

Att ge ordet och lämna plats

Vägledning om brukarmedverkan och
inflytande inom socialtjänst, psykiatri och
missbruks- och beroendevård

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-029-9
Artikelnr 2013-2-9

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2013

Förord

När det gäller att stödja en evidensbaserad praktik inom socialtjänstens område, anger regeringen för 2013 följande övergripande mål: stödet till huvudmännen ska utformas så att det stimulerar och möjliggör brukarmedverkan inom socialtjänst och näraliggande områden inom hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att ta fram en vägledning inom detta område. Denna vägledning riktar sig i första hand till personal inom socialtjänsten, psykiatrin samt missbruks- och beroendevården, men kan även användas av brukarorganisationer. Vägledningen bygger på bästa tillgängliga kunskap, det vill säga forskning samt kunskap och erfarenhet från praktiken och brukarorganisationer. Den behandlar medverkan och inflytande på såväl individnivå som verksamhets- och systemnivå, men tonvikten ligger på verksamhetsnivån. I vägledningen redogörs också för den lagstiftning som finns om brukarnas rättigheter samt vilka organisatoriska och strukturella förutsättningar som underlättar brukares medverkan och inflytande.

I januari 2011 tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en första överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik inom socialtjänstens område (S2011/989/FST). Evidensbaserad praktik bygger på kunskap från tre källor: forskningen, praktiken och brukaren. Brukarmedverkan och inflytande är en viktig del av en evidensbaserad vård och omsorg. Socialstyrelsen fick därför som ett led i detta arbete i uppdrag att kartlägga metoder för brukarmedverkan inom socialtjänst och näraliggande hälso- och sjukvård. Syftet var att ta fram ett kunskapsunderlag samt kunskapsbaserade förslag på aktiviteter.

Det finns ett stort behov av att både utvärdera och utveckla metoder för brukarinflytande och pröva om några av dessa kan anpassas och användas för grupper där metoder för brukarinflytande i dag saknas. En slutsats från kartläggningen var att kunskap behöver spridas om förutsättningar och former för brukarmedverkan och inflytande.

Arbetet har skett i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting samt med brukarorganisationer. Projektledare har varit utredaren Ann Jönsson, enheten för vägledning 1. Ansvarig enhetschef är Mary Nilsson.

Taina Bäckström
Ställföreträdande myndighetschef

Innehåll

Förord	3
Inledning	7
Metod	8
Avgränsningar	8
Definitioner	9
Vem är brukare?	9
Termen brukare	9
Anhöriga och närstående	9
Brukar- och närståendeorganisationer	10
Socialtjänst och hälso- och sjukvård	10
Socialtjänst	10
Hälso- och sjukvård	10
Funktionsnedsättning och funktionshinder	10
Funktionsnedsättning	10
Funktionshinder	10
Brukarinflytande, medverkan och delaktighet	11
Olika nivåer	11
Olika riktningar	12
Varför är brukarmedverkan och inflytande viktigt?	13
De vanligaste argumenten	13
Serviceanpassning	13
Effektivitet	13
Maktutjämning	13
Legitimitet	13
Empowerment	14
Demokrati	14
Återhämtning	14
Metoder och målgrupper	15
Många metoder – få utvärderingar	15
Kartläggning av forskning	15
Kartläggning av praktiken	15
Barn och ungdomar	15
Personer med intellektuella funktionsnedsättningar	17
Personer med psykisk ohälsa	18
Personer med missbruks- och beroendeproblem	20
Hemlösa personer	20
Äldre personer	20
Förutsättningar och hinder	22
Förutsättningar	22
Bemötande och helhetssyn	22
Attitydförändring	22
Maktrelationer	23
Förankring och samverkan	23
Tillgänglighet	23
Information och kommunikation	24
Resurser	24

Rutiner	24
Långsiktighet	24
Utbildning och rekrytering av personal	24
Hinder	25
Attityder	25
Maktobalans	25
Brist på resurser	25
När särskilda krav ställs på lyhördhet och flexibilitet vid insatser	26
Personer med nedsatt autonomi	26
Komma till tals – på olika sätt	27
När man vårdas mot sin vilja	27
Psykiatrisk tvångsvård	27
Ungdomar och personer med missbruksproblem som vårdas med tvång	28
Barns medverkan och inflytande	30
Barnen som aktiva subjekt	30
En modell för delaktighet	31
Stärkta rättigheter och ökad uppmärksamhet kring barns delaktighet	32
Checklista för att komma igång	33
Frågor att besvara	33
Vad vill ni uppnå?	33
Hur ser vägen till medverkan och inflytande ut?	33
Vilka maktskillnader finns – och hur vill ni förändra dem?	33
Vilka förutsättningar gäller?	33
Vad är ni beredda att satsa på brukarmedverkan och inflytande?	33
Vad ska diskuteras?	34
Vem representerar man?	34
Hur ska mångas röster kunna höras?	34
Tillgänglighet för alla – men hur?	34
Vilken utbildning behövs – och för vem?	34
Rättslig reglering m.m.	35
Brukarmedverkan i lagstiftningen	35
Socialtjänstlagen, SoL	35
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS	36
Hälso- och sjukvårdslagen, HSL	36
Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU	37
Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM	37
Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT	37
Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV	37
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd	38
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	38
Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre	38
Internationella överenskommelser	38
Barnkonventionen	38
Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning	38
Den öppna samordningsmetoden inom EU	39
Referenser	40

Inledning

Under senare år har intresset och engagemanget för brukarmedverkan och inflytande inom socialtjänst och hälso- och sjukvård växt sig allt starkare. En rad olika metoder prövas runtom i landet och forskning pågår inom området. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har antagit ett positions-papper [1] och flera brukarorganisationer har tagit fram dokument och inspirationsskrifter [2, 3, 4] för att beskriva vad brukarmedverkan och inflytande kan innebära och hur vägen dit kan se ut.

Brukarperspektivet är en viktig del i en evidensbaserad praktik (EBP), där tre kunskapskällor vägs samman – den bästa vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter, den professionelles expertis och brukarens erfarenheter och förväntningar [5]. Ofta poängteras också att brukarmedverkan och inflytande är en betydelsefull kvalitetsaspekt inom vård och omsorg [1].

I grunden handlar det om att införa ett nytt synsätt, bryta ny mark. Det talas till och med om ett paradigmskifte. Verklig medverkan och inflytande är något mycket mer än att den enskilde eller en grupp tar emot information. Maktförhållanden mellan de som får insatserna och professionen förändras. Det traditionella tänkesättet, att professionen ska ”lösa individens situation” och den enskilde är ”mottagare av insatser” är på väg att ersättas av insikten att individen ska kunna vara med och ta en aktiv del i beslut som rör hans eller hennes vardag. Detta gäller också barn och ungdomar.

Ett tydligt exempel på detta nya synsätt är Pathways to Housing, ett program med ursprung i USA, och där syftet är att motverka hemlöshet. ”Hur kan jag hjälpa till?” är frågan som personal om och om igen uppmanas att ställa till individen som söker stöd. Den enskilde är experten på sin situation och sina behov, och den professionelle finns där för att assistera honom eller henne att finna lösningar [6].

De erfarenheter som individen bär med sig är en ovärderlig kunskapskälla för att utveckla olika verksamheter och hitta insatser som är till hjälp för honom eller henne. Tillgången till information gör också att många i dag både har stora kunskaper och även en vilja att påverka sin vård eller de sociala stödinsatserna. Att inte ta med individens kunskap innebär att man förlorar en betydelsefull bild av verkligheten.

Särskilda ansträngningar behöver göras för att finna former för medverkan och inflytande när möjligheterna av olika skäl är begränsade, t.ex. för att personen har en demenssjukdom, en intellektuell funktionsnedsättning eller bereds vård utan samtycke.

Metod

Till grund för den här vägledningen ligger en kartläggning av metoder för brukarmedverkan som Socialstyrelsen genomförde 2011, på regeringens uppdrag [7].

Dessutom har seminarier genomförts med kommuner och landsting samt med brukarorganisationer, där erfarenheter av olika former av brukarmedverkan och inflytande analyserats. Utöver detta har vi även tagit del av litteratur på området samt rapporter från olika verksamheter och organisationer.

Vägledningen innehåller en översiktlig genomgång av de olika former för brukarmedverkan och inflytande som tillämpas i dag på såväl individnivå som på mer övergripande nivåer. Några specifika metoder beskrivs mer utförligt. Tyngdpunkten ligger på att redogöra för de förutsättningar som enligt både litteratur, professionen och organisationerna behöver vara uppfyllda för att få till stånd ett reellt inflytande. Det finns också ett antal svårigheter och hinder som är angelägna att lyfta upp, analysera och finna lösningar på. En redogörelse för de vanligaste svårigheterna görs också.

Brukarmedverkan och inflytande kräver en långsiktig strategi. Det handlar om en process med planering, genomförande och uppföljning. Det är väsentligt att ta reda på om de metoder som används verkligen gör skillnad för individen.

En mycket vanlig fråga är: Hur kommer man igång, och vad ska man tänka på? Utifrån beskrivningen av viktiga förutsättningar och hinder har därför en checklista tagits fram, som innehåller ett antal punkter som är betydelsefulla att diskutera och besluta om när man vill initiera ett arbete med ökad brukarmedverkan och inflytande.

Citaten har tagits med för att illustrera olika aspekter på brukarmedverkan och inflytande, och för att det är viktigt att många olika röster ska höras i denna vägledning.

Avgränsningar

Denna vägledning handlar om brukarmedverkan inom socialtjänstens olika områden samt näraliggande hälso- och sjukvård, enligt regeringens uppdrag. ”Näraliggande hälso- och sjukvård” har här avgränsats till att omfatta psykiatri och missbruks- och beroendevården, eftersom metoder för brukarmedverkan och inflytande inom dessa områden behandlades i den kartläggning [7] som till stora delar ligger till grund för vägledningen. Psykiatri och missbruks- och beroendevården samverkar dessutom ofta med socialtjänsten. Vägledningen behandlar brukarmedverkan och inflytande i praktiken, således inte inom utbildning och forskning.

