varandra. Sedan lästes texterna om flera gånger för att som Rennstam och Wästerfors (2015) menar ger möjligheten att kunna se de likheter och skillnader mellan intervjupersonernas svar. Materialet analyserades utifrån ett manifest innehållsanalys vilket utgjordes ifrån tre steg som var att sortera, att reducera och att analysera materialet (Graneheim & Lundman 2004). Dessa tre handlingar används för att kunna göra materialet hanterbart (Graneheim & Lundman 2004), eftersom det var omöjligt att visa allt material såsom alla intervjuer, alla fältanteckningar med flera i den färdiga texten. Analysen skapar en god representation av materialet genom att presentera det material som motsvarade studiens syfte på ett selektivt men också på ett korrekt sätt (Graneheim & Lundman 2004). Precis som Rennstam och Wästerfors (2015) beskriver är det av vikt av att den som analyserar det insamlade materialet är objektiv. Sorteringen och analyseringen av materialet var en viktig del i arbetet då det skapade en slags ordning och struktur, vilket ledde till kategorisering av materialet med tre kategorier och fyra underkategorier som resultat.

## **4.5 Etiska överväganden**

Etiska överväganden anses vara en viktig del inför varje vetenskaplig undersökning, detta för att kunna bevara integriteten hos deltagare som ingår i studien (Vetenskapsrådet 2002). Varje undersökning bör genomföras utifrån de fyra etiska kraven: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). Detta för att deltagarna inte skall utsättas för någon form av kränkande behandlingar, skada eller förödmjukelse som kan påverka deras hälsa och säkerhet (Vetenskapsrådet 2002). Före studiens genomförande övervägdes noggrant möjlig nytta och risker. Intervjufrågorna handlade om samverkan mellan olika organisationer angående brukarinflytandet för personer med psykisk ohälsa inom socialpsykiatrin. Frågorna ansågs därmed inte vara känsliga för intervjupersonerna och inte personliga vilket gjorde att det inte förekom någon sorts intrång på intervjupersonernas identitet. En av studiens författare hade en yrkesmässig relation till en av intervjupersonerna,

nämmligen VFU-handledaren som med hjälp av denne kom i kontakt med de andra deltagarna. Det fanns ingen tidigare relation till resterande intervjupersoner. På lång sikt förväntas inte att intervjun skall ge några obehagliga effekter. Nyttan med studien var kartläggning av samverkansarbetet och analys om hur Covid-19 pandemin hade påverkat de planerade insatserna. Studiens resultat kan senare komma att användas som underlag för att planera insatser inför kommande folkhälsoarbete mellan de olika organisationerna för brukarinflytande av VFU-handledaren. Studiens nytta anses därmed överväga eventuella risker.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) är forskare skyldiga att informera intervjupersonerna om studiens syfte, eventuella risker och nytta med deras medverkan i studien, att allt deltagande är frivilligt samt att intervjun kan avbrytas när som helst. För att kunna tillgodose informationskravet skickades det ut, före intervjutillfället, ett informationsbrev via e-mail till samtliga deltagare. Informationsbrevet som skickades ut till intervjupersonerna innehöll information om vilka som ska utföra studien, vad undersökningen syftar till samt hur insamlade informationen skall bevaras. Vidare beskrevs i brevet att allt deltagande var frivilligt samt att de kunde avbryta deltagandet när som helst utan närmare förklaring. Vidare fick intervjupersonerna möjlighet att lämna samtycket för medgivande enligt följande två sätt: muntligt i samband med inspelning av intervju eller skriva under samtyckesblanketten, scanna det och maila tillbaka till oss.

Utifrån samtyckeskravet fick deltagarna själva bestämma om huruvida de ville medverka i studien (Vetenskapsrådet 2002). I samband med informationsbrevet skickades ut även en samtyckesblankett via e-mail till samtliga intervjupersoner. Samtyckesblanketten innehöll information att all deltagande var frivilligt samt att det krävdes ett medgivande från intervjupersonerna för att delta i studien. Alla åtta deltagare gav i samband med inspelning av intervjun, muntligt medgivande till sin medverkan till studien samt tillåtelse att bli inspelad.

Konfidentialitetskravet innebär att personuppgifterna förvaras på ett säkert sätt så att enskilda individer inte kan identifieras av utomstående (Vetenskapsrådet 2002). I informationsbrevet stod det att all insamlad information kommer att vara konfidentiellt med inga utpekade personuppgifter som namn, ålder eller adress och att deltagarna kommer att presenteras som representanter från olika organisationer som är kopplade till brukarinflytandet. Insamlade data

skall komma att bevaras låsta hos författarnas datorer så att inga utomstående skall kunna komma åt informationen. För att kunna tillgodose den högsta möjliga konfidentialitet hade ingen yrkestitel benämnt i relation till specifika deltagare i metodbeskrivningen. Dock beskrivs det i metoden hur många kvinnor respektive män deltog i undersökningen, men ingen koppling till organisationen.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter och insamlat material används endast för studien och inte för kommersiella ändamål (Vetenskapsrådet 2002). Via informationsbrevet meddelades intervjupersonerna att insamlade data kommer enbart att användas till studiens syfte och när studien är klar och godkänd kommer allt information raderas. Det framkom även att resultatet av studien kommer att publiceras på portalen DiVA.se samt lämnas över till VFU-handledaren.

## 5. Resultat

Resultatet av undersökningen presenteras i två kategorier och fyra subkategori (se tabell 1). Den första kategorin handlar om att samverkan är nödvändig för personcentrering och brukarinflytande med fyra tillhörande subkategorier: förutsättningar för samverkan i arbete med brukarinflytande och personcentrering, faktorer som möjliggör personcentrerad vård, hinder och svårigheter med samverkan i arbete med brukarinflytande och personcentrering samt insatser för ökad personcentrering samt ökat brukarinflytande genom samverkan. Den andra kategorin handlar om hur COVID-19 pandemin har begränsat organisationernas planerade insatser för brukarinflytande. Deltagarna kommer att presenteras i texten som intervjupersoner och efter citat kommer de betecknas med siffrorna 1-8 inom parentes.

Tabell 1. Översikt för resultatets kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
<b>Samverkan är nödvändig för brukarinflytande och personcentrering</b>	<i>- Förutsättningar för samverkan i arbete med brukarinflytande och personcentrering. - Faktorer som möjliggör personcentrerad vård.</i>



	<p><i>- Hinder och svårigheter med samverkan i arbete med brukarinflytande och personcentrering.</i></p> <p><i>- Insatser för ökad personcentrering samt ökad brukarinflytande genom samverkan.</i></p>
<p><b>COVID-19 pandemin har begränsat organisationens planerade insatser för brukarinflytande</b></p>	

## **5.1 Samverkan är nödvändig för brukarinflytande och personcentrering**

I kategorin behandlas nedanstående subkategorier för att beskriva att samverkan mellan olika regionala, kommunala och frivilliga organisationer är nödvändig för arbete med brukarinflytande och personcentrering inom socialpsykiatrin.

### **5.1.1 Förutsättningar för samverkan i arbetet med brukarinflytande och personcentrering**

För att kunna arbeta med personcentrering, brukarinflytande och psykisk ohälsa på bästa möjliga sätt räcker inte samverkan enbart mellan kommuner och regioner, enligt intervjupersonerna. Vidare berättar de om vikten av att även involvera brukarorganisationer och civilsamhället. Denna utgångspunkt är orsaken till varför intervjupersonerna uppger att de samverkar med en rad olika aktörer såsom kommunala, regionala och frivilliga organisationer som har med personcentrering och brukarinflytande att göra. Det kan röra sig om aktörer såsom psykiatrin, socialförvaltningen, funktionsförvaltningen, skolan, samordnargrupper, civilsamhället med flera. Enligt intervjupersonerna är samverkan en förutsättning för att respektive organisation skall klara av sitt huvuduppdrag samt följa de riktlinjer som styr det dagliga arbetet för personer med psykisk ohälsa. Vidare är samverkan ett måste för att följa de riktlinjer som finns nedskrivna i handlingsplanen för brukarinflytande inom Uppdrag Psykisk Hälsa, i samverkansavtal för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och i styrdokument från myndigheter med flera.

