

Återhämtning och rehabiliterings- planering

Ett implementeringsprojekt i Sollefteå kommun

Författare: Hans Lundberg och David Rosenberg

Rapport: nr 2008:03

ISSN 1653-2414 ISBN 978-91-85613-26-7

Förord

Det har varit mycket givande och intressant att få ta del av hur andra arbetar med att utveckla olika verksamheter och min förhoppning är att denna rapport kan vara till nytta och ge en viss vägledning i ett fortsatt utvecklingsarbete.

Alla som jag intervjuat under projektet har varit mycket generösa med sin tid och frikostigt delat med sig av sina erfarenheter och kunskaper av förändrings- och utvecklingsarbete. Jag har ibland fått mer information än vad jag hunnit med att anteckna och följa upp, men hoppas att jag fått med det väsentligaste.

Ett stort tack till alla Er som tagit er tid och svarat på alla mina frågor.

Hans Lundberg, Sollefteå

Innehåll

Inledning;	4
Bakgrund	4
Problemformulering	8
Metod	10
Psykiatrisk rehabilitering och återhämtning – teori och principer	12
Psykiatrisk rehabilitering och återhämtning - implementeringsfrågor	26
Resultat	35
Diskussion	40
Nästa steg i kommunen	44
Implementeringsstrategi för Sollefteå	44
Referenser	49

Inledning;

En lyckad rehabilitering av personer med psykiskt funktionshinder är ofta beroende av att hela systemet samverkar och stöder ett rehabiliterande arbetssätt. Som psykiatrisamordningen pekat på och som även framkommit i Socialstyrelsens och Länsstyrelsernas tillsyn under åren 2002-2004 finns flera brister på systemnivå som motverkar en samordnad rehabiliteringsprocess. Det är min förhoppning att nödvändiga förändringar genomförs på systemnivå, men anser också att vi alla kan bidra till förändringar och förbättringar i den egna verksamheten eller arbetsplatsen för att bättre stödja den enskilde på sin väg mot en återhämtning.

Även om en rehabiliteringsprocess gynnas av att hela systemet samverkar i processen och drar åt samma håll finns det också andra aspekter som är viktiga och som vi behöver utveckla i våra egna verksamheter. Det handlar både om attityder, värderingar och kunskaper, annat verksamhetsinnehåll och även andra strukturer för verksamheterna. I arbetet med att utveckla en verksamhet är de båda begreppen rehabilitering och återhämtning två centrala begrepp. Begrepp som det är nödvändigt att öka kunskapen om för att på bästa sätt erbjuda personer med psykiska funktionshinder individuella och rätt anpassade insatser. Dessa två begrepp kommer att tas upp mer i rapporten som följer.

Denna rapport skall beskriva ett försök att sammanfatta en kunskap som jag har utvecklat under en tid som stipendiat på FoU Västernorrland. Jag vill sedan presentera en strategi för att fortsätta med det förändringsarbetet som vi har försökt att få igång i Sollefteå kommun, en strategi som vi hoppas kan vara intressant även för andra som kämpar med ett sådant paradigbyte.

Bakgrund

Sollefteås kommunala verksamhet för personer med psykiska funktionshinder flyttades över 1 januari 2003 från äldre- och handikappomsorgen till socialförvaltningen. Syftet var bl.a. att verksamheten i större omfattning skulle arbeta utifrån ett rehabiliteringsperspektiv än ur ett omvårdnadsperspektiv.

Då möjligheten att ansöka om länsmedel kom 2005 för bl.a. utveckling av samverkan, tog ledningsgruppen för de personliga ombuden också uppdraget att fungera som ledningsgrupp för ett projekt med syftet att utarbeta ett gemensamt policydokument mellan Sollefteå kommun och Landstinget avseende målgruppen personer med psykiska funktionshinder. Verksamheter som representeras i

ledningsgruppen är: Riksföreningen för Social och Mental Hälsa (RSMH), Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Individ- och omsorgsförvaltningen och Landstingets psykiatri. Ledningsgruppen har efter projekttiden fortsatt att fungera som ledningsgrupp för de personliga ombuden men också med mer övergripande frågor rörande målgruppen. Gruppen sammanträder två gånger per termin.

Av de länsmedel som beviljades anordnades även en nätverksutbildning. I projektet utbildades närmare 80- talet personer från olika verksamheter och myndigheter. Syftet var att förstärka och utveckla samverkan och optimera utformningen av vård- och stödinsatser till målgruppen. Relativt stora satsningar har gjorts för att utveckla samverkan mellan olika aktörer på området.

Under 2004 och 2005 genomfördes en utbildningssatsning. Huvuddelen av personalen inom socialpsykiatri i Sollefteå kommun genomgick en grundkurs i psykiatrisk rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder enligt Bostonfilosofin. Detta utvecklades och drevs av FoU Västernorrland. Trots en inbjudan till personal från Landstingets psykiatri och Försäkringskassan, blev det endast personal från de olika socialpsykiatriska verksamheterna i Västernorrland. Innehållet i utbildningen presenteras i stora drag i kap. 3.

Efter den genomförda utbildningen utarbetades ett dokumentationsunderlag och en handbok för att skapa en tydlig struktur kring rehabiliteringsarbetet. Både dokumentationsunderlaget och handboken bygger på den form och de principer för psykiatrisk rehabilitering som presenterades under utbildningen.

När det gäller personalutveckling har vi i Sollefteå arbetat med både kunskapsutveckling och att utveckla en ökad förståelse och tilltro till rehabilitering och återhämtning. Som nämnts ovan har nästan samtlig personal i Sollefteås socialpsykiatriska verksamhet genomgått grundutbildning i psykiatrisk rehabilitering.

Arbetet med att utveckla tilltron till återhämtning och rehabilitering har skett genom föreläsningar av personer med egen erfarenhet. Det började med att en brukare bjöds in till verksamhetens planeringsdagar för att föreläsa om sin väg till återhämtning. Detta uppskattades mycket av personalen. Vi arrangerade året därpå en tvådagars bemötandebildning med personer med egen erfarenhet för all socialpsykiatrisk personal. Arbetet har sedan fortsatt genom att utbilda cirkelledare som sedan har lett studiecirkel kring bemötande, attityder, rehabilitering och återhämtning. Detta har skett i nära samverkan med RSMH Sollefteå och RSMH Umeå samt socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten. Arbetet skall resultera i en handlingsplan för bemötande på varje verksamhet.

Psykiatrireformen och Socialtjänstlagen (SoL)

Som ett led i att förbättra situationen för personer med psykiska funktionshinder tillsattes psykiatriutredningen 1990 och kom med sitt slutbetänkande (SOU 1992:73). I slutbetänkandet kunde man konstatera att bristerna kring stödet för dessa personer var mycket stora. Man presenterade också flera förslag som syftade till att förbättra situationen för målgruppen.