Begreppet brukarmedverkan omfattar ofta också anhöriga. Anhöriga kan enligt 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, få insatser av socialtjänsten för att vårda och stödja en närstående. I denna vägledning är det brukarnas medverkan och inflytande som är i fokus. Däremot måste vissa personer som får insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården få stöd från anhöriga för att kunna utöva sin brukarmedverkan.

Definitioner

Vem är brukare?

Termen brukare

I uppdraget att genomföra kartläggningen av metoder för brukarmedverkan och inflytande [7] har det varit oundvikligt att använda termen brukare eftersom den förekommer som förled i de företeelser som skulle kartläggas.

Brukare ingår idag inte som term i Socialstyrelsens termbank, då det finns diskussioner i både forskning och praktik om hur man bör använda begreppet. Det finns i dagsläget ingen annan term som används för att representera alla individer som får insatser eller är föremål för en utredning i socialtjänsten.

Ordet brukare används idag av olika grupper och med olika betydelse. Kärnan i begreppet ligger i den allmänna definitionen ”person som tar något i bruk”. När *brukare* började användas inom den offentliga sektorn fanns en önskan att tydliggöra en sorts delaktighet och medansvar i aktiviteten att ta insatser, främst sociala insatser, ”i bruk”. Detta ansågs ordet brukare signalera. I samma anda bildades s.k. brukarorganisationer och brukarråd där det talades om brukarmedverkan och brukarinflytande.

Numera är brukare tämligen spridd och används som term för ett lite mer insnävat begrepp, det vill säga för den som får insatser från socialtjänsten, således inte från hela offentliga sektorn.

Termen brukare kan ses som en motsvarighet till patient, men inom socialtjänstens domäner. I samhället finns det ett behov av att tala övergripande om dessa personer, t.ex. hos forskare, politiker, statistiker, socialchefer, intresseorganisationer, brukarorganisationer och anhörigorganisationer.

I den här vägledningen används brukare som ett samlande begrepp för alla som får individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten, oavsett vilken typ av insatser det handlar om. Insatserna kan röra allt från stöd och service till mer omfattande bistånd, och en brukare kan vara allt från ett nyfött barn till en mycket gammal människa. Det inkluderar även personer som är tvångsomhändertagna, det vill säga personer som får vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, med andra ord när insatserna från socialtjänsten inte är frivilligt mottagna.

Däremot används inte brukare när en specifik grupp eller enstaka individer som får insatser avses. Då är det lämpligt att använda mer precisa benämningar, t.ex. familjehemsplacerade barn, assistansanvändare, personer som är tvångsomhändertagna.

Anhöriga och närstående

Enligt 5 kap. 10 § SoL ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller

som stödjer en person som har funktionshinder. I den här vägledningen används begreppen anhörig och närstående på samma sätt som i regeringens proposition *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående* (prop. 2008/09:82 s. 11-12). Enligt propositionen avses med närstående den person som tar emot omsorg, vård och stöd. Det kan vara en äldre person med omfattande behov av vård och omsorg, en person med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning eller en person med missbruks- och beroendeproblem. Den som ger hjälpen benämns anhörig. Med anhöriga avses enligt propositionen också t.ex. grannar och vänner.

Brukar- och närståendeorganisationer

Med brukar- och närståendeorganisationer menas här ideella föreningar som organiserar personer utifrån deras gemensamma erfarenheter av sjukdom, funktionsnedsättning eller sociala svårigheter. Anhöriga till personer med omfattande behov av vård och stöd ingår ofta i brukarorganisationer. Det förekommer också att anhöriga startar egna organisationer som främjar anhörigas perspektiv. De olika organisationerna kan utveckla olika perspektiv och utgångspunkter, vilket är naturligt då de tillgodoser olika intressen [8].

Socialtjänst och hälso- och sjukvård

Socialtjänst

Med socialtjänst avses i vägledningen den verksamhet som regleras genom bestämmelser i SoL, LVU, LVM samt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses i vägledningen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Funktionsnedsättning och funktionshinder

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av en sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara både bestående och övergående [9].

Funktionshinder

Funktionshinder är en begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Exempel på begränsningar kan vara svårigheter att klara sig själv i vardagen, brist på delaktighet i arbetslivet, sociala relationer, kultur och fritid samt demokratiska processer. Det handlar

framför allt om bristande tillgänglighet och anpassning av omgivningen [9].¹

Brukarinflytande, medverkan och delaktighet

Begreppen brukarinflytande, medverkan och delaktighet används när man menar att individer på något sätt kan ta del av eller påverka beslut som rör dem, eller när de kan påverka utformningen och styrningen av de verksamheter som ger insatserna. De personer som får insatserna ska få mandat och möjlighet att påverka beslut som får stora konsekvenser för deras eget liv och vardag [7].

Uttrycken brukarmedverkan eller delaktighet anger att personerna som får insatserna på något sätt medverkar och är delaktiga i en process, oavsett vad denna delaktighet leder till. Uttrycket brukarinflytande skulle i så fall förutsätta att brukarnas delaktighet på något sätt påverkar processen [10].

I den här vägledningen står det genomgående brukarmedverkan och inflytande, utom när det är uppenbart att det ena begreppet är mer relevant än det andra.

Olika nivåer

Brukarmedverkan och inflytande kan ske på olika nivåer.

Individuell medverkan eller individuellt inflytande handlar t.ex. om den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd han eller hon får. Det kan gälla val av vårdkontakt/vårdgivare, vårdplanering, medicinering, rättigheter i ett boende eller på en vårdklinik [4].

Medverkan eller inflytande kan också ske på verksamhetsnivå, det vill säga möjlighet till medverkan i utveckling och beslut inom en viss verksamhet, såsom ett boende eller en vårdklinik. Olika former av brukarråd eller brukarrevisioner är exempel på detta [4]. Brukarråd är oftast organiserade så att brukar- och närståendeorganisationer utser representanter som träffar företrädare för kommunen och landstinget ett visst antal gånger per år.

Brukarrevisioner görs av personer som har erfarenhet av landstingets eller kommunernas verksamheter. En brukarrevision kan göras genom samtal, intervjuer eller enkäter. Viktigt är att brukarna finns med i och leder hela processen, alltifrån att ställa frågor till att analysera resultatet [11].

Ett annat exempel på inflytande på verksamhetsnivå är att formulera en handlingsplan. I Örebro läns landsting har ett 10-punktsprogram tagits fram för ökad samverkan, kvalitet och brukardelaktighet i psykiatrin. Fem punkter gäller förbättringsområden i patientens direkta möten med vården, bl.a. rätten till information om evidensbaserade behandlingsmetoder, om brukarorganisationer och second opinion. Ett antal punkter handlar om organisationernas insyn och delaktighet i verksamheten, t.ex. vid rekrytering av chefer, medverkan i utvecklingsarbete och uppföljning [12].

¹ Båda termerna – funktionsnedsättning och funktionshinder – finns i Socialstyrelsens termbank och reviderades 2007. Att ändra terminologin är en pågående process och därför förekommer ordet funktionshinder ibland när det egentligen är funktionsnedsättning som åsyftas. Det kan t.ex. vara i samband med citat från lagtext.

Ett exempel på hur patient- och brukarorganisationer tar en aktiv roll i en verksamhet är när de själva blir utförare. Det kan handla om rehabilitering, självhjälpgrupper, studiecirklar, friskvårdsverksamhet och fritidsverksamhet [4]. Många brukarorganisationer är också aktiva inom den sociala ekonomin för att skapa arbete och sysselsättning [4].

Slutligen finns medverkan och inflytande på organisations- eller systemnivå. Det innebär t.ex. politiskt inflytande eller medverkan när det gäller att ta fram vårdprogram eller olika typer av riktlinjer. Det är oftast brukar- eller anhängargrupper som medverkar eller utövar inflytande på det sättet. Påverkan kan ske i remissarbete eller genom direkt kontakt med beslutsfattare [4].

Det finns även brukarråd på statlig nivå, vid myndigheter som exempelvis arbetar med äldre frågor, funktionshindersfrågor eller missbruks- och beroendevård.

Olika riktningar

Brukarmedverkan och inflytande kan beskrivas utifrån vilken riktning den har – uppifrån och ner eller nerifrån och upp. Vid ett uppifrån-och-nerinflytande är verksamhetens behov i centrum. Med utgångspunkt i vad servicegivarna vill fokusera på kan man ta reda på vad brukarna tycker om mål och innehåll. Ett nerifrån-och-upp-perspektiv utgår i stället från brukarnas behov. Det handlar då om att betrakta insatserna från brukarnas perspektiv, och att brukarna själva i så hög utsträckning som möjligt ska definiera vad som är god kvalitet [8, 13].

Varför är brukarmedverkan och inflytande viktigt?

I litteraturen brukar en rad olika skäl framföras som stöd för brukarmedverkan och inflytande – alltifrån demokratiperspektivet till individens möjlighet till ökat självförtroende och en förändrad självbild.

De vanligaste argumenten

Nedan följer en kort sammanfattning av de vanligaste argumenten som används [7].

Serviceanpassning

De som beslutar om eller utför vården och de sociala insatserna får mer kunskap om målgruppernas behov och erfarenheter. Det ger bättre kvalitet och bättre service.

Effektivitet

Det är mer effektivt att utgå från målgruppens faktiska behov än att utgå från behov tolkade av andra.

Maktutjämning

Brukarinflytande förskjuter maktbalansen mellan de som beslutar om insatser eller utför dem, och de personer som får insatserna. Relationen mellan brukare (de som behöver hjälp) och socialarbetare (de som hjälper) är ojämlig i sin karaktär.

Det visar sig bland annat i språket. Professionens sätt att beskriva personen som får insatser, dennes problem och behov har i dag ofta företräde framför den enskildes egen beskrivning. Arbetsredskapen och referensramarna i det sociala arbetet har utformats av forskare och professionen [8].

Med ökad brukarmedverkan och inflytande kan denna maktobalans jämnas ut något till den enskildes fördel.

Legitimitet

Personerna som erhåller insatser får större förståelse och acceptans för hur vården och socialtjänsten fungerar om de är med och påverkar insatserna.