*[...] Samverkan handlar om att arbeta för positiva förändringar som syftar till personcentrering samt ökat brukarinflytande för personerna med psykisk ohälsa. Vi samverkar i hög utsträckning med många aktörer och vi har ju redan jättebra arena för just det här med psykisk ohälsa. Det finns redan en etablerad samverkan mellan kommuner, regioner, psykiatrin, socialtjänsten, skolan och civilsamhället som är med i suicidpreventionen [...]* (8)

Enligt intervjupersonerna behöver samverkan ske på både individ- och verksamhetsnivå för att den ska kunna anses som lyckad i arbete med personcentrering och brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa.

*[...] Vi lägger stort fokus i att få brukaren att känna sig delaktig i utformningen av sin insats. På verksamheten jobbar vi med det man kallar för genomförandeplaner. Genom detta arbetssätt får brukaren i fråga vara med och sätta upp sina egna mål med insatserna, kunna påverka hur insatserna ska genomföras och när dessa ska följas upp. På detta vis säkerställer vi samverkan på individnivå. Vi arbetar i hög utsträckning tillsammans med brukarorganisationer från NSPH som är med under arbetets gång [...]* (7)

*[...] Vi arbetar utifrån handlingsplanen på ledningsnivå mellan samverkansgrupper och utöver detta arbetssätt jobbar vi även med de enskilda individerna genom fokusgrupper där man samtalar med dem enskilt utifrån deras behov och önsknings[...]* (3)

### **5.1.2 Faktorer som möjliggör personcentrerad vård**

Intervjupersonerna berättar om den individanpassade vården och insatserna som tillämpas inom verksamheterna. Individanpassningen innebär att man ger vård, omsorg och insatser med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet och att individen får möjlighet att vara delaktig. Både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen understryker vikten av individanpassning. Enligt intervjupersonerna ges brukarna även möjlighet att delta i olika möten som studiecirkel och brukarråd för att stärka tilltron för ett ökat självförtroende även i ett större sammanhang. Delaktighet och inflytande anses vara två av de viktigaste faktorerna vid

personcentrering enligt intervjupersonerna och de ska vara komponenter vid insatser som anpassas efter brukarens behov.

*[...] Om vi får personer till att känna att de påverkar sitt eget liv så påverkar det deras upplevda hälsa. När man känner att man har makt och kontroll övers sitt eget liv påverkar det även sitt fysiska tillstånd [...] (7)*

Intervjupersonerna påpekar att olika handlingsplaner används som ett verktyg för att bygga upp olika insatser och stärka personcentreringen genom att låta brukarna medverka och vara en del upprättandet av handlingsplanen genom Samordnad individuell plan (SIP). Intervjupersonerna upplever att SIP är ett bra verktyg att tillgå då många av deras brukare är i behov av insatser från minst två eller flera olika aktörer. Det är inte alls ovanligt att brukarna idag lider av samsjuklighet vilket kräver insatser från både hälso- och sjukvården och även socialtjänsten. När en sådan plan skall upprättas finns idag reglerad i både hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen. En SIP ska upprättas oavsett brukarens ålder eller problem, planen syftar i att tydliggöra vem som gör vad, när insatserna ska ske samt hur insatserna ska följas upp.

*[...]och så har vi ju det här med samordnad individuell plan eller det man kallar för SIP, vilket jag upplever som ett oerhört bra verktyg och något som förenklar det dagliga samverkansarbetet. Det är den enskilde som bestämmer om man ska ha en SIP eller inte. Det är ju dem som blir tillfrågade och vill man då ha en SIP så frågar man vilka aktörer dem önskar ha med i samverkansarbetet. Det kan vara mellanvården, sjukhuset, individen för miljöomsorgen, skola om det handlar om barn eller ungdomar. Det finns ju väldigt många aktörer som den enskilde har en pågående kontakt med. Det är inte heller ovanligt att brukare som blir aktuella för insatserna har någon form av ombud [...] (1)*

Vidare uppger intervjupersonerna att de arbetar mycket med utbildningsinsatser för vårdpersonalen för att säkerställa rätt kompetens när det kommer till arbetet kring samordnad individuell plan. Samverkan med externa aktörer anses vara en viktig faktor för att respektive organisation skall lyckas med sitt uppdrag. Intervjupersonerna betonar också vikten av intern samverkan inom organisationerna där de olika professionerna möts samman och arbetar för brukarens bästa.

Intervjupersonerna uppger att brukarinflytandet är en stor del vid insatser för personer med psykisk ohälsa. Intervjupersonerna ser delaktigheten som en väsentlig faktor i brukarnas tillfrisknande. Enligt intervjupersonerna finns ett samband mellan hur lång tid brukarna är sjuka och graden av delaktighet de gets förutsättningar för. Brukarna ska på ett eller annat sätt vara med under hela processens gång som förknippas med deras behandling, det är målet. En viktig utgångspunkt att förhålla sig till är att brukarna alltid är sina egna experter. Intervjupersonerna arbetar mycket med att vara lyhörda i kommunikationen med sina brukare och lyssna på brukarnas berättelse och hitta en väg framåt genom den.

*[...]Brukarinflytande är att den enskilda personen som kommer i kontakt med oss får vara delaktig i sina beslut och i sina önskemål. Vi jobbar utifrån individens behov i centrum, både inom Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) [...] (1)*

*[...]Brukarinflytande för mig handlar om att påverka hur insats skall utformas, vilka insatser kommunen har men även att man får inflytande i sin egen vård och behandling. Att man får möjlighet att ge förslag vilken typ av stöd man ska ha. Det är viktigt att brukaren är med från allra första början[...] (7)*

### **5.1.3 Hinder och svårigheter med samverkan i arbete med brukarinflytande och personcentrering**

Intervjupersonerna är eniga om att samverkan för brukarinflytande ibland kan vara svårt och att det alltid finns hinder som kan påverka hur utfallet faktiskt blir. Samverkan styrs också av lagar som i sig kan sätta stopp för att kunna samverka på ett optimalt sätt. Av det som intervjupersonerna berättar kan man finna hinder på både strukturell- samt organisationskulturell nivå. Även verksamhetsresurser anses vara en faktor som kan påverka samverkan till det negativa.

*[...]De hinder som föreligger i vårt dagliga arbete när det kommer till samverkan för brukarinflytande relateras till en rad olika saker. Som organisation har man ju lagar*

*och föreskrifter att förhålla sig till vilket ofta påverkar synsättet på brukarna och deras situation. Dessa skillnader kan resultera i svårigheter i att kommunicera med varandra på ett vettigt sätt. Brukarens bästa ska alltid vara i fokus men i många fall är det lättare sagt än gjort [...] (8)*

Intervjupersonerna är eniga om att en faktor som påverkar samverkan för brukarinflytande och personcentrering till det negativa är enligt intervjupersonerna ansvarstagandet. De menar att organisationerna inte kan överlåta sitt egna ansvar till någon annan. Organisationerna måste enligt intervjupersonerna ta sitt fulla ansvar för att säkerställa god samverkan samt ett effektivt resursutnyttjande i arbete med brukarinflytande.

*[...] Man förväntar sig att andra ska ta ansvaret så att man själv slipper utföra de största utmaningarna i arbetet och fatta de väsentliga besluten. Ett sådant agerande går inte i enlighet med brukarens bästa och samverkan avbryts i många fall då ett sådant scenario utspelas [...] (6)*

Vidare betonar intervjupersonerna vikten av att det finns tillräckliga ekonomiska resurser för att genomföra insatserna för brukarinflytande på bästa möjliga sätt. Arbete som syftar till att främja psykisk hälsa har en begränsad summa pengar från Staten som gör att det inte räcker till vidareutveckling av insatsen.