I regeringens proposition (1993/94: 218) ville man klargöra ansvarsfrågan mellan kommun och landsting och förtydliga kommunens ansvar för målgruppen bl.a. vad det gäller sysselsättning och boende. Kommunens uppgift skulle således bli att stödja personer med psykiska funktionshinder att hantera konsekvenserna av sitt funktionshinder. Regeringens förslag antogs av riksdagen och psykiatrireformen sjösattes den 1 januari 1995.

Principerna för psykiatrireformen är:

- Den psykiskt störde skall ha samma rättigheter och skyldigheter som andra grupper i samhället.
- Den psykiskt störde skall ha rätt till service, stöd och vård som är anpassade efter dennes individuella förutsättningar och behov.
- Den psykiskt stördes egna val och prioriteringar skall vara utgångspunkten för alla insatser som riktas till den enskilde.
- Service, stöd och vård till psykiskt störda skall ges i så öppna former som möjligt ute i det lokala samhället där individen lever.
- Insatserna skall utformas så att de understödjer den enskildes oberoende och integritet.
- Insatserna skall utformas så att de stöder den enskildes välfärd.

Enligt 3. kap §3, SoL framgår det att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet. God kvalitet definieras bl.a. som rättssäkerhet, men man lyfter också fram medinflytande och tillgängligheten som en kvalitetsfaktor. (Regeringens proposition 1996/97:124).

Arbetet med psykiatrireformen fortsatte med olika uppföljningar för att kontrollera effekterna av psykiatrireformen och hur kommunerna så här långt levde upp till principerna i reformen. Mellan 2002-2004 genomförde Socialstyrelsen och länsstyrelserna en tillsyn av kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder.

Denna tillsyn visade också att det finns brister på många områden och att stödet och servicen till målgruppen behöver utvecklas i flera avseenden. Man konstaterar bl.a. brister inom områdena kunskap och kompetens. Man behöver skapa möjligheter för att ge personal både fortbildning och handledning. Vidare menar man att effektiva metoder bör införas i det praktiska arbetet. För att bättre kunna erbjuda behovsstyrda insatser behöver kommunerna satsa på att utveckla arbetet med individuella planeringar och uppföljningar.

2003 tillsatte regeringen en nationell psykiatrisamordnare som skulle se över olika områden rörande målgruppen och komma med förslag till förbättringar. I psykiatrisamordningens slutbetänkande (SOU 2006:1009) redovisas flera brister i stödet och vården till målgruppen. Bl.a. menar man att kunskaperna om rehabilitering är otillräckliga, jmf. den tidigare trappmodellen kontra det nyare hjulperspektivet:

”Rehabilitering bör starta tidigt i behandlingsprocessen och fungera i en samlad och integrerad process. Den tidigare metaforen med en rehabiliteringskedja eller trappa, där var och en definierar och utför sin rehabiliteringsinsats, kan snarare ersättas av ett hjul. Ekrama symboliserar de olika insatser som, var och en för sig är otillräckliga, men som tillsammans ger tillräcklig stadga och styrka att ta sig framåt” (Socialstyrelsen 1999, Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform)

Behovsbedömningar och utredningar uppges vara splittrade vilket kan peka på behovet av bättre individuella rehabiliteringsplaneringar. Psykiatrisamordningen lade fram flera förslag till förbättringar.

I psykiatrisamordnarens slutbetänkande pekar man bland annat på personalens kompetens och verksamhetens organisering av arbetet. ”Betydelsen av en ändamålsenligt utbildad personal och tillräckligt stor personalstyrka, vars arbete organiseras på ett rationellt sätt, kan inte underskattas.” (SOU 2006:1009) I en särskild rapport (Nationell psykiatrisamordning 2006) lade författaren ut situationen angående rehabilitering av personer med psykiska funktionshinder i Sverige. Rapporten pekade på en brist av metoder och många strukturella och lagstiftade hinder, men också en stor potential för målgruppen, en potential förankrad i internationell forskning om återhämtning och rehabilitering.

Trots att de ovan beskrivna utredningarna och tillsynerna av reformarbetet visar på brister och stort behov av utveckling, framhålls också att det bitvis blivit bättre. Framförallt den maktförskjutning som skett från de professionella till brukarna, vilket har inneburit ökad valfrihet och inflytande för den enskilde. Markström (2003)

Från psykisk störda till psykisk funktionshindrade

Efter psykiatrireformen har synen på psykiska störningar förändrats. Från att se personen ur ett medicinskt och biologiskt perspektiv till att betrakta personer med psykiska störningar ur ett handikapp- och funktionshinderperspektiv. Benämningen ”psykiskt störd” ersätts ofta med personer med psykiska funktionshinder. Den benämningen ger större utrymme för och pekar ut en tydligare inriktning mot att arbeta med de svårigheter den enskilde möter i sitt dagliga liv och i den miljö denne lever. Enligt WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) skall ett funktionshinder inte klassificera personer utan beskrivas i ett sammanhang som innefattar både omgivnings- och personfaktorer. Enligt psykiatriska rehabiliteringsprinciper ger inte heller symtom och diagnos tillräcklig information för att avgöra funktionsnivån.

I och med denna perspektivförskjutning från en medicinskt-biologiskt betraktelsesätt utökades också målgruppen som var tänkt vid psykiatrireformens genomförande.

Problemformulering

I och med de utbildningsinsatser som genomförts har personalen i kommunen utvecklat kunskaper och ökat sin förståelse för återhämtningsperspektivet och psykiatrisk rehabilitering. Detta har gett personalen en större trygghet i att arbeta mer med ”händerna på ryggen” och tillskriver den enskilde större kompetens och förmåga. Detta har lett till ökad delaktighet och medverkan från enskilda brukare vilket har fått positiva effekter i form av högre funktionsnivåer för flera av de personer som erhåller stöd från verksamheten.

I det nya betraktelsesättet förskjuts tyngdpunkten i stödet från en tydligare omsorgsinriktning p.g.a. att utgångspunkten varit personens brister och svagheter mot en rehabiliteringsinriktning baserat på personens styrkor och förmågor. Insatserna syftar till att minimera de negativa konsekvenserna av funktionshindret genom att försöka öka funktionsnivån hos den enskilde, utveckla ett individanpassat stöd i omgivningen eller anpassa själva omgivningen. I och med detta förändrade betraktelsesätt blir det också nödvändigt att utveckla nya metoder och verksamhetsstrategier som är baserade på nyare och relevantare kunskaper.

Efter att personalen genomgått utbildningen i psykiatrisk rehabilitering enligt Bostonfilosofin, arbetades det fram ett

dokumentationsunderlag och en handbok för att stödja det fortsatta rehabiliteringsarbetet. Dokumentationsunderlaget var också tänkt att säkerställa att alla moment i processen genomfördes. Underlaget skulle utvärderas och utvecklas när det använts en tid.