Empowerment

Att medverka och få makt över beslut och handlingar som rör det egna livet ökar självförtroendet och förändrar självbilden. Även de professionella får då en annan syn på brukarna.

Demokrati

Det är inte bara politiker, tjänstemän och vård- och omsorgspersonal som kan lära sig något av brukarnas erfarenheter. Brukare som kan vara med i besluten får också mer kunskap om demokratiprocessen och kan få möjlighet till ett reellt inflytande.

I en inspirationsskrift från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om brukarmedverkan i missbruks- och beroendevården betonas att det är viktigt att se frågan i ett vidare perspektiv, att det är något mer än att individen kan påverka de insatser han eller hon får.

”Även om relationen mellan behandlare och individ är viktig så får frågan om brukarinflytande inte reduceras till empowerment. Det är en fråga om demokrati, om riktigt inflytande som gör att människor växer” [11].

Återhämtning

För möjligheten att återhämta sig från psykisk ohälsa, anses makt och ansvar att påverka beslut som rör den egna livssituationen vara viktiga faktorer [14]. Det finns i dag ingen enhetlig definition av begreppet återhämtning. Flera författare har försökt definiera begreppet. Även om dessa definitioner skiljer sig åt en del, så är kärnan i begreppet tydlig. Det handlar om en individuell och personlig process, en slags resa. En av skillnaderna i den nya återhämtningssideologin, jämfört med den traditionella vårdideologin, är att tillskriva den enskilde kompetens som blir en väsentlig del i behandlings- och rehabiliteringsarbetet [15].

Metoder och målgrupper

I detta avsnitt beskrivs metoder för brukarmedverkan och inflytande för olika målgrupper. Redogörelsen gör inte anspråk på att vara heltäckande, utan ska ses som exempel på hur man kan arbeta.

Många metoder – få utvärderingar

Socialstyrelsens kartläggning 2011 [7] visar att det finns metoder för brukarmedverkan och inflytande för flera sakområden inom socialtjänsten samt inom psykiatrin. Exempelen nedan är dels hämtade från kartläggningen, dels från myndighetsrapporter och från olika verksamheter och organisationer.

Kartläggning av forskning

Få metoder för att stärka brukarmedverkan och inflytande är beskrivna i forskningslitteraturen. En metod, Shared decision making eller Delat beslutsfattande, är dock utvärderad i randomiserade kontrollerade studier, det vill säga att man slumpvis har delat in personerna i två grupper, en grupp som får insatsen och en som inte får den. För övriga finns enbart beskrivningar och för vissa finns uppföljningar i form av intervjuer eller dokumentstudier.

När det rör metoder för att stärka medverkan och inflytande kan i allmänhet sägas att det saknas uppföljningar eller utvärderingar, även om tillvägagångssättet är väl beskrivet. En slutsats från kartläggningen var att fokus i dag tycks ligga på processen för inflytande snarare än på dess utfall [7].

Kartläggning av praktiken

Kartläggningen av metoder som används i praktiken visar att det finns fler metoder för brukarmedverkan och inflytande på verksamhetsnivå än på individnivå. Dessa metoder används sällan som ett systematiskt och återkommande verktyg för verksamhetsutveckling utan är vanligare som en engångsföreteelse. Flera av metoderna som kartläggningen fångade upp bedömdes ha möjligheter att utvärderas och prövas på nya målgrupper. Intervjuer och fokusgrupper som genomfördes visar också att metoderna upplevts positivt av brukare och personal, men att det är viktigt med återrapportering till inblandade för att metoden ska göra skillnad [7].

Barn och ungdomar

Flera exempel finns där barns erfarenheter samlas in i syfte att utveckla verksamheter. Det kan ske genom intervjuer eller att barnen får rollen som experter.

Metoden Att lära av fosterbarn innebär att man använder barnens upplevelser av sin placering som ett verktyg för att utveckla familjehemsverk-

samheten. Metoden bygger på intervjuer med placerade barn och ungdomar. Intervjuerna görs två år efter att placeringen avslutats. Man vill undersöka barnens och ungdomarnas syn på placeringen och socialtjänstens arbete, och på så vis skaffa sig kunskap om vad som varit positivt eller negativt för dem i deras utveckling över tid.

Intervjuerna bygger på en samtalsguide med sju olika områden:

- situationen
- placeringen
- biologiska föräldrar
- familjehemmet
- utflyttningen
- nätverk
- avslutning.

Familjehemssekreteraren dokumenterar intervjun genom att skriva en sammanfattning som sedan sparas. Familjehemssekreterarna träffas två gånger om året och går igenom dokumentationen från det senaste halvårets intervjuer, för att kunna dra mer generella slutsatser.

Vid kartläggningen bedömdes att metoden skulle kunna anpassas till fler områden där det kan vara svårt att ha ett direkt brukarinflytande, exempelvis då det gäller insatser med tvingande inslag. Att personen som får insatsen i efterhand får berätta om sin upplevelse gör att man får del av den viktigaste kunskapskällan [7].

Inom funktionshindersonrådet bedrivs projektet Delaktiga barn, där barn med olika funktionsnedsättningar anlitas som experter på ämnet ”barns delaktighet i mötet med samhällets stödverksamheter” [16]. Genom sitt arbete bidrar barn- och ungdomsexperterna med kunskap om vad delaktighet innebär. Arbetet är kopplat till fyra modellverksamheter och experterna arvode-ras för uppdraget [16].

Handikappförbunden har tillsammans med Barnombudsmannen drivit projektet Egen växtkraft. Syftet med projektet har varit att undersöka hur barns delaktighet och inflytande kan stärkas i samband med planering och genomförande av insatser som är till för dem. Projektet har resulterat i två inspirationsskrifter, en som vänder sig till professionella och en som vänder sig till barn [17].

Barnombudsmannen har under flera år arbetat med frågor om hur barn och unga ska komma till tals. Med hjälp av metoden Unga direkt [18] har myndigheten samtalat med 100 barn i den sociala barnavården. Den bärande tanken i metoden är att barnen är experter på sin egen situation och utifrån denna kan de dela med sig av erfarenheter och åsikter. Kärnan i metoden är att på allvar lyssna, låta barnet tala till punkt utan att störa dem med egna åsikter eller värderingar. Genom att skapa en trygg och förtroendefull relation blir det möjligt för barnet att förmedla sina kunskaper och erfarenheter om den aktuella situationen.

I Barnombudsmannens årsrapport 2011 *Bakom fasaden* [19] och i skriften *Collage complete* [20] förmedlar barn och ungdomar som bor i familjehem

och hem för vård eller boende (HVB) sina upplevelser och hur betydelsefullt det är att bli lyssnad på.

”Vad är jag? En pjäs i ett parti schack som någon lämnat och glömt bort?” [19]

”Man vill bli bemött som en människa, inte ett problem, ett objekt eller ett föremål” [20].

Barnombudsmannen har även använt metoden Unga Direkt [18] i samtal med barn som utsatts för våld och sexuella övergrepp i nära relation, barn i häkte och på särskilda ungdomshem.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset driver tillsammans med sju FoU-enheter ett utvecklingsprojekt med målet att säkra barns och ungdomars delaktighet i och inflytande över den sociala barnvården [21]. Arbetssätt ska utvecklas där barns erfarenheter och synpunkter systematiskt ska tas tillvara som en viktig kunskapskälla.

I en första fas har forskningscirkel genomförts i regionerna. I den andra fasen provas något eller några arbetssätt för att öka barns och ungas brukarmedverkan i praktiken. Exempel på arbetssätt som nämns inför fas två är att barnsamtal genomförs och dokumenteras redan vid förhandsbedömningar, och om det inte sker så ska det motiveras. Barn ska också tillfrågas om sina upplevelser av genomförda barnsamtal. Satsning på information genom hemsida riktad till barn och chat-forum är andra exempel [22].

Ett citat från en av forskningscirkelarna får illustrera nödvändigheten av att ha ett långsiktigt perspektiv.

”Delaktighet tar tid, eftersom det krävs förberedelse, tid för genomförande och tid för reflektion” [23].

BBIC (Barns behov i centrum) [24] har ett uttalat barnfokus men betonar samtidigt familjens och andra sociala relationers betydelse för barnets utveckling. BBIC används vid utredningar och uppföljningar av barn och unga upp till 20 år med behov av skydd och stöd. Målet är att utveckla ett bra samarbete mellan barnet, dess familj och olika professionella grupper. I BBIC finns särskilda material som enbart riktar sig till barnet eller den unge, med syftet att stimulera hans eller hennes delaktighet och inflytande. Ett exempel är intervjuformuläret *Samtala med placerade barn och unga* [24].

Personer med intellektuella funktionsnedsättningar

Metoder finns på både verksamhetsnivå och individnivå.

Brukarstyrd utvärdering och kvalitetsutveckling (Buku) är en brukarrevision, där målgruppen är personer med intellektuella funktionsnedsättningar [7]. Metoden utförs på verksamhetsnivå och individnivå. Brukarrevisionen genomförs av Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB) på uppdrag av kommuner eller landsting för insatser som ges enligt LSS. Revisionen utförs av ett revisionsteam från annan verksamhet, anhöriga och personal. Information samlas in enligt en checklista som följer

LSS. Checklistan omfattar delområdena organisation, resurser, barnet och familjen, attityder och förhållningssätt, fritid, bostad samt daglig verksamhet.

En annan metod är Delaktighetsmodellen [7, 25] som utvecklats av FoU Skåne, Malmö Högskolan och Fosie stadsdelsförvaltning. Målgruppen är personer som får LSS-insatser. Metoden syftar till att utveckla ett arbetssätt där personal och personer som får insatsen kan mötas i en dialog som stärker individens möjlighet och förmåga att ha inflytande över sitt eget liv. Metoden kommer också att prövas inom äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen.

Personer med psykisk ohälsa

Flera metoder används inom detta område, både på individ- och verksamhetsnivå.