*[...] Som organisation har vi olika arbetsuppgifter att utföra som syftar till att främja psykisk hälsa, där de ekonomiska resurserna kan se väldigt olika ut. För många verksamheter finns inte tillräckligt med resurser för att kunna genomföra personcentrerad vård och vidareutveckla insatser för brukarinflytandet [...] (8)*

### 5.1.4 Insatser för ökad personcentrering samt ökat brukarinflytande genom samverkan

Enligt intervjupersonerna är hälsa och folkhälsa det stora målet både på individuell men även på ett samhällsligt plan med den samverkan som bedrivs inom de verksamma organisationerna. Kommunerna sinsemellan arbetar tillsammans för att nå ut till allmänheten genom att använda sig av proaktiva strategiska satsningar för ökad folkhälsa. Kommunens folkhälsostrategi arbetar med frågor som rör folkhälsoarbetet där man tillsammans med regionerna försöker hitta målgrupper med samsjuklighet som skulle kunna bli aktuella för insatserna från både kommunerna och regionerna. Intervjupersonerna menar vidare på att folkhälsoarbetet som bedrivs för personer med psykisk ohälsa och deras inflytande i samhället möjliggör samverkan mellan olika förvaltningar i kommunen bland annat äldreförvaltningen samt kunskapsförvaltningen.

*[...]Med folkhälsoarbete kan man jobba mot alla förvaltningar såsom exempelvis mot äldreförvaltningen och kunskapsförvaltningen samt andra förvaltningar. Detta arbete underlättas absolut av broarna som byggs organisationerna sinsemellan. Det gäller vidare att hitta nyckelpersonerna inom respektive organisation för att det ska bli en framgångsrik samverkan [...] (2)*

Enligt intervjupersonerna syftar insatserna till att öka brukarinflytande och därmed ökar delaktighet i samhället för personer med psykisk ohälsa. Insatserna planeras utifrån vilket behov individen har för att klara av sin vardag, genom att lyssna in de behov och önskaner som brukarna ger uttryck för att de har. Resultatet visar att olika organisationer arbetar med olika metoder för brukarinflytande beroende på målgruppens behov. För att fastställa om insatserna stämmer överens med det individuella behovet används nationella rapporter från olika brukarorganisationer som undersöker brukarnas situation. Det kan röra sig om olika insatser såsom exempelvis ledsagning vilket innebär att en person med funktionsnedsättning får stöd av någon annan person i samhället. Syftet med denna insats är skapa delaktighet i samhället och kontakt med andra. Vidare berättar intervjupersonerna om insatsen daglig verksamhet. Denna insats är en dagtidssysselsättning för personer med olika typer av funktionsnedsättningar och

som på grund av dessa inte kan yrkesarbeta. Insatsen beskrivs som väldigt viktig för dessa individer då den ger möjlighet till förutsägbarhet, trygghet, delaktighet och uppmuntran i samhället. Sysselsättningen är anpassad efter personens behov och intressen, arbetet ger även rätt till aktivitetsersättning. Denna insats sker i nära samarbete med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som samverkanspartners.

Insatser för ökat brukarinflytande som är speciellt inriktade mot den äldre målgruppen är samarbete med Röda Korset, Trossamfund, pensionärsföreningar och liknande verksamheter för att minska isolering och psykisk ohälsa hos äldre. Intervjupersonerna beskriver att dessa arbetsformer upplevs gynna brukarna på ett positivt sätt.

*[...]Den bidrar till att dem har någonstans att komma för att bryta sin isolering och känna en tillhörighet i samhället. Majoriteten av brukarna uppskattar sådana insatser och uppger att utan dessa insatser hade de känt sig mer psykisk dåligt[...]* (4)

Intervjupersonerna uppger också att en metod för att öka brukarinflytandet är att brukarna själva kan skriva inlägg i olika tidningar om deras välmående, erfarenheter och upplevelser kring psykisk ohälsa. Ett annat effektivt sätt att arbeta med ökat brukarinflytande samt ökad personcentrering är arbetsplatsträffarna där brukarna själva får delta och påverka utformningen av den dagliga verksamheten.

Samverkan mellan brukarorganisationer och NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) har en stor och viktig roll vid arbete för brukarinflytande menar intervjupersonerna. De mest förekommande insatserna i arbetet med samverkan är bland annat studiecirkel med fokus att öka brukarnas empowerment genom olika utbildningar för brukare med psykisk ohälsa och deras anhöriga. Dialogforum tillsammans med avdelningschef, utomstående samtalsledare och inläggande patienter vars synpunkter om vårdens utformning och hur den framtida hälso- och sjukvården ska se ut, anses vara viktiga insatser i samverkansarbetet för ökad personcentrering och brukarinflytande. Andra insatser som också syftar till ökad personcentrering samt brukarinflytande är träffpunkten och cafékvällarna, som intervjupersonerna ansvarar för. Det rör sig om olika typer av öppna mötesplatser som infaller en gång i månaden. Dessa sistnämnda insatserna där de olika professionerna möts, anses som viktiga i arbetet för att sprida kännedom om att det finns ett brukarråd som personer med psykisk ohälsa kan få hjälp utav. Dessa insatser

kräver samverkan professionerna sinsemellan för att arbeta för en ökad personcentrering samt ökat brukarinflytande.

*[...]Brukarorganisationen och NSPH lyssnar in vad brukarna vill ha och vad deras intressen är. Därefter anordnar vi tillsammans med kommunrepresentanter samt andra professioner, olika samtalsgrupper bland annat träffpunkt och cafékvällar där brukare och deras anhöriga kan få stöd av varandra [...](3)*

Ett annat arbetssätt mellan organisationerna är det som kallas för “Psykiatriveckan” vilket beskrivs som ett gemensamt forum där aktörerna diskuterar psykisk ohälsa på en bredare nivå. Det finns en vision om att bryta den stigmatisering som råder kring psykisk ohälsa det vill säga att alla i dagens samhälle lättare ska våga prata om psykisk ohälsa och därmed också förebygga självmordstankar. Intervjupersonerna betonar vikten av att organisationerna arbetar strategiskt för att motverka stigmatisering, genom att erbjuda olika utbildningar för att uppmärksamma folk om vilka konsekvenser stigmatisering medför samt vilken hjälp och stöd finns tillgänglig för att motverka stigmatisering och suicidprevention.

*[...] Vi har psykiatriveckan där vi satsar mycket på just det här med att nå ut till människorna som lever i social misär med kanske missbruk och våld i hemmet [...](1)*

Intervjupersonerna beskriver också att det finns en samordnargrupp för Uppdrag Psykisk Hälsa, vilket är ett samarbete mellan Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för att anordna insatser i syfte för ökad personcentrering samt ökat brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa. Flera av intervjupersonerna uppger att -NSPH har skapat en återhämtningsguide som handlar om hur brukare kan bli mer delaktiga i sin återhämtningsprocess. Den ligger på informationshörnan som finns i olika väntrum för psykiatriska mottagningar. På dessa informationshörnor finns det även information om vilka samverkande föreningar som är underordnade hälso- och sjukvårdens insatser som brukarna kan ta hjälp av. De intervjupersoner som jobbar med elever inom skolarenan berättar att de arbetar med något som kallas för elev dialogforum. Detta arbetssätt gör det möjligt för eleverna att vara med och påverka vilken kompetens som ska tillsättas i samband med rekryteringen av ny personal inom elevhälsoteamet utifrån deras behov och önskningsar.



*[...]Kommunen annonserade att de skulle anställa en kurator till i skolan. Annonsen innehöll vilken kompetens kuratorn skulle ha. Då använde vi den annonsen och ställde samma frågor till eleverna om vilken viktig vuxen dem skulle ha i sitt elevhälsoteam, vad den skulle ha för arbetsuppgifter och vad den skulle ha för kompetens [...] (2)*

Intervjupersonerna som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) berättar att involverande av barnens föräldrar ses som en viktig faktor till att uppnå en positiv förändring hos barnet. Stöd till anhöriga till barn med psykisk ohälsa genom samtal både på individ- och gruppnivå, är ett vanligt förekommande arbetssätt.

## **5.2 COVID-19 pandemin har begränsat organisationernas planerade insatser för brukarinflytande**

Intervjupersonerna upplever att COVID-19 pandemin har påverkat negativt på deras arbete med brukarinflytande. Många av insatserna fick ställas in och pausas, medan en del insatser kunde ställas om till digitalt via video- och telefonsamtal. Insatser och fysiska möten som har ställts in är bland annat instruktörsutbildning, gruppträffar, studiecirkel, brukarrådet, hembesök och nätverksmöten. Vidare beskriver intervjupersonerna att brist på sådana möten har påverkat negativt för brukarens välmående och i vissa fall har det lett till social isolering för dessa personer. Bland de insatser som ställdes om till digitalt är stöd via telefonsamtal till personer som befinner sig i riskgruppen för att bli smittad samt föräldrautbildning som handlar om barn med ADHD. Dock har inte alla brukare möjlighet och tillgång till de digitala verktygen, vilket har försvårat arbetet med den sociala kontakten och brukarinflytandet menar intervjupersonerna.