Av olika anledningar upplevs underlaget svårhanterligt och det har inte kommit till användning i någon större omfattning. För att få möjlighet att ändå utvärdera underlaget och att göra det mer användarvänligt tog jag kontakt med FoU Västernorrland för att tillsammans med dem se över underlaget och handboken.

Under denna diskussion lyftes svårigheten generellt med införandet av nya metoder och det hela utvecklades till att beröra hela implementeringsprocessen, hur man inför och förankrar nya metoder i en verksamhet. Idén att söka stipendium väcktes för att få tid att utveckla en strategi för det fortsatta utvecklingsarbetet och för att lära och bättre förstå hur man på ett effektivare sätt kan arbeta med verksamhetsutvecklingen.

Syftet med FoU projekt

Syftet med projektet är att utveckla en strategi för att implementera en strukturerad rehabiliteringsplanering i verksamheten utifrån evidensbaserad kunskap och erfarenheter av psykiatrisk rehabilitering. Syftet är också att försöka utforma en möjlig strategi för det fortsatta arbetet med att utveckla verksamhetens rehabiliteringsarbete så att den får en tydligare återhämtningsinriktning och bättre stöder den enskilde på sin väg mot återhämtning.

Metod

FoU-Västernorrland

Kommunförbundet Västernorrland är huvudman för den forsknings- och utvecklingsenhet (FoU) som länets kommuner startade januari 2002. Verksamheten är riktad mot socialtjänstens verksamhetsområden och syftar till att nå ökad kunskapsutveckling inom området. Genom att starta en regional FoU-enhet hoppas man skapa en länk mellan forskning och praktik inom socialtjänsten. Den forskningsfilosofi som FoU Västernorrland utgår från är att den forskning och utveckling som bedrivs ska vara praktikrelaterad. Med det menar vi kortfattat att verksamheten ska utgå från det sociala arbetets vardag, behov och erfarenheter

Vem kan söka FoU-stipendium?

Alla som är anställda inom socialtjänsten vid någon av FoU Västernorrlands medlemskommuner är välkomna att söka FoU-stipendium.

Till vad kan man söka FoU-stipendium?

Man kan söka FoU-stipendium till allt som kan utveckla kunskapen inom socialtjänstens verksamhetsfält. Det kan vara såväl utvärderingar som utvecklingsarbeten. Det som är viktigt och avgörande är att din projektidé ska vara relaterad till socialtjänstens verksamhetsområde. (Hemsidan – www.fouvasternorrland.se)

Stipendiat struktur – Att reflektera, utveckla kunskap

Upplägget för stipendiet var att granska litteratur i ämnena rehabilitering och återhämtning samt implementering. Vi bestämde också att göra telefonintervjuer med personer i verksamheter som prövat med att implementera en rehabiliteringsmetod i sina verksamheter. Jag har också genomfört några studiebesök. Ett i en verksamhet och två möten med personer som arbetar i ett projekt finansierat av ”Miltonmedel” för att utveckla arbetet med psykiatrisk rehabilitering. Syftet med studiebesöken har varit att lära av andra och att i bästa fall undvika misstag som andra lärt sig av.

Litteratur granskning

Litteraturen jag läst handlar om psykiatrisk rehabilitering, återhämtning och implementering. Artiklarna har främst varit av författare/teoretiker från USA men även några artiklar från andra länder som Storbritannien, Australien och Nya Zeeland. I kapitel tre och fyra redovisas de områden som är relevant för syftet med denna rapport.

Rehabiliteringsnätverk

Projektet har presenterats i FoU:s länsövergripande nätverk för psykiatrisk rehabilitering den 31 maj 2007. Syftet med det var att få feedback på projektet och eventuellt starta samverkan i länet kring implementering och metodutveckling tillsammans med FoU.

Telefon intervjuer

Intervjuer har genomförts utifrån en framtagen mall. Några frågor har handlat om vad som gjorts på olika nivåer för att underlätta införandet av en ny metod. Tyngdpunkten har dock under intervjuerna varit att hitta framgångsfaktorer och svårigheter/hinder på verksamhetsnivå i arbetet med att implementera en strukturerad individuell rehabiliteringsplanering. Jag har först kort beskrivit mitt projekt och syftet med att jag ringer innan jag börjat ställa mina frågor. P.g.a. att de jag intervjuat har olika erfarenheter och arbetar under olika förutsättningar har också telefonsamtalen utvecklats olika. Telefonintervjuerna har tagit ca 1-1½ timme

Jag har gjort tre telefonintervjuer; Camilla Bogarve, projektledare i Halland, Marie Askerstam psykiatrin, Södertälje och Karin Melander psykiatrisamordnare i Skellefteå.

Studiebesök

Tre studiebesök/träffar har genomförts. Två intervjuer har skett med personer som har varit engagerade i ett utbildningsprojekt finansierat med "Miltonmedel". På så sätt har jag försökt få med erfarenheter från både verksamheter och personer som inte är direkt knuten till en verksamhet men som i projektform arbetat för att förändra arbetsmetoder och inriktning i verksamheter.

Det första besöket var i Varberg på den dagliga verksamheten för personer med psykiska funktionshinder, två företrädare Lennart Karlsson enhetschef och Ronny Österberg, arbetsanpassare. Studiebesöket tog ca tre timmar. Andra intervjun var i Malmö med Ingela Lundgren, Camilla Bogarve och David Rosenberg FoU. Denna intervju tog ca 2 tim. Det tredje studiebesöket var också i Malmö med Ingela Lundgren, Pamela Andreasson och David Rosenberg FoU. Denna träff tog ca 2½ tim. Utgångspunkten för studiebesöket och intervjuerna har varit samma frågemall som i telefonintervjuerna.

Psykiatrisk rehabilitering och återhämtning – teori och principer

Avinstitutionaliseringen

Avinstitutionaliseringen kan sägas börja under 1970- talet i Sverige men hade på andra håll i Europa och USA redan påbörjats. Flera orsaker uppges ha bidragit till den påbörjade neddragningen av slutenvården. Dels de nya antipsykotiska medicinerna och den symptomreduktion de medförde. Denna symptomreducering gjorde det lättare att skriva ut patienter från mentalsjukhusen då deras beteende blev mindre avvikande.

Framväxten av nya behandlingsmetoder som inte var sjukhusbaserade i första hand bidrog också. Andra orsaker som anges är både av ideologiska och ekonomiska skäl men också av arbetsmarknadsrelaterade orsaker. De stora mentalsjukhusen var dyra och genomströmningen var låg, många som skrevs in blev kvar långa tider, ofta större delen och ibland resten av livet vilket gjorde att behovet av slutenvårdsplatser hela tiden ökade. Vidare började vissa studier peka på skador som man ansåg orsakade av långa institutionsvistelser vilket ledde till en ökad kritik av de stora mentalsjukhusen. Kritiken kom både från vetenskapligt håll men också från annat håll som olika medborgarrättsrörelser och klientorganisationer som nu började växa fram.