Shared decision making (SDM) eller Delat beslutsfattande [26] är den metod för inflytande och delaktighet på individnivå som finns studerad och beskriven i forskning. Metoden fokuserar på att öka personens delaktighet och ansvar över beslut om vårdens och omsorgens planering och innehåll. Metoden syftar till att hjälpa personerna att spela en aktiv roll i beslut som rör deras hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling [27]. Behandlaren roll i Shared decision making är bl.a. att förmedla kunskap kring evidensbaserade behandlingsmetoder, att förklara deras för- och nackdelar samt uppmuntra patienten till att ta en aktiv del i besluten kring behandlingen. Patienten å sin sida bidrar med sina erfarenheter av att leva med sjukdomen och att beskriva sina behov, preferenser och värderingar [26]. Det specifika med denna metod är att olika verktyg utformas för att underlätta för patienten att delta i beslutsfattandet. Det kan handla om guideböcker eller olika former av elektroniskt beslutsstöd. I Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda modellen för delat beslutsfattande när vård- och omsorgsinsatser planeras [27]. Fördelarna med metoden är att patienten tycks bli mer delaktig i sin behandling samt få ökad kunskap om sin sjukdom. I tillgänglig litteratur understryker dock forskarna behovet av fortsatt forskning. Det betonas eftersom både internationella och nationella riktlinjer framhäver Shared decision making som något som bör införas i vård och behandling, trots att det vetenskapliga stödet för metoden hittills är begränsat [26].

Inom området psykisk ohälsa finns också flera varianter av brukarrevisioner. FoU Västernorrland har arbetat med brukarrevisioner sedan 2006. Förutom att genomföra revisioner har man också tagit fram en handbok [28] för brukarrevisioner. Brukarrevisionen utförs på verksamhetsnivå av ett team som består av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och en avlönad samordnare som får stöd och handledning från FoU-enheten. Teamet förbereder och genomför intervjuer med personer som får insatserna som ska granskas samt med personal. Själva intervjuerna sköts enbart av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, medan samordnaren deltar i förberedelserna och rapportskrivandet. Intervjuerna genomförs i grupp,

men ibland är det möjligt och önskvärt med individuella intervjuer. Även skriftliga enkäter förekommer. Vid gruppintervjuer separeras alltid personerna som får insatserna från personalen.

Det anordnas också utbildningar för personal som möter personer med psykisk ohälsa i sitt arbete. Dessa genomförs på verksamhets- och individnivå. Personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa fungerar som lärare [7]. Forskning visar att sådana utbildningar förändrar personalens attityder till personer med psykisk ohälsa [29]. Det är viktigt för att deras inflytande ska kunna stärkas [30, 31].

Även för brukare och deras anhöriga anordnas utbildningar, således insatser på individnivå. Syftet är att ta fram drömmar och idéer som personer med psykisk ohälsa kan använda för att förbättra sina liv. Utbildningen har tagits fram av Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)². Den baseras på boken *Din egen makt* [32], som i första hand är tänkt för studiecirkel men även kan användas på andra sätt. Studiematerialet *Med starkare röst* [33] handlar om hur man som patient, brukare eller anhörig tillsammans med andra kan få större inflytande. Studiecirkeln förbereder den enskilde för uppgiften som representant i ett handikappråd, brukarråd etcetera.

I en del kommuner och landsting har särskilda brukarinflytandesamordnare (bisam) anställts. Det är en metod på verksamhetsnivå, med syfte att samordna brukarinflytandet inom exempelvis en kommun eller ett landsting [7].

Personligt ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar har lyfts fram som ett viktigt sätt att stärka den enskilde individens inflytande. Ombudet arbetar på uppdrag av den enskilde och fungerar som en förmedlande länk mellan honom eller henne och hälso- och sjukvård och olika myndigheter [7, 34].

En viktig del i brukarorganisationernas arbete är att förbättra förutsättningarna för medverkan och inflytande för personer med psykisk ohälsa, både på individnivå och på verksamhets- och organisatorisk nivå.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) har som en del i detta arbete tagit fram ett dokument med kvalitetsmått för brukarmedverkan inom ett antal områden, bland annat boende, arbete/sysselsättning, tvångsvård, läkemedel, behandlingsfrågor i övrigt, samverkan, hjälpmedel, god man, personligt ombud [3]. Genom att formulera vad som är god kvalitet i olika verksamheter kan situationen för personer med psykisk hälsa förbättras. Dokumentet är tänkt som stöd för representanter i exempelvis brukarråd.

På motsvarande sätt har NSPH formulerat 18 frågor angående kvalitets- och inflytandearbetet på verksamhets- och organisatorisk nivå [4]. Avsikten är att tydliggöra vilken roll och ställning organisationerna har i den lokala och regionala samverkan.

² Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området.

Personer med missbruks- och beroendeproblem

Kunskap till praktik är ett utvecklingsarbete som sedan 2008 stöder kommuner och landsting i att utveckla missbruks- och beroendevården [35]. Sedan 2011 ingår arbetet i en bredare överenskommelse mellan regeringen och SKL om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Brukarmedverkan och inflytande är ett prioriterat utvecklingsområde och flera olika satsningar har gjorts.

Ett nationellt brukarråd har knutits till arbetet inom Kunskap till praktik.

Regionala brukarråd har mobiliserats, och även i de flesta län, genom en överenskommelse med RFHL.

En metod för brukarstyrda brukarrevisorer har tagits fram, genom en överenskommelse med Verdandi [36]. Verdandi har även gett ut en metodhandledning för brukarstyrda brukarrevisorer [37].

Hemlösa personer

Bland hemlösa personer finns många med psykiska funktionsnedsättningar. ”Bostad först”, som kan sägas vara en metod för brukarmedverkan på individnivå, har nyligen börjat introduceras i Sverige. Utgångspunkten för Bostad-först-modellen är att erbjuda personer med psykisk sjukdom, ofta i kombination med missbruksproblem, en långsiktig boendelösning. Personen uppmanas att själv definiera sina behov och mål. Personen erbjuds sedan, om han eller hon önskar det, en egen bostad. Metoden bygger således på individens aktiva deltagande. Det betyder också att den professionella får en annan roll. I stället för att ”utföra insatser” åt den enskilde handlar det om att lyssna och stödja i förändringsarbetet.

Individen måste följa de regler som normalt gäller för eget boende enligt hyresvården. Dock ställs inga krav på nykterhet, drogfrihet eller att delta i behandling. I tillägg erbjuds sedan behandling, men denna är inte sammankopplad med boendet. Personen kan tacka ja till boendet men nej till behandlingen. Tryggheten i boendet hålls alltså strikt isär från behandlingen. Men motivationsarbetet är en viktig del i det stöd som ska finnas runt individen. Framgångarna med Bostad först är i första hand ökad stabilitet. De före detta hemlösa personerna har fått och kunnat behålla en bostad som de själva har bestämmanderätten över [38, 39, 27].

I Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [27] rekommenderas att hemlösa personer med schizofreni erbjuds en boendelösning enligt Bostad-först-modellen, utan krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering.

Äldre personer

Den enskildes delaktighet samt att insatser anpassas till individens behov är väsentliga delar i den värdegrund för äldreomsorgen som infördes den 1 januari 2011 [40].

För äldre personer finns det främst metoder för att öka inflytandet på individnivå.

Discovery interviews (levnadsberättelser) är en metod som handlar om att kartlägga den äldre personens liv och levnadsvanor som ett verktyg för per-

sonalen för att kunna utföra vården och omsorgen utifrån den enskildes behov och vilja – även efter det att den äldre inte längre kan berätta om hur han eller hon vill ha det [7].

Socialstyrelsen arbetar nu med att ta fram ett stöd för att stärka brukares och anhörigas delaktighet inom demensvården. Tanken är att personal med särskild kännedom om demensvård gör uppföljningar av individuella genomförandeplaner. Uppföljningssamtalen genomförs med både vårdtagare och anhöriga. Till sin hjälp i samtalen har personalen dels den aktuella genomförandeplanen, dels fem frågor. Tre frågor riktas till den demenssjuke, två till den anhörige. Arbets sättet kommer att testas under våren 2013 med vårdtagare i både ordinärt och särskilt boende på olika orter.

Förutsättningar och hinder

Både i litteratur, skrifter och rapporter [4, 14] samt vid möten med professionen och brukarorganisationer har ett antal nödvändiga förutsättningar lyfts fram för att brukarmedverkan och inflytande ska kunna stärkas. Även faktorer som hindrar eller försvårar inflytandet har uppmärksammats. Det är viktigt att synliggöra dessa faktorer och diskutera dem för att gemensamt kunna komma fram till lösningar.

Förutsättningar

Här nedan redogörs för de förutsättningar som ofta understryks för att brukarmedverkan ska kunna fungera.

Bemötande och helhetssyn

Ett gott bemötande är en grundläggande förutsättning. Den enskilde och dennes anhöriga måste bli sedda och lyssnade på och respekterade. Personer som sökt hjälp hos socialtjänsten och hälso- och sjukvården framhåller ofta att det är två frågor som är viktiga att få möjlighet att besvara: vad har fört dig hit, och vad vill du ha hjälp med?

Det är viktigt att se individens hela livssituation och dennes sociala nätverk. Patienten/brukaren och anhöriga har kunskap och erfarenheter som är ett nödvändigt komplement till professionens och tillför verksamheten kvalitet.

Dessa grundläggande förhållningssätt till individen är en förutsättning för att medverkan och inflytande även på verksamhets- och organisatorisk nivå ska vara möjlig.

”Små detaljer kan göra skillnad. Till exempel försöka mötas på fysiskt jämbördig nivå och skapa trygghet i rummet” [41].

Attitydförändring

Brukarmedverkan och inflytande kräver att de som är professionella tänker på ett nytt sätt.

Vård- och omsorgspersonalen måste vara medveten om egna och andras fördomar och attityder, och motverka diskriminering och stigmatisering.

Det fordras tilltro till en individs eller patientgrupps möjlighet till utveckling, tillfrisknande och återhämtning. Respekt måste finnas för olika erfarenheter, kunskap och kulturer. Attitydförändring kräver ett långsiktigt arbete [14].