*[...]Corona pandemin har absolut påverkat vårt arbete med brukarinflytande. Många av de insatser som vi i vanliga fall erbjuder är ju olika former av fysiska möten och många av insatserna har stoppats eller skjutits fram[...] (3)*

*[...]Vi har fått ändra massa, vi skulle ha haft instruktörsutbildning, Första hjälpen till psykisk hälsa och det här akut och blåljuspersonal inte har kunnat genomföras heller. Men vi har kunnat genomföra andra digitala utbildningar och insatser. Vi har också sett*

*till att en broschyr ha kommit till äldre personer med psykisk ohälsa för att upptäcka att man vågar prata om det med äldre personer. Vi ska skicka enkäter till personal för att utvärdera om de äldre har haft nytta från de här broschyren[...] (5)*

Intervjupersonerna uppger också att pandemin har orsakat svåra problem med att komma i kontakt med folk, både med brukare och anhöriga, för att få dem till ett nätverk som en av organisationerna yrkesmässigt ägnar sig åt att bygga upp. Å andra sidan uppger en av intervjupersonerna att det är stor efterfrågan just under pandemin om gruppträffar från föräldrarnas sida som har barn med psykisk ohälsa.

*[...]Vi har ställt in alla fysiska träffar. Träffarna har varit väldigt värdefulla för föräldrar för att höra hur andra föräldrar har det så att man inte behöver känna sig ensam i sin situation, lära av varandra och hitta lösningar. Nu har vi rätt så lång kö på dem som vill gå föräldrautbildning då vi har fått ställa in. Sen har vi det här med brukarinflytandet, något som påverkats till det negativa med anledning av rådande pandemi. Insatserna har tyvärr uteblivit på grund av restriktionerna från våra myndigheter. [...] (6)*

## 6. Diskussion

Under detta avsnitt kommer resultatet av studien diskuteras och jämföras med tidigare forskning utifrån ett folkhälsovetenskapligt samhällsperspektiv. Sist i diskussionen finns ett avsnitt med en metoddiskussion, där det diskuteras kring studiens styrkor och svagheter med hjälp av relevanta kvalitetsbegrepp för kvalitativa studier.

### 6.1 Resultatdiskussion

Samverkan mellan regionala, kommunala och frivilliga organisationer blir central i frågan om personcentrering samt brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa inom socialpsykiatri. Resultatet av studien visar att samverkan i det hälsofrämjande arbetet är viktigt och nödvändigt för att skapa förutsättningar för brukare med psykisk ohälsa att främja hälsa. Resultatet visar att enbart samverkan mellan kommuner och regioner inte räcker till för att kunna ta sig an och arbeta med psykisk ohälsa på bästa möjliga sätt för personer som är i behov av stöd och insatser på olika sätt. Vidare belyser studiens resultat vikten av att även involvera brukarorganisationer samt civilsamhället som ett komplement till att stärka arbetet med att främja psykisk hälsa bland allmänheten. Resultatet styrks av Axelsson och Bihari Axelsson (2006) som också poängterar att samverkan vid hälsoarbete bör vara av både interprofessionellt och intersektoriellt karaktär. En interprofessionell samverkan kan vanligtvis ske mellan olika myndigheter vilket betyder en samverkan och möten mellan olika professioner och yrkesgrupper (Arnesson & Furenbäck 2019). I föreliggande studie exemplifieras de av kommunala, regionala och frivilliga organisationer som har med brukarinflytande att göra bland annat med psykiatri, socialförvaltningen, funktionsförvaltningen, skolan, samordnargrupper, civilsamhället med flera. En intersektoriell samverkan täcker flera samhällssektorer som har olika verksamhetsinriktningar såsom nationella arbetsmarknadsmyndigheter, regionala hälso- och sjukvårdstjänster och kommunala socialtjänsten (Arnesson & Furenbäck 2019). Studiens resultat visar på att Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, förkortat NSPH, har stort inflytande och anses ha en nyckelroll i det hälsofrämjande arbetet med psykisk ohälsa. NSPH är en samarbetsorganisation som tillsammans med regering, riksdag, landsting, kommuner och myndigheter på nationell nivå arbetar med gemensamma frågor såsom brukarinflytande, personcentrering och

kvalitetsförbättring inom vård och omsorg (NSPH 2021). Av intervjupersonernas berättelser framgår att NSPH bidrar med kunskap baserad på brukares och anhörigas erfarenheter med psykisk ohälsa. Vidare visar berättelserna att hälsa och folkhälsa är det stora målet både på individuell men även på ett samhällsligt plan för den samverkan som bedrivs inom de verksamma organisationerna. Kommunerna sinsemellan arbetar tillsammans för att nå ut till allmänheten genom att använda sig av proaktiva strategiska satsningar för ökad folkhälsa. Kommunernas arbete kopplar övergripande till det nationella målet för folkhälsa och specifikt till delmål sju som handlar om kontroll, inflytande och delaktighet, vilka är relevanta delar vid hälsoarbete som inriktar sig på psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2020 d).

Samverkan enligt studiens resultat styrs av lagar som i sig kan sätta stopp för att kunna samverka på ett optimalt sätt. Vidare visar studiens resultat att det kan finnas hinder på både strukturellt samt organisationskulturell nivå samt att verksamhetsresurserna anses vara en faktor som skulle kunna påverka samverkan till det negativa. Studiens resultat stämmer väl överens med tidigare forskning som visar att det finns hinder och svårigheter med samverkan i olika delar av välfärdssamhället. Axelsson och Bihari Axelsson (2013) skriver om hindrena såsom strukturella förhållanden och kulturella skillnader i organisationer och att dessa kan beror på olikheter mellan organisationer och professioners olika agendor och arbetssätt. Bland de strukturella hindrena är det i första hand regler och föreskrifter som grundar sig på lagar och förordningar, ekonomiska styrsystem och restriktioner som kan hindra samverkan på organisationsnivå, men också olika politiska direktiv och uppdrag på en högre nivå (Axelsson & Bihari Axelsson 2013). Av intervjupersonernas berättelser går det vidare att utläsa ytterligare faktorer som påverkar samverkan till det negativa. Intervjupersonerna berättar om vikten av att inta ett ansvarstagande förhållningssätt vilket innebär att organisationerna inte kan överlåta sitt egna ansvar till någon annan, något som även Axelsson och Bihari Axelsson (2013) understryker. I ett arbetsklimat där ansvarsroller inte är utredda och överenskomna, höjs sannolikheten för allvarliga konflikter och därmed hinder mellan de olika professionerna med brist på kommunikation och förtroende mellan samverkande aktörer som resultat. Å andra sidan kan dessa hinder hanteras eftersom det finns grundorsaker till organisationernas samarbete vilket kan handla om ömsesidighet som betyder att samverkan sker kring gemensamma mål eller intressen för att skapa mervärden för samtliga deltagare (Lindberg 2009). Flertalet av de insatserna som intervjupersonerna berättar

om förutsätter samverkan aktörerna sinsemellan. Här handlar samverkansarbetet om att öka personcentreringen samt brukarinflytandet.