I och med att slutenvårdsplatserna minskade, började personer med psykiska störningar och sjukdomar vistas alltmer ute i samhället. Detta gjorde att behovet av att utveckla ett fungerande stöd för dessa personer kom att bli ett viktigt område. Fokus började förskjutas från ett enbart medicinskt synsätt där bot och behandling var målet, till att också inbegripa ett rehabiliteringsinriktat betraktelsesätt. I funktionshinder och rehabiliteringsperspektivet är det viktigt att utveckla och återfå funktioner. Detta ledde också så småningom till att personer med psykiska störningar kom att allt mer och mer betraktas som personer med psykiska funktionshinder. Stödet syftar då inte primärt till att bota personen utan att ge möjligheter till att leva ett mer integrerat och tillfredsställande liv i samhället trots de svårigheter funktionshindret medför.

Paradigmskifte

Enligt den amerikanske vetenskapsteoretikern Thomas Khün utvecklas vetenskaper inte på ett rakt och linjärt sätt utan snarare språngvis där ett paradigm ersätter ett annat. Detta sker när gamla teorier och sanningar inte längre räcker till att beskriva vår verklighet

eller kan förutse händelseutvecklingen i ett skeende eller process tillräckligt preciserat. I mötet mellan de gamla och de nyare teorierna sker ett paradigmskifte när det nya synsättet alltmer ersätter det gamla och blir till en ny gemensam kunskap och sanning.

I kunskapsområdet ”återhämtning och rehabilitering” för personer med psykiska funktionshinder har ny kunskap börjat utvecklas och ett nytt sätt att betrakta psykiska sjukdomar börjat skönjas allt tydligare. Förändringen beskrivs bland annat ha sin början i att det började växa fram klient- och brukarorganisationer och att enskilda började berätta om hur de återhämtat sig från svåra psykiska störningar. En annan stor bidragande orsak var den långtidsstudie av Harding (1994) som pekade på att en nedbrytande sjukdomsutveckling inte var normen för psykiska sjukdomar och att sjukdomsutvecklingen inte bara hängde ihop med det psykiska funktionshindret, utan berodde snarare på en mängd andra faktorer. Detta ledde till att man började se psykiska störningar i ett nytt ljus. Det verkade inte längre som de bara var kroniska och med en oåterkalleligt nedbrytande sjukdomsutveckling. (Anthony 2000)

I olika studier kring stödet och servicen till personer med psykiska funktionshinder skriver flera författare om att utvecklingen på området nu befinner sig i ett paradigmskifte.

Karlsson (2004) nämner en studie av Nelson, Lord och Ochocka. (2001) Studien beskriver en utveckling från de professionellas makt och den sjukes underlägsenhet och beroende och samhällets stigmatisering och hur detta synsätt ersätts av ett annat. Ett synsätt som fokuserar på den enskildes förmåga och kompetens och dennes eget bidrag till återhämtningen.

Markström (2003) nämner också att utveckling går från en stödideologi till en återhämtningssideologi. Skillnaden är att man i en stödideologi tillskriver den professionella insatsen en avgörande roll i tillfrisknandet medan i en återhämtningssideologi läggs fokus på den enskildes resurser och det egna bidraget i återhämtningen.

Anthony (2000) talar om ett paradigmskifte och menar att återhämtning är en vision som inte är förenlig med de servicesystem som bygger på den tidigare synen av psykiska sjukdomar som en kronisk åkomma med små om ens några möjligheter till förbättring.

Katherin Power (2004) nämner att introduktionen av återhämtningssinriktningen i den amerikanska mentalhälsovårdsdebatten ” is nothing short of revolutionary.” Hon menar att förändringen har kommit igång för inte mer tio år sedan och det mesta av förändringen har skett under de senaste fem åren.

I jämförelsen mellan det nya återhämtningsparadigmet och den gamla vårdideologin menar flera författare att för verksamheter inom psykiatri har det gamla synsättet inneburit en bristande tilltro till brukarnas egen förmåga och ett bristande brukarperspektiv. I det nya återhämtningsperspektivet blir brukarperspektivet och den enskildes resurser framflyttade och det avgörande är vad brukarna faktiskt får ut av insatserna och hur det påverkar deras väg till återhämtning.

Återhämtning som begrepp och kunskapsområde

Under tiden efter Psykiatrireformen har Återhämtningsforskning fått ett stort genomslag och kan ses som en kunskap som kan stödja många principer och metoder som kan sammanställas under rubriken psykiatrisk rehabilitering. Många studier (Harding, mfl. 1992) har tvingat det psykiatriska fältet att omvärdera idén att personer med allvarlig psykisk ohälsa har sjukdomar som utesluter ett fungerande liv i samhället. Det finns nuförtiden långsiktiga kvantitativa studier som pekar på att mellan 45 och 68 % av personer med allvarliga psykiska sjukdomar kan återhämta sig till en fungerande liv i samhället. (Anthony, 2002 Topor, 2001) Kvalitativa studier som fokuserar på individens erfarenhet av återhämtning lyfter fram faktorer som bidrar till ett mer delaktigt liv i samhället.

Bland de som förespråkar återhämtning som fenomen verkar det råda konsensus kring återhämtning som en mycket personlig process eller resa. Att det är en mycket individuell och personlig process gör det svårt att enkelt och enhetligt definiera vad begreppet är eller vad det innebär. Det finns många försök till definitioner av begreppet, även om de till viss del skiljer sig åt är ändå kärnan av begreppet tydligt.

Delstaten Connecticut's Department of Mental Health and Addiction Services jämför återhämtning som begrepp mellan beroendeproblematik och återhämtning avseende psykiska sjukdomar. Det finns både likheter men också vissa saker som är specifika för det ena eller andra. En skillnad som lyfts fram är att i återhämtningen från en beroendeproblematik har de professionella länge varit överens om att de inte kan få en person att avstå sitt missbruk utan det handlar om vad personen själv gör och vill. Detta synsätt har inte varit lika allmänt accepterat inom mentalhälsovården, då man ansett att en psykisk sjukdom på ett mer genomgripande sätt gör en person oförmögen att ha kontroll över sitt liv.

I samma artikel framhävs vikten av att personen måste återerövra makten och ansvaret för sitt liv. Utan det kommer personen inte att lyckas återfå eller utveckla sina funktioner.

Att återhämtningen definieras av vad personen själv gör och att det är en djup personlig resa innebär det inte att det inte behövs

professionella insatser. Precis som inom andra områden behövs personer med kunskaper om återhämtning, rehabilitering och psykiska sjukdomar för att på bästa sätt kunna stötta och hjälpa personer med denna problematik. Vi kan bli experter på kunskapsområdet och rehabiliteringsprocessen, men inte på den enskilde. Utgångspunkten måste därför alltid vara att det är individen själv som är experten på sig och sitt liv.