Maktrelationer

Brukarmedverkan är mer än enbart information och rådgivning. För att uppnå en verklig förändring behöver maktrelationer synliggöras, diskuteras och förändras. Som redan tidigare påpekats är maktrelationer mellan professionen och brukare ojämlik både på individuell och mer övergripande nivå. Såväl språkbruk, information och kommunikation samt mötesformer måste ses över. Stärkt brukarmedverkan och inflytande betyder att de professionellas roll förändras till att bli mer av stödjare, konsulter och handledare. Att anställa personer med egen erfarenhet är ett sätt att stärka brukarmedverkan och inflytande.

”Arbeta med mig – inte för mig” [4].

Förankring och samverkan

Politisk förankring och ett tydligt mandat från verksamhetsledningen behövs på lokal, regional och nationell nivå. Inflytande på individnivå och organisatorisk nivå behöver samordnas.

Tydliga roller och strukturer är nödvändiga kring samarbetet mellan brukarorganisationer och myndigheter. Klarhet måste finnas om vilka frågor man ska samarbeta kring och målet för samarbetet.

Riktlinjer och styrdokument behöver tas fram för att klargöra formerna för samarbetet.

Reell brukarmedverkan fordrar att brukarna finns med tidigt i processen. Det kan t.ex. handla om att vara med och påverka budgetprocessen eller planeringen av lokaler för en verksamhet.

Att tydligt formulera vad som ska uppnås underlättar arbetet. Detta kan göras i en handlingsplan.

”Den viktigaste förutsättningen för brukarmedverkan är att det finns ett intresse från den eller de som leder verksamheten. Cheferna i sin tur måste kunna engagera och motivera personalen genom att tillhandahålla utbildning och avsätta resurser för att möjliggöra en medverkan värd namnet.” [4]

Tillgänglighet

Arbetsformer, information och kommunikation behöver anpassas så att alla kan vara med, oberoende av tidigare vana och erfarenhet eller funktionsnedsättning. Formerna för brukarmedverkan kan behöva anpassas för olika målgrupper. Viktigt är t.ex. att ta fram information som är tillgänglig för barn, och att då anlita barn som experter i det arbetet.

Handisam, Myndigheten för handikappolitisk samordning, har i uppdrag att stödja arbetet med att göra samhället tillgängligt för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten har tagit fram riktlinjer för tillgänglighet när det gäller verksamhet, inköp, lokaler, information och kommunikation [42].

Information och kommunikation

Kommunikation, möjligheten att föra en dialog, har stor betydelse för att skapa en bra verksamhet. Detta är centralt både för medverkan och inflytande på individnivå, verksamhets- och organisatorisk nivå.

Information behöver vara lätt tillgänglig och ges tidigt i processen så att det finns möjlighet att påverka beslut [42]. Ibland kan brukarrepresentanter, i exempelvis ett brukarråd, behöva stöd för att kunna tolka underlag.

Resurser

Både verksamheterna och brukarorganisationerna måste avsätta resurser. Det handlar om tid, pengar och administrativt stöd i form av t.ex. samordnare och hjälp med utskrifter av material.

Ersättning eller arvode till representanterna för brukarorganisationerna är en markering att detta är betydelsefullt.

Lokaler behöver finnas tillgängliga där brukarrepresentanterna kan mötas för att t.ex. gå igenom och komplettera dagordningen inför sammanträdet.

Rutiner

Rutiner behöver finnas för hur de synpunkter som kommer tas om hand och följs upp. Se också Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Långsiktighet

Brukarmedverkan och inflytande kan inte stanna vid en engångsföreteelse, utan är en process som innehåller planering, genomförande och uppföljning. Det tar tid och fordrar ett långsiktigt perspektiv på samarbete och utveckling.

Stabilitet och kontinuitet är nödvändigt. Brukarmedverkan och inflytande ska inte vara beroende av enstaka ”eldsjälar”.

Återkoppling och uppföljning är en betydelsefull del i arbetet. Inom alltfler områden används öppna jämförelser för att mäta kvalitet [43]. Delaktighet är en indikator som används.

Utbildning och rekrytering av personal

Utbildning till yrken inom hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver utgå från ett förhållningssätt där patienter respektive brukare har kunskap och erfarenheter som är viktiga för verksamhetens kvalitet.

Personal kan behöva utbildning i hur det är att leva med en funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, missbruks- och beroendeproblematik.

Brukarrepresentanters medverkan i fortbildning och rekrytering av personal är ett sätt att säkra att brukarperspektivet ses som en självklar del i utvecklingen av verksamheten.

Brukarrepresentanterna kan behöva utbildning om arbets- och beslutsprocesser.

”Kan vi så ska vi påverka på ett tidigare stadium. Då kommer vi att kunna tala om brukarråd på riktigt, om vi får möjlighet att delta mer kontinuerligt i diskussionerna, tidigt i planeringsstadiet.” [2]

Hinder

Det finns också faktorer som kan utgöra hinder för brukarmedverkan och inflytande. Här är de som oftast brukar nämnas.

Attityder

Rädsla från professionen att förlora makt kan vara ett hinder. Motstånd eller ointresse från chefer att pröva nya arbetsformer är andra faktorer som kan försvåra.

Maktobalans

Risk finns att ambitionerna stannar vid envägskommunikation och att den maktobalans som redan tidigare funnits kvarstår.

Brist på resurser

Bristen på resurser kan gälla flera områden. Det kan saknas pengar, tid, möjlighet till administrativt stöd och till utbildning av brukarrepresentanter och personal.

Socialstyrelsens bedömning

- Politisk förankring och ett tydligt mandat från verksamhetsledningen behövs på lokal, regional och nationell nivå. Brukarmedverkan och inflytande på individnivå, verksamhetsnivå och organisatorisk nivå behöver samordnas.
- Både verksamheterna och brukarorganisationerna behöver avsätta resurser. Det handlar om tid, pengar och administrativt stöd.
- Tillgänglighet är grundläggande. Arbetsformer, information och kommunikation behöver anpassas så att alla kan vara med, oberoende av tidigare vana och erfarenhet eller funktionsnedsättning.

Socialstyrelsens bedömning baseras på bästa tillgängliga kunskap, det vill säga forskning samt kunskap och erfarenhet från praktiken och brukarorganisationerna.

När särskilda krav ställs på lyhördhet och flexibilitet vid insatser

Vissa personer har ofta svårare än andra att framföra sina synpunkter. Det gäller personer med psykiska eller intellektuella funktionsnedsättningar och personer med demenssjukdomar. För andra kan möjligheterna till medverkan och inflytande vara begränsade för att de vårdas mot sin vilja. I alla dessa situationer ställs det särskilda krav på att de som beslutar om och ger insatserna lyssnar och är lyhörda för individens önskemål, så att han eller hon så långt möjligt kan vara delaktig. Det är också nödvändigt att följa upp insatserna för att ta reda på att de verkligen lett till medverkan och inflytande.

Personer med nedsatt autonomi

Personer med demenssjukdom får som regel allt svårare att samla och sortera sina tankar och minnesbilder. De kan få problem att överblicka situationen och att föra resonemang som fordrar att man minns vad som tidigare sagts. Autonomi som är beroende av viljemässiga och intellektuella funktioner minskar [44]. Den som vårdar en demenssjuk person behöver därför fokusera på varje individs kvarvarande förmågor. Dessa kan skifta under och mellan dagar och försämras över tid. Utöver muntlig och skriftlig kommunikation kan det vara bra att använda bilder och kroppsspråk. Att ta hänsyn till den sjukes autonomi blir svårare vartefter sjukdomen utvecklas. Det är viktigt att informationen riktas till den demenssjuke även om informationen också ges till anhöriga [41]. Se också Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2012:3) om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. Bestämmelser om den enskildes rätt att få uttrycka sig på sitt modersmål finns i förvaltningslagen (1986:223), lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk samt i 5 kap. 6 § SoL.

En utvecklingsstörning kan finnas samtidigt med flera andra typer av funktionsnedsättningar, vilket ställer särskilda krav på både information och kontinuitet. Ett gott bemötande förutsätter god kunskap om funktionsnedsättningens konsekvenser. I vissa situationer kan det vara aktuellt med tolkstöd eller kognitiva hjälpmedel [41].

Svårigheter att ta till sig information kan också bero på själva sjukdomen. Personer med t.ex. depression och ångestsyndrom kan ha nedsatt kognitiv förmåga, koncentrationssvårigheter, oro, känslor av värdelöshet som kan göra det svårt för personen att formulera sina behov, ta till sig information och fatta beslut [45].

Komma till tals – på olika sätt

När en person inte kommunicerar genom tal ställer det alldeles speciella krav på omgivningens förmåga att förstå och lyssna.

AKK, Alternativ och kompletterande kommunikation, används av och med personer som har svårt att kommunicera med tal på grund av exempelvis utvecklingsstörning, rörelsenedsättning, förvärvad hjärnskada, grav tal- och språkstörning.

- *Alternativa kommunikationssätt* behövs för den som inte kan uttrycka sig/förstå alls genom tal.
- *Kompletterande kommunikationssätt* används som stöd för att utveckla tal och språk och för att kunna samspela.

De olika kommunikationsvägar som står till buds är:

- Grafiska: konkreta föremål, bilder, pictogram, bliss, bokstäver
- Manuella/kroppsnära: naturliga reaktioner och signaler, gester, Tecken som AKK [46].

När man vårdas mot sin vilja

Ett antal lagar ger samhället möjlighet att bereda människor vård och behandling utan deras samtycke. Det gäller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. I samtliga dessa lagar finns bestämmelser om den enskilda individens medverkan i insatserna. Att integrera brukarmedverkan i tvångsvården är en utmaning och ställer krav på kompetens och metodutveckling.

Psykiatrisk tvångsvård

Varje dag vårdas cirka 3 000 personer i Sverige med stöd av LPT och LRV. Dessa patienter har ofta stora vårdbehov och behöver omfattande insatser. Det är ett stort ansvar att vårda med tvång. Den vård som ges mot någons vilja måste vara planerad, allsidig och kunskapsbaserad [47].