Aaron Antonovsky (2005) teori om känsla av sammanhang, KASAM, används idag som ett måttvärde på summan av mängden hanterbarhet, meningsfullhet och begriplighet, en person har. En hög grad av KASAM, desto bättre förutsättningar föreligger att hantera motgångar, stress och finna meningsfullhet här i livet (Antonovsky 2005). Detta salutogena perspektiv riktar alltså fokus på de faktorer som resulterar till ett välbefinnande hos människan mer än de faktorer som resulterar till sjukdom (Antonovsky 2005). KASAM kopplas också till begreppet *empowerment* som syftar till att förbättra människors förmåga att påverka deras liv vilket är relaterad till hälsa och är en utgångspunkt inom folkhälsovetenskap (Andersson 2009). Hanterbarhet handlar om individens förmågor att hantera motgångar här i livet. De individer som upplever att man har förmågan att hantera livet blir mer motståndskraftiga emot ohälsa. Begreppet begriplighet handlar om individens förmåga att förstå sin egen tillvaro. Människor som är bra på att göra saker begripliga här i livet förblir i högre utsträckning friska. Det sistnämnda begreppet, meningsfullhet, handlar om människans förmåga att se en mening i det som sker här i livet (Antonovsky 2005). Professionerna som kommer i kontakt med människor med psykisk ohälsa behöver kartlägga hela deras livssituation för att brukaren skall röra sig mot rätt riktning, som i det här fallet blir mot den friska polen. Personcentrerad vård samt brukarinflytande, är förutsättningar för att brukaren skall ges möjligheten till att vara huvudpersonen i sitt egna liv. Resultatet av studien understryker Antonovsky's (2005) teori om KASAM då organisationerna arbetar utifrån faktumet att brukarna är sina egna experter. Att utgå från denna utgångspunkt innebär att brukarnas KASAM stärks genom personcentrering samt ökat inflytande och delaktighet i samhället. Att vården och andra typer av stödinsatser skall vara personcentrerade, är intervjupersonerna och Hewitt-Taylor (2018), överens om. Det satsas mycket resurser på att ge patienten förutsättningar för delaktighet i den unika vården och de insatser som har betydelse för just den patienten i relation till hälsa och livssituationen i övrigt (Hewitt-Taylor 2018).

Av studien framgår det att intervjupersonerna i sin profession ser brukarna som egna experter. Enligt studiens resultat arbetar organisationerna mycket med att vara lyhörda i kommunikationen med sina brukare och lyssna på brukarnas berättelse och tillsammans med dem hitta en väg

framåt genom processens gång. En viktig utgångspunkt som lyfts upp är att förhålla sig till är att brukarna alltid är sina egna experter, vilket även Hewitt-Taylor (2018) understryker.

Intervjupersonerna gör brukarna delaktiga i deras egna insatser i den mån det går och betonar vikten av brukarinflytande. Genom att intervjupersonerna gör brukarna delaktiga i planeringen av deras insatser som brukarna ska få, ökar intervjupersonerna brukarnas känsla av sammanhang. Genom att intervjupersonerna beaktar ovanstående i sitt dagliga arbete resulterar det i att brukarna får en ökad känsla av hanterbarhet och meningsfullhet eftersom de själva får vara med och påverka deras insatser. Intervjupersonerna betonar även vikten av samverkan för att kunna ta sig an ärendena på bästa möjliga sätt. Många ärenden är komplexa varpå samverkan är nödvändigt. Att arbeta på detta vis är också en strategi för att stärka KASAM hos brukaren i fråga. Samverkan skapar förståelse hos brukarna, härmed stärks också per automatik begripligheten hos brukarna i fråga (Andersson & Ejlertsson 2009). Detta resulterar i att brukarnas tillvaro, trots exempelvis att brukarna har insatser från olika instanser, upplever att deras situation och tillvaro blir mer begriplig, hanterbar och meningsfull.

Både studiens resultat och Socialstyrelsen (2020) visar att insatserna enligt LSS och SoL måste bygga på respekt för människors integritet och självbestämmanderätt. Resultatet av vikten med brukarnas delaktighet stöds av tidigare studie genomförd av Haugom, Stensrud, Beston, Ruud och Landheim (2020). Enligt denna sistnämnda studie föreligger en stark koppling mellan psykisk välbefinnande och delaktighet. Utifrån ett salutogent perspektiv belyser Pellmer, Wramner och Wramner (2017) samt Augutis, Rosenberg och Hillborg (2015) vikten av delaktighet inom det hälsofrämjande arbetet med brukarinflytande och att det kan kopplas till begreppet empowerment. Empowerment handlar om personens möjlighet till egenmakt att kunna påverka sin livssituation (Pellmer, Wramner & Wramner 2017). Enligt resultatet är det därför av ytterst vikt att brukarna själva får vara delaktiga och planera kring insatserna och behandlingarna som genomförs. Detta för att insatserna ska ge önskad resultat samt att kunna stärka brukarnas kasam och empowerment (Socialstyrelsen 2020).

Upplevelser av försämrade kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor är allt vanligare hos individer med låg socioekonomisk position i samhället (Fritzell, Nermo & Lundberg 2004).

Individer med psykisk ohälsa löper större risk att tillhöra denna målgrupp, vilket även kan bidra

till att gemenskap och delaktighet med andra medmänniskor upplevs som mindre ( Fritzell, Nermo & Lundberg 2004). Mulfinger et al. (2017) skriver att personer med psykisk ohälsa vanligen kan uppleva skam, diskriminering och stigmatisering i olika situationer. Sådana upplevelser kan enligt Mulfinger et al. (2017) leda till mer allvarliga inverkan på den sociala funktionen men även den yrkesmässiga funktionen som båda är viktiga för att dessa individer ska kunna återgå till arbetslivet efter avslutad behandling. Just stigma är något som Cruwys och Gunaseelan (2016) har studerat närmare förekomsten av, och de påpekar att stigma blir allt vanligare och betonar vikten att motverka det för att individen ska få möjlighet till en positiv återhämtning från sjukdom eller psykisk ohälsa. Av intervjupersonernas berättelser framgår att de inom organisationerna arbetar strategiskt för att motverka stigmatisering, genom att erbjuda olika utbildningar för att uppmärksamma vilka konsekvenser stigmatisering medför samt vilken hjälp och stöd som finns tillgänglig för att motverka stigmatisering och suicidprevention. Cruwys och Gunaseelan (2016) beskriver också att stigmatisering kan påverka välbefinnandet och interaktionen med andra individer som i sin tur kan leda till ökning av psykisk ohälsa och en upplevelse av utanförskap.

Folkhälsomyndigheten (2020 b) beskriver att hälsans bestämningsfaktorer kan bidra till förekomsten av psykisk ohälsa och som påverkas av kön, utbildningsnivå, sociala och ekonomiska förhållanden, födelseland, könsidentitet och sexuell läggning. För att lyckas med detta arbete behöver riktade insatser bedrivas på alla plan och mot alla målgrupper. Sverige har åtta folkhälsopolitiska målområden som helt eller delvis bör vara grunden vid all hälsofrämjande arbete som bedrivs (Folkhälsomyndigheten 2020 d). Dessa målområden visar tydligt att ansträngningar för att uppnå en god och jämlik hälsa måste fokusera på grundläggande förutsättningar och strukturella faktorer som påverkar hälsan (Folkhälsomyndigheten 2020 f). Av studiens resultat framgår att hälsoarbetet för brukarinflytande och personcentrering sker inom alla åldersgrupper, allt från barn noll år upp till äldre, hos både män och kvinnor. Dessa personer har med anledning av olika funktionsnedsättningar och/eller psykisk ohälsa, biståndsbeslut enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller socialtjänstlagen (SoL) (Socialstyrelsen 2020). De mest förekommande insatserna är bland annat studiecirklar med fokus att öka brukarnas empowerment genom olika utbildningar för brukare med psykisk ohälsa och dess anhöriga. Resultatet visar vidare att insatser som är speciellt inriktade mot den äldre

målgruppen ofta sker i samarbete med Röda Korset, Trossamfund, pensionärsföreningar och liknande verksamheter för att minska isolering och psykisk ohälsa hos de äldre. Insatser som inriktas mot barn är bland annat elevdialogforum och enligt intervjupersonernas berättelser är det viktigt att eleverna får inflytande inom hälsoarbetet i skolan.