Försök att definiera återhämtning som begrepp har gjorts av flera olika författare. De har lite olika innehåll men beskriver på det hela fler likheter än skillnader. Jag har valt att ta med flera försök till definitioner för att visa på både olikheter men framförallt de likheter som finns i de olika definitionerna.

- ”Återhämtning beskrivs som en djup personlig, unik process av att ändra sina attityder, värderingar, känslor, mål, förmågor eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredställande, hoppfullt och bidragande liv även med de begränsningar som orsakats av sjukdom. Återhämtningen involverar utvecklandet av en ny mening när man växer bortom det psykiska lidandets katastrof.” (Anthony, m.fl. 2001)
- ”Recovery can be defined as a process of learning to approach everyday challenges, overcome our disabilities, learn skills, live independently and contribute to society. This process is supported by those who believe in us and give us hope” Dr. Ruth Ralph, Ph.D. (2004)
- “Recovery is a process by which people with psychiatric disabilities rebuild and further develop important personal, social, environmental, and spiritual connections, and confront the devastating effects of discrimination through personal empowerment.” (Spaniol and Koehler 1994)
- “Recovery refers to the lived or real life experience of persons as they accept and overcome the challenge of the disability” (Deegan 1988)

Anthony lyfter fram den djupt personliga och individuella aspekten av den resa eller process som en återhämtning innebär. Återhämtningen innebär också att personen hittar en ny mening med livet.

Ruth lägger tonvikten på att återhämtning är just en process som personen kämpar sig igenom. En process där den enskilde kämpar med konsekvenserna av sitt funktionshinder och försöker hitta lösningar på de svårigheter han eller hon möter i det dagliga livet och på olika områden.

Deegan (1998) uttrycker också en andlig sida av begreppet och nödvändigheten av att konfronteras med effekterna av sitt funktionshinder och vikten av att acceptera funktionshindret och på så sätt komma vidare och bemästra funktionshindrets olika utmaningar.

I försöken att definiera återhämtning används olika begrepp för att fånga själva essensen i återhämtningen.

Boston University (Farkas, Anthony m.fl. 2005) har specificerat fyra kärnprinciper/områden för återhämtning:

- **Delaktighet.** En viktig del i en persons återhämtning är möjligheten att själv vara med och påverka sin situation och utformandet av stödet. En av skillnaderna i den nya återhämtningssideologin jämfört med den traditionella vårdideologin är att tillskriva den enskilde en förmåga och kompetens som blir en viktig del i behandlings- och rehabiliteringsarbetet. Den amerikanske forskaren och psykoterapeuten Scott D. Miller (2004) menar att kvaliteten i relationen mellan klient och terapeuten har ett bättre prognostiskt värde på utgången av behandlingen än teori och metodval. Det är patientens definition av relationen, inte terapeutens som är avgörande. Det här är också ett steg bort från den traditionella vårdideologin som tenderar att objektifiera den enskilde snarare än att göra patienten till ett subjekt.
- **Valfrihet & självstyrande.** Betraktar man som behandlare den enskilde som ett subjekt blir det omöjligt att inte ta med brukaren i planeringen. Genomförandet av ett effektivt stöd eller en behandling blir inte möjlig om inte personen själv deltar i och påverkar valet av insatser som den tror på. Här ökar kravet på verksamheten att erbjuda fler och mer differentierade insatser för att erbjuda större möjligheter till att välja mellan olika alternativ.
- **Individeriktad.** Återhämtning beskrivs av William Anthony som en djup, personlig och individuell process. Detta ställer stora krav på verksamheter som ska leverera stödinsatser till personer med psykiska funktionshinder och som på allvar ser den enskilde som en människa i första hand och inte en diagnos eller sjukdom/störning. Alain Topor (2001) menar att det saknas specifika behandlingar för bestämda psykiska sjukdomar som medför att en övervägande del av patienterna återhämtar sig. Detta pekar på behovet av att anpassa insatserna och behandlingarna till den enskilde. ”Insatserna måste skraddarsys för den enskilde individen.”

- **Utvecklingspotential.** En viktig del i en persons återhämtning är tilltron till personens egen förmåga. Knight (2004) ser att den traditionella psykologin bygger på korrigerande beteendet och att det innebär en anpassning till funktionshindret och att anpassningen ofta blir på en alltför låg nivå. Detta blir ett stort hinder. Istället behövs en psykologi som bygger på respekt för patienten och att man ser honom eller henne i ett helhetsperspektiv med både förmågor och svårigheter. Genom att inta ett salutogent förhållningssätt och fokusera på personens styrkor är möjligheten till växande betydligt större. Genom att ha ett friskhetsperspektiv och att använda styrkebaserade tekniker kan man hjälpa den enskilde att ta tillvara på och utveckla de styrkor och förmågor personen redan har. Ett lösningsfokuserat förhållningssätt innebär att man konstruerar lösningar tillsammans med den enskilde i stället för att försöka lösa ett problem åt någon. Fokus ligger här tydligt på personens förmåga och vad han/hon redan gör som fungerar och som minskar svårigheterna. Närvaron av det som fungerar är det viktiga snarare än frånvaron av problemet. Ytterligare en viktig faktor i återhämtningen som nämns är, uppbyggnad/återtagandet av värderade roller. Genom att anställa eller på andra sätt engagera personer med egen erfarenhet kan deras roller förändras till mer socialt accepterade. Genom att erbjuda stödet i verkliga miljöer i stället för i ”konstgjorda” miljöer som är skapade av stödverksamheten kan en person uppleva en annan roll än som patient eller brukare.

Kritik mot begreppet återhämtning

Ett problem med begreppet återhämtning är enligt Larry Davidson, att det används inom en mängd olika områden och beskriver olika tillstånd. Inom fysiologin innebär begreppet oftast en total återgång till tillståndet före, t.ex. tillståndet innan man bröt fingret eller armen. Vid kroniska fysiska sjukdomar används dock begreppet lite annorlunda och man avser sällan en fullständig återgång till ett tillstånd som var innan insjuknandet. De olika sätten att använda begreppet, menar författaren, är en del av kontroversen kring begreppet, att man använder det för att beskriva icke akuta tillstånd. Anhängare av denna trauma-teori menar att det inte är möjligt att uppnå en återgång till ett tillstånd som var innan traumat. Själva traumat i sig definieras av hur det förändrar hela ens världsbild och synen på sig själv på ett så genomgripande sätt att en återgång till ett tidigare tillstånd är omöjlig. Begreppet kan i stället få innebörden av en pågående process. Man är i återhämtning, den drabbade konfronteras och aktivt arbetar sig igenom de erfarenheter traumat inneburit. Individens mening med det som skett och integrerar det i sitt liv och den negativa

effekten av traumat minskar över tid. En viktig aspekt av denna definition är att det handlar om att erövra någon form av kontroll över det som skett. Det blir en förskjutning från offerposition till överlevare. Inom mentalhälsovården kan båda dessa användningar av begreppet användas. Till exempel för en person som drabbats av en djup depression eller kanske en reaktiv psykos vid ett tillfälle i sitt liv skulle den första definitionen av begreppet vara adekvat. Medan en person som drabbas av en annan psykisk sjukdom med ett längre förlopp och en mer oviss prognos skulle återhämtning som process vara mer relevant. Återhämtning kan, sett ur dessa perspektiv, definieras som både ett tillstånd och som en process.