Frihetsberövande och tvångsåtgärder är ett ingrepp i de mänskliga fri- och rättigheterna. Vid alla former av tvångsingripande, såsom medicinering, fastspänning och avskiljande från andra patienter kan inte nog betonas vikten av ett gott bemötande. Andra alternativa behandlingsformer måste alltid övervägas i första hand. Det ska göras en rimlig avvägning mellan den nytta som tvångsvården kan ha för patienten i förhållande till de ingrepp i patientens självbestämmande och integritet som det innebär att patienten mot sin vilja får genomgå en viss behandling. Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får genomföras bara om patienten inte genom individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. Patientens delaktighet, när så är möjligt, ska inte underskattas för att minska oro, ångest, rädsla och aggressivitet [48]. Det kan t.ex. handla om hur bältesläggning ska ske, var injektionen ska ges. Mycket viktigt är också att patienten efteråt får möj-

lighet att tala om sina upplevelser av ingripandet, för att försöka undvika att tvångsåtgärder behöver användas igen.

En vårdplan ska upprättas (16 § LPT och 6 § LRV). Så långt det är möjligt ska detta göras tillsammans med patienten. Planen är därmed ett viktigt instrument för brukarmedverkan.

Det är viktigt att informera och säkerställa att patienter förstår innebörden av tvångsvården, särskilt med tanke på den enskildes rättigheter i dessa situationer. En studie [49] av patienters upplevelse av öppen psykiatrisk tvångsvård³ visar att patienterna ofta har liten kännedom om regelverket och därmed också vilka rättigheter de har. Detta informationsunderläge blir ett betydande hinder för den enskildes delaktighet.

Bättre vård – mindre tvång är ett nationellt projekt för att utveckla den psykiatriska heldygnsvården. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slöt 2009 en överenskommelse med Socialdepartementet om en treårig satsning under 2010-2012. Kunskaps- och kompetensutveckling samt praktiskt förbättringsarbete är viktiga delar i satsningen. Målet med utvecklingsarbetet är

- att minska behovet av och därmed användandet av tvångsåtgärder
- att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder
- att förbättra patientens upplevelse av tvång [50].

Ungdomar och personer med missbruksproblem som vårdas med tvång

Vid Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem och LVM-hem tillämpas bland annat LVU och LVM. Lagarna innebär att samhället i vissa fall kan omhänderta vuxna personer med missbruksproblem och ungdomar mot deras vilja för vård och behandling.

På individnivå kan brukarmedverkan och inflytande utövas i samband med de intervjuer som görs vid inskrivning och utskrivning. De särskilda ungdomshemmen använder sig av dokumentations- och utvärderingssystemet ADAD. LVM-hemmen använder DOK. De båda systemen innefattar intervjuer som görs vid inskrivning, utskrivning och uppföljning. Vid intervjuerna ges personen möjlighet att påverka vården genom att ge sin bild av situationen och tala om vad han eller hon vill ha hjälp med.

Motiverande samtal (motivational interviewing, MI) används både vid LVM-hemmen och vid de särskilda ungdomshemmen. Metoden bygger på individens delaktighet och syftet är att hjälpa personen att komma vidare i en förändringsprocess.

På samtliga särskilda ungdomshem och LVM-hem finns brukarforum, där man arbetar med inflytandefrågor på verksamhetsnivå. Samtalen i dessa brukarforum dokumenteras och meningen är att materialet ska användas i verksamheten. Vanliga frågor som tas upp rör regler och rutiner, aktiviteter,

³ Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård infördes den 1 september 2008 och syftar bland annat till att underlätta utslussningen av patienter som vårdas med sluten tvångsvård men som inte längre är i behov av slutenvård.

personal och behandlingsinnehåll. Utvärderingar visar att diskussioner kring dessa frågor i många fall lett till åtgärder [51].

Fokusgrupper används för att få kunskap om hur de inskrivna på ungdomshemmen och LVM-hemmen upplever användningen av de särskilda befogenheterna. Det gäller ytlig kroppsbesiktning, avskiljning, kroppsvisitation, förvägran av telefonsamtal, urinprov eller utandningsprov. Det handlar om att försöka ta reda på om dessa används på bästa sätt, med respekt för den enskildes integritet. Fokusgrupperna bidrar till att utveckla vården och behandlingen genom att ge kunskap till myndigheten, institutionerna och till dem som håller utbildningar om de särskilda befogenheterna.

”Att man får bestämma själv. Att man får frågan: ’Vill du att jag ska visitera eller vill du att någon annan ska visitera?’ Det bästa vore att man frågade”.

”Kanske fråga (under avskiljningen) i stället för ’Är du lugn nu?’ så kanske man skulle kunna säga ’Hur mår du? Mår du bättre nu? För alltså, man mår ju inte bra, och det är ju en enkel grej (att förändra)”.

(Citat från Statens institutionsstyrelsens fokusgrupper)

Statens institutionsstyrelse har också ett centralt brukarråd, gemensamt för ungdomsvården och missbruksvården. I brukarrådet ingår representanter för olika organisationer. Där diskuteras frågor på mer övergripande nivå, exempelvis hur genus-, familje- och anhörigperspektiven ska integreras i vården och behandlingen.

Barns medverkan och inflytande

Kravet på brukarmedverkan och inflytande som växt fram under senare år gäller också barn och ungdomar som får insatser från socialtjänsten. Det kan uttryckas som att socialtjänsten väntas gå från att arbeta *för* barnet till att arbeta *med* barnet för att kunna uppnå det bästa för just det barnet [52].

Barns rätt att vara delaktiga lyfts fram i politiska uttalanden och i andra sammanhang. Enligt FN:s barnkonvention, Artikel 12, tillhör det barnets rättigheter att vara delaktig i frågor som rör barnet självt och att bli lyssnad på. Detta finns också inskrivet i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Artikel 7, där det även anges att barnet ska erbjudas stöd anpassat efter funktionsnedsättning och ålder för att kunna utöva denna rättighet.

Med utgångspunkt från barnkonventionen men också från forskning där barn i samhällsvård intervjuats brukar följande skäl framföras för barns delaktighet i beslut som rör dem.

- *Etiska skäl.* Delaktighet reducerar maktobalansen mellan barn och vuxna och de negativa följderna av denna.
- *Filosofiska skäl.* Om man värdesätter barns välfärd och intressen så måste man också värdesätta deras synpunkter och röst.
- *Pragmatiska skäl.* Om man blir lyssnad på och får sina synpunkter genuint beaktade blir planer bättre och mer hållbara.
- *Terapeutiska skäl.* Om barn involveras i att påverka sitt eget öde underlättar det deras egen återhämtning från svårigheter, ökar självkänslan och den egna kompetensen [53].

Man kan också tala om ett *demokratiargument*, vilket blir särskilt tydligt när det gäller att se till att barn med kommunikationssvårigheter och/eller kognitiva funktionsnedsättningar har möjligheter att bli förstådda av omgivningen när de uttrycker sina önskemål och behov. Att samtala med barn med särskilda svårigheter eller funktionsnedsättningar kan ställa speciella krav på handläggarna vad gäller kunskap, erfarenhet och inlevelseförmåga [54].

”Hur kan ni dra slutsatser om vad som är bäst för oss om ni inte har varit i vår situation?” [55]

Barnen som aktiva subjekt

Barn vill vara delaktiga i beslut som rör dem själva [56]. Barns hälsa och utveckling främjas också av att de är delaktiga i beslut som gäller dem. Barn och vuxna har inte sällan olika syn på vad som är viktigt för barnet och vad som behöver göras. För att barnens behov ska bli rätt uppfattade måste barnens perspektiv beskrivas och barnen involveras från början. Genom att vara med från början blir barn skickligare i att kommunicera, prioritera och ar-

gumentera för sina behov [56]. Synen på barn som aktiva subjekt och experter på sin egen situation innebär att barnen ska ses som aktörer med egna rättigheter, även om det är viktigt att komma ihåg att de är och måste få vara en del av en familj [52].

En grundläggande förutsättning för barns delaktighet är att handläggaren eller personalen i verksamheten har vilja och ambition att lyssna på barnet. Genom att formulera sina synpunkter ökar barnets kunskap om sin egen situation. Barnet förstår då bättre i vilket sammanhang det befinner sig.

En modell för delaktighet

Shiers delaktighetsmodell [57] ger vägledning om hur barnkonventionens krav om barns rätt att höras kan uppnås. Modellen beskriver delaktighet på fem nivåer.

- *Nivå 1. Vuxna lyssnar på barn.* Den vuxne är verkligen beredd att lyssna på vad barnet uttrycker och arbetar på ett sätt som gör detta möjligt.
- *Nivå 2. Barn får stöd att uttrycka sina åsikter.* Den vuxne ger barnet utrymme att uttrycka sig genom att ge sitt stöd, t.ex. kommunikationsstöd och positiv förstärkning.
- *Nivå 3. Hänsyn tas till barnets åsikter.* Handläggaren väger in det barnet säger, men det innebär inte automatiskt att beslutet blir enligt barnets önskemål. Barnet behöver återkoppling och förklaring på hur och varför ett visst beslut fattades. Organisationen bör ha tydliga policykrav på att barns åsikter och synpunkter ska vägas in i beslutsfattandet.
- *Nivå 4. Barn är inblandade i beslutsprocesser.* Här har barnet tagit steget från att bli rådfrågad till att ha en aktiv påverkan. Barn och vuxna möts, planerar och fattar beslut tillsammans.
- *Nivå 5. Barn delar makt och ansvar när beslut fattas.* Det medför att vuxna får avsäga sig en del av sin makt.⁴

På varje nivå finns ytterligare tre steg – öppning, möjlighet och skyldighet.

- En öppning uppstår så snart en organisation är beredd att börja tillämpa principerna.
- Möjligheten finns då de vuxna har praktiska möjligheter, tid och kompetens att börja arbeta enligt någon av modellens nivåer.
- Skyldigheten finns då organisationen fattar beslut om att förverkliga modellens intentioner och programmet är helt integrerat i det dagliga arbetet.

Förutom att vara till hjälp i den direkta handläggningen i det enskilda fallet kan modellen användas för att värdera hur väl barns delaktighet är etablerad i verksamheten. Den är också användbar som förklarande modell när man behöver förtydliga att innebörden i delaktighet inte är synonym med att barnet lämnas att fatta beslut själv. Olika nivåer i modellen kan passa bra i olika sammanhang [58].