Brukarorganisationer och NSPH har som tidigare nämnts en stor och viktig roll vid arbetet med brukarinflytandet för personer med psykisk ohälsa. Studiens resultat visar att de organisationer som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) påpekar vikten av att involverandet av barnens föräldrar ses som en viktig faktor till att uppnå en positiv förändring hos barnet i fråga. Stöd till anhöriga till barn med psykisk ohälsa genom samtal både på individ- och gruppnivå, är ett vanligt förekommande arbetssätt. Padgett et al. (2008) påpekar i sin studie att familjeband är viktiga att upprätthålla oavsett vilken grad psykisk ohälsa det handlar om. Psykiska ohälsa innebär många utmaningar för en människans välmående i övrigt och familjens stöd är då väsentligt. Stöd till familjer kan förbättras genom att skapa stödjande miljöer och därmed lyckas hålla kvar den sociala delen (Padgett et al 2008).

Av de framkomna resultaten framgår att rådande pandemi påverkat organisationernas arbete och samverkan till det negativa ur många aspekter. Många insatser har fått ställas in och sätts i viloläge medan en del andra insatser kunnat fortgå. Insatserna som kunnat fortgå har i regel bedrivits med hjälp av digitala medel såsom dator- och telefonsamtal. Resultatet av studien visar att de insatser och fysiska möten som ställts in är bland annat instruktörsutbildningar, gruppträffar, studiecirklar, brukarrådet, hembesök och nätverksmöten. Resultatet beskriver också att brist på sådana möten har påverkat negativt på brukarens välmående med ökad social isolering som resultat. Resultatet stämmer väl med ny forskning från Sukut, Hürrem och Balik (2021) som menar att Coronapandemin det senaste året har inneburit ett hinder för hälsoarbete och har påverkat personer som lider av psykisk ohälsa. Även Folkhälsomyndigheten (2021) uppger att hälsorelaterade aktiviteter riktade till målgruppen har fått ställas in, pausas eller ersättas med andra alternativ under år 2020/2021. Personer som har behandling via öppenvård har många gånger haft det svårt att upprätta sin behandling på grund av sådana åtgärder som vidtas för att minska smittspridningen, vilket kan resultera i ett självskadebeteende, depression, ensamhet, panikattack med mera (Sukut, Hürrem & Balik 2021). Resultatet av studien visar



också att pandemin orsakat svåra problem med att komma i kontakt med folk, både med brukare och anhöriga, för att få dem att engagera sig i ett nätverk som en av organisationerna yrkesmässigt ägnar sig åt att bygga upp. Det beror troligen på att inte alla brukare har möjlighet och tillgång till de digitala verktygen som krävs för kontakt, vilket försvårat arbetet med sådant nätverksbyggande specifikt men också den sociala kontakten och arbetet med brukarinflytandet generellt.

## 6.2 Metoddiskussion

Studiens genomförande kommer att diskuteras utifrån kvalitetsaspekterna i relation till begreppen tillförlitlighet, trovärdighet samt överförbarhet (Bryman 2011). Utifrån att fokus ligger på att tolka och förstå människors upplevelser kring arbetet med brukarinflytandet blev den kvalitativa forskningsansatsen en självklarhet, eftersom vi var intresserade av att på ett djupare plan förstå samverkan mellan olika regionala, kommunala och andra organisationer som arbetar med personcentrerad och brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa. Vår handledare fick ta ställning till vår intervjuguide i god tid innan intervjuerna drog igång. Detta resulterade till en ökad tillförlitlighet i studien (Bryman 2011). För att ytterligare öka trovärdigheten i vår studie har vi utgått ifrån respondentvalidering vilket inneburit att vi återkopplat det insamlade materialet till intervjupersonerna. Detta har minimerat riskerna för missförstånd oss sinsemellan. Studiens trovärdighet stärks ytterligare då vi använt oss av citat från materialet som spelats in av samtliga intervjupersoner och transkriberats (Bryman, 2011). Enligt Graneheim och Lundman (2004) används citat för att ge läsaren möjlighet att följa författarens tolkningar av intervjumaterialet. För oss skribenter i denna studie har det varit en självklarhet att beakta vetenskapsrådets forskningsetiska riktlinjer vilket inneburit att vi förhållit oss till deltagarnas konfidentialitet (Vetenskapsrådet 2002). Enligt Bryman (2011) kan trovärdigheten i resultaten stärkas genom att undersökningen utförs i enlighet med konfidentialitetskravet, då detta innebär att intervjupersonerna på ett mer tryggt och avslappnat sätt kan prata kring våra frågeställningar.

Som Bryman (2011) poängterar kan resultaten från en kvalitativ undersökning likt denna, inte anses vara representativa för en större population det vill säga att inte är möjligt att generalisera

resultaten till andra miljöer utan det viktiga är att se till överförbarheten av resultatet.

Tillvägagångssättet i denna studie har tydligt beskrivits av författarna i metodavsnittet. Den utförliga metodbeskrivningen gör att även andra har möjlighet att bedöma om studien går att överföra till andra verksamheter och värdera pålitligheten i analysen, och på så sätt kunna genomföra studien på liknande sätt och få liknande resultat.

Sammanlagt genomfördes åtta av tio intervjuer. De två övriga tillfrågade personerna hade inte möjlighet att medverka på en intervju. I takt med att studien fortskred blev det uppenbart att det inte behövdes fler intervjuer än åtta personer, därför att svaren från intervjupersonerna visade på en mättnad. I urval valde författarna att intervjua olika professioner från olika kommuner och organisationer, för att samtliga intervjupersoner hade olika synvinklar inom området eftersom de arbetade på olika sätt med samverkan, personcentrering och brukarinflytande för personer med psykisk ohälsa. Under transkriberingarnas gång uppmärksammades ett mönster av det som berättades trots att professionerna arbetar med olika åldersgrupper. Det går att diskutera kring huruvida resultatet hade blivit annorlunda om urvalsgruppen hade varit ännu större än de åtta personerna som intervjuades, men vi bedömer att en mättnad uppnåddes som visar på tillförlitlighet.

En annan faktor som skulle kunna påverka studiens resultat är de faktum att vi enbart intervjuade professionerna och inte brukarna som professionerna arbetar med. Intervjuer med även brukarna skulle kunna ge andra typer av beskrivningar som kanske inte stämmer överens med personalens beskrivningar. Utifrån detta tror vi att resultatet skulle kunna anses som mer trovärdiga ifall undersökningsgruppen bestod av både personal och brukarna själva. Vidare forskning inom området bör fokuseras på att även fånga brukarnas röster och berättelser och sammanföra dem med resultat som i föreliggande studie för att få en helhetsbild av samverkan, personcentrering och brukarinflytande.

## 7. Konklusion

Huvudresultaten av föreliggande studie ger en beskrivning och tolkning av det samverkansarbete som bedrivs inom socialpsykiatrin för att förbättra situationen för personer som lider av psykisk ohälsa. Resultatet visade att samverkan mellan olika organisationer som arbetar med personcentrering och brukarinflytande är nödvändig för att kunna säkerställa brukarnas empowerment och delaktighet i samhället. Analysen av resultatet visar även hur Covid-19 pandemin har påverkat de planerade insatserna för ett förbättrat brukarinflytande. Många insatser har pausats och ställas in vilket har påverkat brukarnas hälsa på ett negativt sätt och därmed sänkt deras inflytande i samhället. Det framkomna resultatet kan användas som underlag för att kunna planera samverkande insatser inför kommande hälsoarbete mellan olika organisationer för brukarinflytande.

Av det resultat som framkom i studien dras slutsatsen att samverkan beskrivs som viktig och nödvändig vid hälsoarbete med brukarinflytande och att det behövs en samverkan mellan många olika aktörer som har brukaren i fokus. Olika strategiska metoder för att öka brukarnas inflytande tillämpas för att göra brukarna delaktiga vid utformningen av insatserna och genomförandet av behandlingen för personen i fråga. Delaktighet ses som en väsentlig faktor i brukarnas tillfrisknande och hantering av sin situation, något som även kan ge positiv inverkan på folkhälsan på sikt.

För vidare forskning är det relevant, ur ett allmänt intresse, att undersöka studiens syfte även utifrån ett brukarperspektiv. Detta för att jämföra om hur de planerade insatserna påverkar brukarnas upplevelse av hälsa och om det finns likheter och skillnader jämfört med det professionella perspektivet som presenterats i föreliggande studie.

# Referenslista

Andersson, I. (2009). Psykologi: utmaningar och samverkansmöjligheter. I Andersson, I. & Ejlertsson, G. (red.) (2009). *Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen*. 1. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2. utg. Stockholm: Natur och kultur.