Psykiatrisk Rehabilitering

Definition och syfte

Rehabilitering har också definierats på olika sätt. Jag har tagit med några av de jag stött på i litteraturen för att ge en bredare bild av hur rehabilitering kan beskrivas. Alla beskrivningar syftar till återskapandet av funktioner men beskrivs olika omfattande.

”Psykiatrisk rehabilitering” kan ses som ett specifikt kunskapsfält, där teorier, principer och metoder, bygger på, och har utvecklats över tid med hänsyn till de speciella behov för personer med psykiska funktionshinder.

Syfte

“Syftet med psykiatrisk rehabilitering är att hjälpa människor till att de ska kunna fungera och trivas bättre i de sammanhang de valt att leva i, d.v.s. i sitt boende, sina studier eller sitt arbete med så få pågående professionella insatser som möjligt.” Farkas och Anthony (2000)

- ”Rehabilitering är återställande av förlorad funktion.”
”Habilitering är utvecklande av ny förmåga.”
(Nationalencyklopedin)
- ”Med rehabilitering avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter någon sjukdom/skada, genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder allsidigt främja, att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande” (Prop1992/93:159)
- “Psychiatric rehabilitation promotes full recovery, full community integration and improved quality of life for persons who have been diagnosed with any mental health condition that seriously impairs their ability to lead meaningful lives. Psychiatric rehabilitation services are collaborative, person directed and individualized. These services are an essential element of the health care and human services spectrum, and

should be evidence-based. They focus on helping individuals developing skills and access resources needed to increase their capacity to be successful and satisfied in the living, working, learning, and social environments of their choice”(U.S Psychiatric rehabilitation association standardizes definition of psychiatric rehabilitation från Oct. 2007) www.uspra.org

Allmänna principer

Man har ännu inte kunnat utröna vad som är de avgörande delarna i en rehabiliteringsprocess. Det man enats om är att processen måste ha tre komponenter: ett syfte, en struktur och en miljö. Syftet med rehabiliteringen finns definierat enligt ovan. Vad gäller programmets form definierar man tre strukturer; riktlinjer för de olika faserna i processen, aktiviteter i själva utförandet och dokumentation av processen. Strukturen skall underlätta och tydliggöra själva processen som består av tre olika faser. Bedömningsfas, planeringsfas och själva åtgärdsfasen. Själva idén med rehabilitering är att det är tänkt som en väg tillbaka till samhället. Detta gör att miljön för rehabilitering är mycket viktig. Personer med psykiska funktionshinder kan ha svårt att generalisera kunskaper och att överföra dem från en situation eller plats till en annan. Svårigheter inom ett område ger inte alltid vägledning om förmågan i en annan situation eller miljö. Detta betyder att det är viktigt att träna på rätt ställe från början. Psykiatrisk rehabilitering är tydligt inriktat mot samhället och bör utformas i naturliga miljöer så långt som möjligt.

De två viktigaste rehabiliteringsåtgärderna är att lära ut/träna färdigheter och att utveckla stödet i omgivningen. Det är också vetenskapligt belagt att dessa två åtgärder skapar positiva resultat. Anthony m.fl. (2000).

Olika nivåer

Ett rehabiliteringsarbete kan ske på flera olika nivåer och med olika inriktningar och målsättningar beroende på var personen befinner sig. Det viktiga i ett rehabiliteringsarbete är att hjälpa personen utifrån dennes förutsättningar och behov med utgångspunkten att finna individen just där hon/han befinner sig just nu.

Nyare forskning har visat att flera gamla ”sanningar” om psykiska störningar inte är relevanta i ett rehabiliteringsperspektiv. Det har lett till att under utvecklingen av en psykiatrisk rehabiliteringsmodell har ett antal viktiga principer och värderingar framträtt allt tydligare. Utifrån det har man formulerat åtta nyckelvärderingar och nio grundläggande principer som ger vägledning i det psykiatriska rehabiliteringsarbetet.

Åtta nyckelvärderingar:

- Personorientering: Fokus på hela människan och inte på en diagnos eller en sjukdom
- Funktionsförmåga: Fokus på att utföra vardagsaktiviteter
- Stöd: Fokus på att ge stöd så länge det behövs och önskas
- Miljöspecifikation: Fokus på den miljö där personen bor, studerar, arbetar och umgås med andra
- Delaktighet: Fokus på att involvera personen som fullvärdig medarbetare i alla delar av rehabiliteringen
- Valfrihet: Fokus på personens preferenser genom hela processen
- Resultatinriktning: Fokus på att utvärdera rehabiliteringen i termer av hur den påverkar utfallet för personen
- Utvecklingspotential: Fokus på att öka en persons framgång och tillfredsställelse, oavsett individens nuvarande svårigheter

De nio grundläggande principerna är:

- Tonvikten på att förbättra funktionsnivån och kompetensen hos personer med psykiska funktionshinder
- Fördelen för individen är ett mer ändamålsenligt beteende och bättre funktionsförmåga i den miljö som valts
- Tron på att man genom att stödja ett beroende hos individen i slutändan kan uppnå ökad självständighet
- De två huvudåtgärderna går ut på att utveckla färdigheterna och stödet i närmiljön
- Tonvikten på att förbättra resultatet av rollprestationerna i boendet, utbildningen och arbetslivet
- Individens aktiva deltagande i rehabiliteringsarbetet är en av hörnstenarna
- Åsikten att långvarig läkemedelsbehandling ofta är nödvändigt, men sällan tillräckligt, komplement till en rehabiliteringsåtgärd

- Eklektisk hållning till användningen av olika tekniker och metoder
- Hopp är en oundgänglig beståndsdel i rehabiliteringsprocessen

Varje nyckelvärdering och grundprincip innehåller mycket mer än vad som kan förstås utifrån dessa korta formuleringar. De ger dock en bild över vad som är väsentligt i rehabiliteringsprocessen. De kan fungera som viktiga vägvisare för alla verksamma och för utformning och utveckling av verksamheter avsedda att stödja personer med psykiska funktionshinder.