⁴ Modellen beskrivs även i Stenhammar 2010, Lyssna på mig! samt i Socialstyrelsen 2004, Utvärderingsmöten i BBIC

Stärkta rättigheter och ökad uppmärksamhet kring barns delaktighet

Barns och ungdomars delaktighet har varit en av de frågor som uppmärksammats i Socialstyrelsens tillsyn 2010 av hem för vård eller boende (HVB) och bostad med särskild service för barn och unga enligt LSS. Även statens institutionsstyrelses (SiS) ungdomshem har inspekterats. Att låta barn och ungdomar komma till tals i tillsynen och på bästa möjliga sätt använda deras erfarenhet i arbetet för en vård och omsorg som uppfyller kravet på säkerhet och god kvalitet är ett angeläget arbete. Kompetens- och metodutveckling har påbörjats under 2010 [59].

År 2010 lanserade Socialstyrelsens ett 020-nummer för barn och unga som bor på HVB-hem eller i familjehem. Hit kan barnen och ungdomarna ringa för att få information om sina rättigheter och framföra klagomål. För barn och unga på HVB-hem och i familjehem är detta en möjlighet att göra sin röst hörd om man känner sig illa behandlad. Det kan t.ex. vara fråga om att barnet inte blir respekterat eller får en dålig skolgång. Vid Socialstyrelsen finns också ett barn- och ungdomsråd.

Den 1 januari 2011 infördes nya bestämmelser om barns rättigheter i LSS. Barn ska ges relevant information och få möjlighet att framföra sina åsikter. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (8 § LSS). Socialstyrelsen har gett ut en handbok [58] till stöd för rättstillämpning och planering av insatser till barn och unga med funktionsnedsättning.

För att barnen i bostad med särskild service ska bli mer delaktiga i sitt boende behöver de kommunikationsstöd. Detta kräver att personalens kompetens i detta område förbättras [59].

Checklista för att komma igång

Erfarenheter från olika former av brukarmedverkan och inflytande visar att samarbetet underlättas av att man tidigt diskuterar förväntningar, arbetsformer, viktiga förutsättningar, svårigheter samt hur dessa ska kunna lösas.

Som tidigare påpekats behöver medverkan och inflytande på individnivå, verksamhets- och systemnivå gå hand i hand. Grundläggande är attityder och värderingar, synen på den man möter. Nedanstående checklista lyfter i första hand frågor att ta upp när man vill starta ett forum för brukarmedverkan och inflytande på verksamhetsnivå, exempelvis i ett boende eller en vårdklinik. Checklistan bygger på det som behandlats i avsnittet om förutsättningar och hinder.

Frågor att besvara

Följande checklista är ett försök att lyfta sådant som brukar vara aktuellt, främst på verksamhetsnivå.

Vad vill ni uppnå?

- Ta tid att diskutera syftet och nyttan med brukarmedverkan i den egna verksamheten.
- Kom överens om vad ni vill samverka kring.

Hur ser vägen till medverkan och inflytande ut?

- Se brukarmedverkan som en process där varje fas – planering, genomförande och uppföljning – är nödvändig för att en förändring ska uppnås.

Vilka maktskillnader finns – och hur vill ni förändra dem?

- Uppmärksamma och försök synliggöra de maktskillnader som finns inbyggda i relationen mellan personal och brukare.

Vilka förutsättningar gäller?

- Klargör vilka förutsättningar som gäller för den form av brukarmedverkan och inflytande som ni ska arbeta med. Vilka faktiska möjligheter har brukaren att påverka?

Vad är ni beredda att satsa på brukarmedverkan och inflytande?

- Vilka resurser och vilken tid är ni beredda att avsätta?

Vad ska diskuteras?

- Kom överens om vilka frågor som hör hemma exempelvis i ett brukarråd, att inte enskilda ärenden diskuteras där och inte heller övergripande politiska frågor utan bara det som rör verksamheten.
- Det är viktigt att kunna använda sina personliga erfarenheter, men att lyfta dem till en mer allmängiltig nivå.

Vem representerar man?

- Klargör vilken roll medlemmarna i t.ex. ett brukarråd har. Representerar man sig själv eller sin organisation?

Hur ska mångas röster kunna höras?

- En stor utmaning när det handlar om brukarmedverkan och inflytande är hur intressena hos de personer som lever under de mest utsatta förhållandena ska tas tillvara. Olika former av medborgardialog bygger ofta på kontakter med föreningar. Men många brukare är inte anslutna till organisationer. Hur ska synpunkter och erfarenheter från personer som inte är organiserade i en förening kunna komma fram?
- Kan ni anordna öppna möten så att fler kan komma till tals?
- Kan man tänka sig samverkansforum där både organiserade och oorganiserade brukare deltar?
- Vill ni få med andra aktörer, t.ex. kyrkor och samfund och frivilligorganisationer? Dessa har ofta kontakt med personer som lever i social utsatthet och god kännedom om deras situation.
- Är brukarundersökningar en väg att få fler att komma till tals?

Tillgänglighet för alla – men hur?

- Analysera hur formerna för brukarmedverkan och inflytande kan anpassas efter målgruppen. Vad behöver göras för att informationen ska vara lätt tillgänglig? Vilka mötesformer fungerar? Vilket praktiskt stöd fordras?

Vilken utbildning behövs – och för vem?

- Vilka kunskaper behöver personalen och brukarrepresentanterna för att ett reellt inflytande ska bli möjligt? Utbildningstillfällen är en viktig del i en stärkt brukarmedverkan.

Rättslig reglering m.m.

Bestämmelser om brukarmedverkan finns i flera författningar. Det handlar både om inflytande på individnivå och på organisatorisk nivå. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd finns stöd för brukarmedverkan på individ- och verksamhetsnivå. Även i internationella överenskommelser markeras vikten av brukarmedverkan och inflytande.

Brukarmedverkan i lagstiftningen

Socialtjänstlagen, SoL

I socialtjänstlagens portalparagraf, 1 kap. 1 §, anges målen för socialtjänsten. Socialtjänsten ska bland annat främja människornas aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska också, enligt samma paragraf, inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

I samband med åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas (1 kap. 2 § SoL).

Socialnämnden ska med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och unga som visat tecken på en ogynnsam utveckling. Nämnden ska i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet (5 kap. 1 § SoL).

Insatserna för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar (3 kap. 5 § SoL).

Den 1 januari 2011 infördes en värdegrund inom äldreomsorgen (5 kap. 4 § första stycket SoL). Värdegrunden innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (5 kap. 5 § SoL).

När det gäller personer med missbruksproblematik anges att socialnämnden aktivt ska sörja för att den enskilde får den hjälp och vård som han eller hon behöver. Vården och hjälpen ska planeras i samförstånd med den enskilde (5 kap. 9 § SoL).

När den enskilde behöver insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde (2 kap. 7 § SoL).

I SoL finns även bestämmelser som ger utrymme för brukarmedverkan på organisatorisk nivå. Socialnämnden ska i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. När det är

lämpligt ska nämnden samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar (3 kap. 4 § SoL).

Kommunen ska planera sina insatser för äldre samt för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer (5 kap. 6 och 8 §§ SoL).

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen (5 kap. 8 a § SoL).

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Också i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, finns bestämmelser om den enskildes inflytande.

Verksamhet enligt denna lag ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagens bestämmelser. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra (5 § LSS). Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges (6 § LSS).

När en insats rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter (8 § LSS).

Till kommunens uppgifter hör bland annat att samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder (15 § LSS).

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Även i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, finns bestämmelser om den enskildes medverkan.

I 2 a § HSL anges bland annat att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten ska ges individuellt anpassad information (2 b § HSL).

I HSL finns motsvarande bestämmelse som i SoL om att landstinget och kommunen tillsammans ska upprätta en individuell plan ifall den enskilde behöver insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Planen ska, så långt det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde (3 f § HSL).

I HSL finns också motsvarande bestämmelse som i SoL om att landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen (8 a § HSL).

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare (8 § HSL).

Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU

LVU innehåller bestämmelser om under vilka förutsättningar barn och unga kan beredas tvångsvård. Insatser inom socialtjänsten för barn och ungdom ska göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare enligt bestämmelserna i SoL. Insatserna ska präglas av respekt för den unges människovärde och integritet (1 § LVU).

Även om den rättsliga vårdnaden ligger kvar hos föräldrarna under LVU-vården övertar socialnämnden bestämmanderätten över den unge under vårdtiden. Nämnden har alltså, i den omfattning som behövs för att genomföra vården, samma rättigheter och skyldigheter som vårdnadshavaren. Nämnden bör därför på samma sätt som föräldrarna t.ex. kunna besluta i frågor som rör den unges personliga förhållanden. Det kan gälla frågor om medicinsk vård eller behandling, eller om rätt för den unge att företa resor. Det är dock angeläget att nämnden samråder med vårdnadshavaren i sådana frågor. Att nämnden tagit över ansvaret för vården av den unge bör således inte leda till att vårdnadshavaren fräntas allt inflytande. Se 8 kap. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:15) om tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

Den enskildes medverkan behandlas i LVM, som reglerar under vilka förutsättningar en person får beredas tvångsvård för sitt missbruk. Vården ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde (1 § LVM).

Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT

I LPT finns bestämmelser om den enskildes delaktighet.

En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård. Så långt möjligt ska planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt ska samråd ske också med dennes närstående (16 § LPT).

I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt (17 § LPT).

Chefsöverläkaren ska se till att patienten, genom individuellt anpassad information, upplyses om sin rätt att få en stödperson (30 § LPT).

Stödpersonens uppdrag kan, om patienten önskar det övergå till uppdrag som kontaktperson enligt 3 kap. 6 b § SoL när tvångsvården upphört.

Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV

I LRV finns motsvarande bestämmelser som i LPT om att en vårdplan ska upprättas snarast efter att patienten har tagits in för vård och att planen så långt möjligt ska upprättas i samråd med patienten (6 § LRV).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Av 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete följer att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten. Genom processerna och rutinerna ska säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2012:3) om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre behandlas självbestämmande, delaktighet och individanpassning.