Arnesson, K., & Furenäck, I. (2019). Samverkan gynnas promotivt av ett konfliktperspektiv. I Bringsen, Å. & Lindström, P.N. (red). *Hälsopromotion i teori och praktik - olika arenor och målgrupper*. Stockholm: Liber, ss. 145-164.

Augutis, M. Rosenberg, D. & Hillborg, H. (2016). The Meaning of Work: Perceptions of Employed Persons Attending Maintenance Treatment for Opiate Addiction. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16 (4), ss. 385-402. [doi.org/10.1080/1533256X.2016.1235419](https://doi.org/10.1080/1533256X.2016.1235419) [2021-04-05].

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *International journal of health planning and management*, 21, ss. 75–88. [Doi: 10.1002/hpm.826](https://doi.org/10.1002/hpm.826) [2021-05-08].

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S (2013). Samverkan som samhällsfenomen- några centrala begrepp. I Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) (2013). *Om samverkan: för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2007). Samverkan och folkhälsa- begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur

Bringsén, Å. & Nilsson-Lindström, P. (2019). Hälsopromotion- teoretiska begrepp och utgångspunkter. I Bringsen, Å. & Lindström, P.N. (red). *Hälsopromotion i teori och praktik - olika arenor och målgrupper*. Stockholm: Liber, ss. 13-59.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Cruwys, T. & Gunaseelan, S. (2016). "Depression is who I am": Mental illness identity, stigma and wellbeing. *Journal of affective disorders*, 189, ss. 36 - 42. [Doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012) [2021-05-05].

Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. & King, M. (2018). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British journal of psychiatry*, 184(2), ss. 176 - 181. [doi.org/10.1192/bjp.184.2.176](https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.176) [2021-03-26].

Eliacin, J., Salyers, M.P., Kukla, M. & Matthias, M.S. (2014). Patients' Understanding of Shared Decision Making in a Mental Health Setting. *Qualitative health research*, 25(5), ss. 668-678 [doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1177/1049732314551060](https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1177/1049732314551060) [2021-02-20].

Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson-Zetterquist, U & Ahrne, G (2015). Intervjuer. I Ahrne, G & Svensson, P (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2., [utök. och aktualiserade] uppl. Stockholm: Liber, ss. 32-54.

Folkhälsomyndigheten (2020 f). *Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/> [2021-03-26].

Folkhälsomyndigheten (2021). *Konsekvenser av covid-19-pandemin på lokalt och regionalt folkhälsoarbete* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/k/konsekvenser-av-covid-19-pandemin-pa-lokalt-och-regionalt-folkhalsoarbete/> [2021-04-26].

Folkhälsomyndigheten (2020 a). *Livsvillkor och levnadsvanor. Psykisk hälsa och suicidprevention. Vad är psykisk hälsa?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/> [2021-01-26].

Folkhälsomyndigheten (2020 b). *Livsvillkor och levnadsvanor. Psykisk hälsa och suicidprevention. Vuxna- psykisk hälsa* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vuxna--psykisk-halsa/> [2021-01-26].

Folkhälsomyndigheten (2020 d). *Nationella folkhälsomål och målområden*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/> [2021-02-10].

Folkhälsomyndigheten (2020 c). *Statistik & rapportering. Analyserad & kommenterad statistik. Folkhälsans utveckling. Fördjupat resultat. Hälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande*  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/> [2021-01-27].

Folkhälsomyndigheten (2020 e). *Statistik psykisk hälsa.*  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/> [2021-02-11].

Folkhälsomyndigheten (2020 g). *Stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa.*  
[https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6191b7bece1e4e25b69cc291cfeddbdf2/stigmatisering-kopplad-psykisk-ohalsa.pdf?fbclid=IwAR2phAYcc7J2jUfAelYD76HtjsZ4y5CunpuRI\\_NpEjXauZclkaJLbXqnEANE](https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6191b7bece1e4e25b69cc291cfeddbdf2/stigmatisering-kopplad-psykisk-ohalsa.pdf?fbclid=IwAR2phAYcc7J2jUfAelYD76HtjsZ4y5CunpuRI_NpEjXauZclkaJLbXqnEANE) [2021-04-06].

Fritzell, J., Nermo, M., & Lundberg, O. (2004). The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(1), ss. 6-16.  
[doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1080/14034950310003971](https://doi.org/10.1080/14034950310003971) [2021-06-29].

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss. 105-112. [doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001) [2021-05-07].

Hansson, A. (2014). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Haugom, E.W., Stensrud, B., Beston, G., Ruud, T. & Landheim, A.S. (2020). Mental health professionals' experiences with shared decision-making for patients with psychotic disorders: a qualitative study. *BMC health services research*, 20(1), ss. 1 – 11.  
[doi.org/10.1186/s12913-020-05949-1](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05949-1) [2021-05-18].

Hewitt-Taylor, J. (2018). *Personcentrerad vård i praktiken*. 1. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Lindberg, K. (2009). *Samverkan*. 1. uppl. Malmö: Liber.

Länsstyrelsen Stockholm (2020). *Mot samma mål- Underlag för utvecklad samordning för god och jämlik hälsa i Stockholms län* (Rapport 2020:16)

<https://www.lansstyrelsen.se/download/18.3494a051175c8731beed27c/1606490770575/R2020-16-Mot-samma-m%C3%A5l-J%C3%A4mlik-h%C3%A4lsa-webb.pdf?fbclid=IwAR3GuiG1CESueU5srAjYEZYDVSTLq5IzUsCofxchuHDvxRMtWVsKiUSLgY> [2021-06-03].

Matscheck, D. & Piuva, K. (2020). Integrated care for individuals with mental illness and substance abuse – the example of the coordinated individual plan in Sweden. *European Journal of Social Work*, ss. 1-14. [doi.org/10.1080/13691457.2020.1843409](https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1843409) [2021-01-26].

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Mulfinger, N., Muller, S., Böge, I., Sakar, V., Corrigan, P.W., Lacko, S.E., Nehf, L., Djami, J., Samarelli, A., Kemper, M. & Rucks, K. (2017). Honest, Open, Proud for adolescents with mental illness: pilot randomized controlled trial. *The Association for Child and Adolescent Mental Health*, 59(6), ss. 684 - 692. [doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1111/jcpp.12853](https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1111/jcpp.12853) [2021-01-26].

NSPH (u.å). *Nationell Samverkan för Psykisk hälsa - Brukarinflytande enligt oss* <https://nspn.se/sa-har-paverkar-vi/brukarinflytande-enligt-oss/> [2021-04-06].

NSPH (2021). *Nationell Samverkan för Psykisk hälsa - Om oss*. <https://se.linkedin.com/company/nspn-sverige> [2021-01-26].

Olsson, L-E., Jakobsson, E., Swedberg, K., Ekman, I. (2012) Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22, ss. 456–465. [doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1111/jocn.12039](https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1111/jocn.12039) [2021-02-15].

Padgett, D.K., Henwood, B., Abrams, C. & Drake, R.E. (2008). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery. *American journal of orthopsychiatry*, 78(3), ss. 333-339. [doi:10.1037/a0014155](https://doi.org/10.1037/a0014155) [2021-05-01].

Pellmer Wramner, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2017). Praktisk folkhälsoarbete. I Pellmer Wramner, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. 4. uppl. Stockholm: Liber, ss. 71-98.

Persson, P. (2019). Promotiv bemötande ger patienter bättre förutsättningar för hälsan. I Bringsen, Å. & Lindström, P.N. (red). *Hälsopromotion i teori och praktik - olika arenor och målgrupper*. Stockholm: Liber, ss.164- 178.

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2015). Att analysera kvalitativt material. I Ahrne, G & Svensson, P (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2., [utök. och aktualiserade] uppl. Stockholm: Liber, ss.220-234

Socialstyrelsen (2013). *Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf> [2021-01-26].

Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* (Lägesrapport 2020).  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6686.pdf> [2021-02-10].

Sukut, O., Hurrem, C. & Balik, A. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on people with severe mental illness. *Perspektiv in psychiatric care*, 57, ss. 953-956.  
[doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1111/ppc.12618](https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1111/ppc.12618) [2021-05-02].