Modeller/program

Det finns flera olika modeller/program för psykiatrisk rehabilitering. De har alla det gemensamma att de utgår från de nyckelvärderingar och de arbetar utifrån de grundprinciper som presenterats ovan, även om de riktar in sig på olika områden, nivåer eller miljöer.

Fontänhus, Klubbhusmodell.

Fontänhusmodellen som är en amerikansk modell utvecklad av patienter från mentalsjukhusen i USA startade som en självhjälpsgrupp 1948 och har sedan dess vuxit och utvecklats till en stor internationell rörelse. Fontänhusrörelsen riktar sig främst mot en arbetsinriktad rehabilitering. De arbetsuppgifter som erbjuds klubbmedlemmarna på ett klubbhus är inte konstgjorda eller utan syfte. Alla arbetsuppgifter ska t.ex. vara nödvändiga för klubbhusets fungerande. Fontänhusrörelsen har ett salutogent perspektiv och menar att genom att fokusera på det friska är det också det som växer. De som deltar i klubbhusverksamheten kallas medlemmar. Medlemmarna har en livslång rättighet att återkomma till klubbhuset. Typiskt för klubbhusen är att de har dagsprogram där medlemmarna arbetar solidariskt med personalen i de vardagssysslor som är nödvändiga för klubbhuset. Genom att uppgifterna är nödvändiga för klubbhuset blir de också meningsfulla. Klubbhuset erbjuder också möjligheter till att arbeta i riktiga arbeten med stöd både för arbetsplatsen och för den enskilde medlemmen.

Supported Employment

Supported Employment, eller arbete med bistånd, är en modell för arbetslivsinriktad rehabilitering som utgår från individens specifika behov av och önskemål om ett arbete. Alla, oberoende av funktionshinder, ska ha möjlighet att hitta och behålla ett arbete ute i samhället och få det stöd som han eller hon behöver. Man ser det därför inte som det viktigaste att placera ett fåtal ”arbetsfärdiga” personer utan snarare att hitta och eventuellt anpassa meningsfulla arbeten i samhället och på plats ge den träning och det stöd som

behövs för att alla som vill ska kunna behålla ett arbetet. Viktiga utgångspunkter är (Socialstyrelsen 2003)

- Integration – att personer med psykiska funktionshinder får ett riktigt arbete, att få vara en vanlig anställd i ett företag och arbeta tillsammans med övriga anställda
- Lönearbete – anställningen ska vara baserad på lön och normala arbetsvillkor enligt reglerna på arbetsmarknaden
- Individualiserat stöd – biståndet ska vara anpassat till den enskildes behov och förmåga
- Kontinuerligt stöd – stödet ska inte vara tidsbegränsat utan behovsbaserat och heltäckande och kan därför omfatta alla de saker som är nödvändiga för att personen ska kunna upprätthålla arbetet

IPS-modellen är också tydligt inriktat mot arbetslivet och utgår från några tydligt definierade principer. Modellen innebär, i huvudsak, ett nära samarbete mellan psykiatrisk personal och en arbetsförmedlare. Psykiatripersonalen står för vård och behandling medan arbetsförmedlaren ordnar arbetsplats och fungerar som stöd och handledare på arbetsplatsen.

Case management (CM)

CM är inte en modell som huvudsakligen riktar sig mot en arbetsrehabilitering utan är mer en modell för att integrera den vård, behandling och rehabilitering som en person med psykiska funktionshinder har behov av. Case management är inte en absolut modell utan har kommit att utvecklas åt olika håll. Modellen/metoden började i USA och var tänkt att samordna och integrera de olika delarna i behandlingen och rehabiliteringen. Case management kan delas upp i olika ”modeller” där casemanagern involveras i olika grader av brukarens situation och problematik. Ulf Malm (2002)

Boston University (en strukturerad planeringsmodell)

Denna modell kräver inte heller någon specifik miljö eller inriktning, utan kan tillämpas mot vilken målsättning den enskilde än väljer att formulera. Den lägger tonvikten på den struktur i verksamheten som anses nödvändig för att utveckla en rehabiliteringsinriktad process. Processen är till för att hjälpa den enskilde att just välja, skaffa och behålla något som han/hon definierar som en målsättning. Det är alltså själva processen som är utgångspunkten för arbetet med den enskilde.

För att skapa förutsättningar för denna process har man formulerat en tydlig struktur för rehabiliteringsarbetet. Strukturen har det syftet att

den skall garantera att alla moment i de tre övergripande faserna inte tappas bort. De tre faserna i arbetet är: 1. bedömnings/diagnosfas, 2. Planeringsfas och 3. Interventionsfas eller åtgärdsfas. Varje fas har en grundstruktur med riktlinjer, aktiviteter och en dokumentation. Varje fasspecifikt moment är kopplad till en mängd möjliga aktiviteter. Riktlinjerna för varje fas är till för att säkerställa att de nödvändiga momenten genomförs på ett rehabiliteringsinriktat sätt och att de dokumenteras.

I korthet innehåller olika faserna nedanstående moment. Jag går inte in på vilka olika aktiviteter som är möjliga för varje moment då det skulle ta allt för stort utrymme. Det är så att säga hur varje moment kan genomföras, medan de olika momenten är vad som skall göras i varje fas.

Diagnosfasen

- Tillsammans med den enskilde göra en bedömning av personens beredvillighet (önskan/motivation till förändring)
- Eventuellt arbeta med att utveckla beredskap hos personen
- Låta personen formulera sin målsättning för processen
- Göra en färdighetsbedömning, kopplat till personens målsättning
- Göra en resursbedömning, kopplat till målsättningen

Planeringsfasen

- Prioritering av mål
- Specificera insatserna (koppla varje insats till ett mål)
- Göra en tidsplan för genomförandet av insatserna
- Göra en tydlig ansvarsfördelning av insatserna

Åtgärds-/interventionsfasen

Denna fas domineras av hur insatserna skall genomföras och får därför en väldigt individuell utformning, därför är det inte så enkelt att beskriva alla de olika möjliga aktiviteterna som är kopplade till denna fas. En viktig inriktning i denna fas är att insatserna i största möjliga

mån ges i naturliga miljöer som avgörs av den enskildes målformulering.

Övriga aktiviteter är t.ex. färdighetsträning, (träna färdigheter) genomföra färdighetsprogram. (att använda/utveckla befintliga färdigheter i olika miljöer) Resursutveckling, resursmodifikation mm. Varje åtgärd/intervention skall utföras utifrån de nyckelvärderingar och grundprinciper som är grundläggande för den psykiatriska rehabiliteringen.

Den planeringsmodell som den beskrivits ovan kan ge intrycket att det är en relativt enkel process. Att det är lätt att förstå de övergripande huvuddragen och de olika momenten som ingår i själva rehabiliteringsprocessen är en sak, men det faktiska rehabiliteringsarbetet i sig är en mycket svår och komplex uppgift.