Internationella överenskommelser

Individens rätt till inflytande över beslut som rör honom eller henne understryks i flera FN-konventioner eftersom det är en fråga om mänskliga rättigheter. Svensk lag ska tolkas och utformas i enlighet med konventionerna. Vikten av brukarmedverkan har även lyfts i EU-samarbetet.

Barnkonventionen

Barns rätt att vara delaktiga i processer och beslut som rör barnet har en stark ställning i FN:s barnkonvention. Barnet ska ha rätt att uttrycka sina åsikter och ska höras i frågor som rör barnet (artikel 12).

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

I inledningen till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning betonas betydelsen av individuellt självbestämmande och oberoende för personer med funktionsnedsättning, däribland friheten att göra egna val. Vidare påpekas att personer med funktionsnedsättning bör ha möjlighet att aktivt medverka i beslutsfattande om riktlinjer och program, däribland sådana som direkt berör dem.

Enligt artikel 7, punkt 3 ska konventionsstaterna säkerställa att barn med funktionsnedsättning har rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör dem, varvid deras åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till deras ålder och mognad på samma villkor som för andra barn, och att de för att utöva denna rättighet erbjuds stöd anpassat till funktionsnedsättning och ålder.

Den öppna samordningsmetoden inom EU

Inom ramen för den öppna samordningsmetoden samarbetar EU:s medlemsstater sedan år 2000 för att bekämpa fattigdom och social utestängning.⁵ Medlemsstaterna har bl.a. tagit fram handlingsplaner och rapporter. De nationella rapporterna sammanställs till ett gemensamt EU-dokument där utvecklingen på EU-nivå beskrivs, ländernas utveckling jämförs och de stora utmaningarna slås fast. För att sprida brukarinflytandet vid genomförandet av den svenska handlingsplanen för social delaktighet inrättades år 2003 en brukardelegation i Socialdepartementet. Ett stort antal organisationer har slutit sig samman i ett nätverk för att påverka vilka frågor om fattigdom och social utestängning som Sverige lyfter fram i EU.

”När jag är som svagast behöver jag dem mest – mina rättigheter och min integritet.” [4].

⁵ Samordningsmetoden är ett redskap inom Lissabonstrategin (2000). Den öppna samordningsmetoden ger samarbetet mellan medlemsstaterna en ram för att anpassa den nationella politiken så att vissa gemensamma mål kan uppnås. Samordningsmetoden grundar sig huvudsakligen på kartläggning och definition av gemensamma mål, gemensamma mätmetoder (statistik, indikatorer, riktlinjer) samt jämförelser av medlemsländernas resultat och utbyte av goda lösningar.

Referenser

1. Sveriges Kommuner och Landsting. Patient- och brukarmedverkan. Positionspapper. 2012.
<http://kunskaptillpraktik.skl.se/utvecklingsomraden/brukarmedverkan/las-och-ladda-ner/positionspapper-brukarmedverkan> – hämtad 2012-12-18.
2. Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL) och Föräldraföreningen Mot Narkotika (FMN). Brukarråd - var med och påverka beroendevården där du bor. http://rfhl.se/rfh15/images/rfhl/om_rfhl/brukarrad.pdf – hämtad 2012-12-11.
3. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH). Kvalitet ur ett brukarperspektiv. <http://www.rsmh.se/Kvalitet-ur-ett%20brukarperspektiv-november-2012.pdf> – hämtad 2012-12-11.
4. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Vår medverkan – en förutsättning för god kvalitet. http://nspH.se/j16/files/NSPHs_Kvalitetsdokument_Version_1_20111207.pdf – hämtad 2012-12-11.
5. <http://www.kunskapsguiden.se/ebp/Sidor/default.aspx> – hämtad 2012-12-11.
6. Tsemberis, S (2010). Housing First – The Pathways Model to End Homelessness For People with Mental Illness and Addiction. Minnesota: Hazelden.
7. Socialstyrelsen. Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri. En kartläggning av forskning och praktik. Stockholm; 2011.
8. Socialstyrelsen. Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling. En kunskapsöversikt. Stockholm; 2003.
9. <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/> – hämtad 2012-12-11.
10. Dahlberg, M, Wedung E. Demokrati och brukarutvärdering. Lund; Studentlitteratur; 2001.
11. <http://kunskaptillpraktik.skl.se/utvecklingsomraden/brukarmedverkan/las-och-ladda-ner/inspirationskrift-om-brukarmedverkan> – hämtad 2012-12-11.
12. <http://orebroll.se/beroendecentrum> – hämtad 2012-12-11.
13. Socialstyrelsen. Brukarmedverkan inom äldreomsorgen. En lägesbeskrivning. Stockholm; 2008.
14. Hilborg, H, Rosenberg, D. Ett förtroendeuppdrag. Kartläggning av hinder och framgångsfaktorer för brukarråd och brukarinflytande inom missbruks- och beroendevården. Härnösand. Kommunförbundet; FoU Västernorrland. Rapport 2012:4.
15. Lundberg, H, Rosenberg, D. Återhämtning och rehabiliteringsplanering. Ett implementeringsprojekt i Sollefteå kommun. FoU

- Västernorrland; Kommunförbundet Västernorrland. Rapport 2008: 3.
16. <http://handikappforbunden.se/barn> – hämtad 2012-12-03.
 17. <http://www.handisam.se/publikationer-och-press/informationsmaterial/lyssna-pa-barn/skrifter-om-att-lyssna-pa-barn/> – hämtad 2012-12-03
 18. Barnombudsmannen 2011. Unga direkt – en metod att lyssna till barn. Stockholm; 2011.
 19. Barnombudsmannen. Bakom fasaden. Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar. Stockholm; 2011.
 20. Barnombudsmannen. Collage complete. Stockholm; 2011.
 21. <http://www.allmannabarnhuset.se/index.cfm?id=458&l=2> – hämtad 2012-12-12.
 22. http://www.allmannabarnhuset.se/data/files//Projektbeskrivningar/Uppsala_1_n_Att_st_rka_E_N_sman.pdf – hämtad 2012-12-12.
 23. http://www.allmannabarnhuset.se/data/files//Projektbeskrivningar/Barns-brukarmedverkan-V_sternorrland.pdf – hämtad 2012-12-12.
 24. <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/bbic> – hämtad 2012-12-12.
 25. Gullacksen, A-C. Delaktighetsmodellen – en väg mot empowerment. FoU Skåne. Skriftserie 2010:2.
 26. Socialstyrelsen. Shared Decision Making – en introduction till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Stockholm; 2012.
 27. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2011.
 28. Jakobsson Lund, A, Rosenberg, D. En handbok om brukarrevision. Kvalitetsutveckling genom egen erfarenhet av psykiska funktionshinder. FoU Västernorrland. 2008.
 29. Cook, JA, Jonikas, JA, Razzano, L. A randomized evaluation of consumer versus nonconsumer training of state mental health service providers. Community Mental Health Journal. 1995; 31(3):229-38.
 30. Wallcraft, J, Read, J, Sweeney, A. On our own terms: Users and survivors of mental health services working together for support and change, : The Sainsbury Center for Mental Health; 2003.
 31. Rose, D, Fleischmann, P, Tonkiss, F, Campbell, P, Wykes, T. User and carer involvement in change management in a mental health context: Review of the literature. : NHS; 2003.
 32. <http://www.nsph.se/index.php/utbildning/din-egen-makt> – hämtad 2012-12-12.
 33. <http://www.nsph.se/index.php/utbildning/med-starkare-roest> – hämtad 2012-12-12.
 34. Socialstyrelsen. Egen kraft – egen makt. En antologi om arbetet som personligt ombud. Stockholm; 2009.

35. http://kunskaptillpraktik.skl.se/var_verksamhet_kunskap_till_praktik_2 – hämtad 2012-12-05.
36. <http://kunskaptillpraktik.skl.se/utvecklingsomraden/brukarmedverkan> – hämtad 2012-12-12.
37. [Verdandi. Brukarstyrd brukarrevision – en väg till ökat brukarinflytande. Stockholm; 2012.](#)
38. Socialstyrelsen. Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt. En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar. Stockholm; 2009.
39. Socialstyrelsen. En fast punkt. Vägledning om boendelösningar för hemlösa personer. Stockholm; 2010.
40. Socialstyrelsen. Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial. Stockholm; 2012.
41. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Stockholm; 2012.
42. Handisam. Riv hindren – riktlinjer för tillgänglighet. Stockholm; 2012.
43. <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajakforelser> – hämtad 2012-12-03.
44. Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2010.
45. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Beslutsstöd. Stockholm; 2010.
46. <http://spsm.se> – hämtad 2012-12-12.
47. <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard> – hämtad 2012-12-03.
48. Socialstyrelsen. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (2008:13). Stockholm; 2009.
49. Socialstyrelsen. Det diffusa tvånget. Patienters upplevelser av öppen tvångsvård. Stockholm; 2012.
50. https://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/tvangsvard – hämtad 2012-12-03.
51. <http://www.stat-inst.se/> – hämtad 2012-12-12.
52. Socialstyrelsen. Dokumentation av barnets bästa inom socialtjänsten. Stockholm; 2012.
53. Gilligan, R. (2002), The importance of listening to the child in foster care. London. Jessica Kingsley.
54. Socialstyrelsen. Samtal med barn i socialtjänsten. Kunskapsöversikt. Stockholm; 2004.
55. <http://www.hso.se/Projektsida/Delaktiga-barn-och-unga-startsida/Expertgrupper-barn-och-unga/> – hämtad 2012-12-12.
56. Stenhammar, A-M. Lyssna på mig! Barn & ungdomar med funktionsnedsättningar vill vara delaktiga i möten med samhällets stödsystem. En systematisk kunskapsöversikt. 2010.

57. Shier, H. Pathways to Participation; Openings, Opportunities and Obligations. A New Model for Enhancing Children's Participation in Decision-making, in line with Article 12 1 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Children & Society* 2001 (vol 15), pp 107-117.
58. Socialstyrelsen. Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning. Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser. Stockholm; 2012.
59. Socialstyrelsen.. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm; 2011.