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Att stärka samverkan med hjälp av SIP. Förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete*.  
<https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f73f22e/1615217748263/Att-starka-samverkan-med-hjalp-av-SIP.pdf> [2021-04-08].

Sveriges Kommuner och Regioner (2021). *Samordnad individuell plan, SIP*.  
<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html> [2021-04-13].

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.  
[https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_principer\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf) [2021-05-12].

WHO (1986). Ottawa Charter on Health Promotion. Geneva: WHO Head Office. [2021-06-01].



# Bilagor

## Bilaga 1 Informationsbrev

Hej

Vi är två studenter som heter Miranda och Ayché, vi studerar sista terminen till Folkhälsovetenskap på Högskolan Kristianstad. Just nu skriver vi vårt examensarbete, vilket syftar till att undersöka samverkan mellan olika organisationer för ett förbättrat inflytande för brukare med psykisk ohälsa. Vi vill fråga dig om du vill delta i studien. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

Psykisk ohälsa är ett aktuellt folkhälsoproblem i samhället och därför har vi valt att inrikta oss på just detta ämne inför vårt examensarbete. En av studiens författare har under sin Verksamhetsförklarad utbildning (VFU) i östra Sverige tillsammans med sin VFU- handledare (vars roll är samordnare för brukarinflytande) identifierat olika aktörer inom samverkan för brukarinflytande. På det sättet har vi fått tillgång till dina kontaktuppgifter. Dina erfarenheter och åsikter är viktiga bidrag till studien och därmed uppskattar vi om du skulle kunna delta i studien. Forskningshuvudmannen för studien är Fakulteten för hälsovetenskap på Högskolan Kristianstad.

Ditt deltagande i studien innebär deltagande i en personlig intervju. Intervjun kommer att ske antingen via ett digitalt möte eller ett personligt möte, vi anpassar genomförandet efter ditt önskemål och behov på grund av rådande omständigheter med Covid-19. Du kommer att intervjuas och intervjun spelas in via ljudupptagning. Inspelningen görs för att intervjuens innehåll ska kunna transkriberas och analyseras noggrant. Intervjun kommer att ske vid ett tillfälle och beräknas att ta ungefär en timme. I samband med detta informationsbrev skickar vi även en samtyckesblankett till dig där du har möjlighet att skriva under scanna det och maila tillbaka till oss. Eller kan du ge ditt samtycke muntligt i samband med inspelning av intervjun.

Intervjufrågorna handlar om hur du i ditt arbete samverkar med olika organisationer angående brukarinflytandet för personer med psykisk ohälsa. Frågorna är inte känsliga och inte personliga, vilket gör att det inte förekommer någon sorts intrång på din integritet. Om frågorna ändå känns obehagliga på något sätt kan du avbryta deltagandet när som helst. På långt sikt kommer intervjun inte heller att ge några obehagliga effekter.

All information om deltagare kommer att vara konfidentiell, då det inte framkommer något namn, adress eller ålder om deltagare i resultatpresentationen. Deltagarna kommer att beskrivas

som representanter från olika organisationer som arbetar med brukarinflytande. Insamlat material kommer att förvaras i författarnas datorer som är låsta så att inga obehöriga kommer att kunna ta del av det, förutom handledaren på Högskolan Kristianstad. Allt material kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt.

De som är ansvariga för dina kontaktuppgifter är författarna till studien som du kan ta kontakt via uppgifter som står nedan. EU:s dataskyddsförordning ger dig rätten till att ta del av dina kontaktuppgifter men endast vid behov av eventuella felrättande. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen.

Examensarbetet kommer att publiceras på DiVA.se. Arbetet kommer även att lämnas över till VFU-handledaren då resultatet kommer att användas som underlag för att kunna planera insatser inför kommande folkhälsoarbete för brukarinflytande. Om du önskar att ta del av examensarbetet kan du få en kopia av arbetet skickad till din e-mail. Du har även möjlighet att ladda ner den via hemsidan DiVA.se. Som deltagare har du rätt till att frivilligt ta del av studieresultatet eller inte.

Allt deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avstå från att delta utan att ange anledning. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta de ansvariga för studien (se nedan).

**Med vänliga hälsningar,**

**Miranda Krasniqi**

Telefonnummer: Tel: 0724 421 646

E-mail: [miranda.krasniqi0022@stud.hkr.se](mailto:miranda.krasniqi0022@stud.hkr.se)

Adress: Åslättsvägen 1a. 371 61 Lyckeby

**Ayche Rufat**

Telefonnummer: 0729 418 830

E-mail: [ayche.rufat0001@stud.hkr.se](mailto:ayche.rufat0001@stud.hkr.se)

Adress: Dämmevägen 4. 281 40 Hässleholm.

Handledare: Petra Nilsson Lindström

Fil. Dr. Medicinsk vetenskap, Folkhälsovetenskap

Lektor i folkhälsovetenskap

E-mail: [petra.nilsson@hkr.se](mailto:petra.nilsson@hkr.se)

**Tack för din medverkan!**

## Bilaga 2 Samtyckesblankett

<p><b>Projektets titel: (ifylles av student)</b></p> <p><i>Samverkan mellan olika organisationer för ett förbättrad inflytande för personer med psykisk ohälsa.</i></p>	<p><b>Datum: (ifylles av student)</b></p> <p><b>31.01.2021</b></p>
<p><b>Namn: (ifylles av student)</b></p> <p><i>Miranda Krasniqi</i></p> <p><i>Ayche Rufat</i></p> <p><b>Mejladress:</b></p> <p><a href="mailto:miranda.krasniqi0022@stud.hkr.se">miranda.krasniqi0022@stud.hkr.se</a></p> <p><a href="mailto:ayche.rufat0001@stud.hkr.se">ayche.rufat0001@stud.hkr.se</a></p> <p><b>Handledarens namn:</b></p> <p><i>Petra Nilsson Lindström</i></p>	<p><b>Studerar vid Högskolan Kristianstad</b></p> <p><b>Utbildning:</b></p> <p><b>Folkhälsopedagogiska programmet</b></p>
<p><b>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information.</b></p> <p><b>Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</b></p>	

**Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:**

**Datum:** .....

**Deltagarens underskrift:** .....

## Bilaga 3 Intervjuguide

### Inledande frågor

1. Kan du berätta om vad din yrkesroll innebär? Vilka arbetsuppgifter har du?
2. Vilken utbildningsbakgrund har du?
3. Hur länge har du arbetat i detta yrke?

### Målgrupp

4. Kan du definiera brukarinflytande för oss?
5. Kan du berätta om hur du arbetar med brukarinflytande? Kan du ge exempel?
6. Vilka målgrupper/åldersgrupper arbetar du med?
7. Vilka för- och nackdelar ser du med brukarinflytande?
8. Hur kommer du i kontakt med brukare med psykisk ohälsa?
9. Hur involverar du brukare och anhöriga? - Inom vilken/vilka moment?

### Samverkan

10. Hur arbetar er verksamhet för en ökad personcentrering och ett förbättrad inflytande för brukare med psykisk ohälsa?
11. På vilket sätt samverkar du med andra aktörer?
12. Finns några riktlinjer för hur du samverkar med andra aktörer?  
Kan du berätta vad de innebär?  
Finns det några hinder/ svårigheter med samverkan? Vilka?
13. Vad skulle du kunna göra mer för att ytterligare öka brukarnas inflytande? - Vem bestämmer om vilka förändringsarbete du skall genomföra?
14. På vilket sätt bidrar ert arbete till en bättre folkhälsa?

### Insatser

15. Vilka åtgärder/ insatser arbetar du med för målgruppen?
16. Hur anpassar ni era insatser utifrån målgruppens behov?
17. Kan du ge exempel på lyckade/misslyckade interventioner?
18. Hur ofta blir era insatser efterfrågade?
19. På vilket sätt följer du upp era insatser för brukarnas inflytande?
20. Har Corona Pandemin påverkat ert arbete och insatser angående brukarinflytandet? - På vilket sätt?
21. Vill du tillägga någonting?

22. Om det är någonting vi inte förstår, kan vi få återkomma då?  
**Tack för ditt medverkande.**