Återhämtning kontra rehabilitering

I en artikel av Larry Davidson m.fl. (Concepts of recovery in behavioral health: history, review of the evidence, and critique) görs en distinktion mellan rehabilitering och återhämtning. Författarna menar här att rehabilitering är det verksamheter och professionella erbjuder, medan återhämtning endast kan vara en uppgift för den enskilde. Då återhämtning till stor del handlar om att återfå kontrollen över sjukdomen och tillvaron och att ta ansvar för sitt liv kan denna process endast vara den enskildes. Återhämtningsinriktade stödsystem kan däremot vara stödjande i processen men inte ansvara för den. ”The concept of recovery differs from that of rehabilitation in as much as it emphasizes that people are responsible for their own lives and that we can take a stand toward our disability and what is distressing to us. We need not be passive victims. We need not be afflicted. We can become responsible agents in our own recovery process” (Deegan 2004).

- ”Återhämtning innebär ofta återupptagande av värderade roller”
- ”Återhämtning innebär ofta lärande, med nya attityder, kunskaper och färdigheter”
- ”Rehabilitering assisterar folk i att skaffa de färdigheter och stöd de behöver så att de kan bli framgångsrika och tillfredsställda i högt värderade roller”

Cheryl Gagne, Boston university, Center for psychiatric rehabilitation.
www.bu.edu/cpr

Samverkan

För att ett psykiatriskt rehabiliteringsarbete ska bli effektivt måste hela systemet stödja psykiatrisk rehabilitering. Rehabiliteringen sker i ett sammanhang och i samverkan mellan flera olika aktörer och på flera olika nivåer. För att underlätta samverkan mellan olika aktörer kan man beakta de kunskaper som finns om vad som underlättar respektive försvårar samverkan. Så kallade övervältringstendenser och ekonomiska ställningstaganden försvårar samverkan, likaså otydliga uppdrag och osäkerhet hos personal om gränserna för de egna uppdragen. Olika kulturer i olika verksamheter uppges också ha en hindrande inverkan på samverkan. Även om olika verksamheter har olika uppdrag och inriktning t.ex. Landstinget med vård och behandling och kommunen med stöd och service, så finns det ingen motsättning i sig mellan uppdragen. Fördelen för den enskilde är att det finns en hög kompetens inom olika områden som den kan ta del av. Hög kompetens inom det egna yrket är också en underlättande faktor för samverkan även förståelse, kunskap och respekt för de andra aktörerna. (SoS psykiatriuppföljningen 1997:14)

Komplexiteten och variationen i stödbehovet hos en psykiskt funktionshindrads återhämtningsprocess blir också tydlig när man tittar på tabellen på sid 28. Det ger en tydlig vink om hur viktig en samordnad planering och integrering av stödet och servicen kan vara utifrån hur behovet hos den enskilde ser ut.

Psykiatrisk rehabilitering och återhämtning - implementeringsfrågor

Implementeringen av en hel reform

Det nämns flera orsaker till att implementeringen av psykiatrireformen går trögt. Markström (2003) menar att det saknas en tydlig ”styrningskedja” från centralt håll, vilket har lämnat ett stort handlingsutrymme för enskilda utförare. Det har fungerat bra på vissa håll med bra och kreativa lösningar. På andra håll har det lett till en stor osäkerhet hos många administratörer. Att de organisationer, som skall ge stödet och servicen, hör till olika huvudmän med olika inriktningar, kulturer och erfarenheter av målgruppen och sist men inte minst, olika budgetar försvårar arbetet med reformen. Markström (2003) menar att det mellan de olika berörda organisationerna inte nåtts ”koncensus” kring varken kunskaps- eller ansvarsområdet. Detta lämnar en gråzon öppen då det inte verkar finnas intresse hos någon av de berörda organisationerna att göra anspråk på det nya området. Orsaken till detta fenomen är kanske att det är ett ”verksamhetsområde utan attraktionskraft” som Markström (2003) skriver. Att de etablerade professionerna med högre status och en yrkesdomän inom socialtjänsten visat lite intresse för gruppen personer med psykiska funktionshinder bidrar till svårigheterna för socialtjänsten att skapa legitimitet gentemot andra aktörer på området. En avgörande faktor i uppbyggandet av nya verksamheter är att det är klart och tydligt vilka som ska ta del av verksamhetens utbud. Definitionen av målgruppen upplevdes otydlig och i förskjutningen från allvarligt ”psykisk störning” till ”psykiskt funktionshinder” förändrades målgruppen och otydligheten blev än större. Definitionen av målgruppen blev dock tydligare då den definierades av psykiatrisamordningen. Detta skedde dock inte förrän 2006.

Med de stimulansmedel som tillfördes kommuner och Landsting mellan 95-97 för att bl.a. utveckla nya verksamheter och till utbildning av personal skapades flera projekt. En fördel som lyfts fram vad det gäller projekt är att de kan skapa utrymme för utvecklande av nya arbetssätt och metoder utifrån tydligare riktlinjer och utan att hämmas av den ordinarie verksamhetens kultur och normer. Projekt utvecklas och fungerar ofta vid sidan av den vanliga verksamheten. Nackdelen med flera projekt var dock att de upphörde när pengarna tog slut och att de många gånger inte införlivades i eller ens påverkade den ordinarie verksamheten. Att projekten inte hade större påverkan beror kanske just på att de ofta fungerade i en ”frizon” Markström (2003)

Många av de svårigheter som beskrivits ovan är förknippad med den övergripande nivån, att implementera en ny reform i nationell skala

men det är också det som skapar förutsättningarna för det fortsatta arbetet på regional och lokal nivå.

Vad ska vi implementera?

För att veta vad vi ska implementera har det varit nödvändigt att titta på begreppen återhämtning och rehabilitering och vad de står för. Vid implementeringen av ett återhämtnings-/rehabiliteringsinriktat arbetssätt för personer med psykiska funktionshinder beskriver flera författare som tidigare nämnts, ett paradigmskifte vad det gäller inställningar och attityder till målgruppen och deras möjligheter att återhämta sig. En sådan stor omvälvning kräver förändringar på flera olika nivåer. T.ex. förändringar i det övergripande stödsystemet, i de olika verksamheterna och hos ledning och personal och utvecklandet av nya tekniker och metoder.

För att ett system ska vara återhämtningsinriktad måste det kunna möta de behov och önskemål den enskilde har och ge möjligheter till att välja och själv medverka till hur behandlingen och stödet ska utformas. Den enskilde ska också vara den som avgör vad det ska leda till och när målet är uppnått. ”To me a recovery- oriented system helps the person to not only understand what his disorder is, but it also shows him to manage it while using the tools of recovery.” ”The tools can be medicine, diet, therapy- any number of things to manage the illness. It is the consumer’s choice and they have to be a part of the journey. I’ts not us doing it for them, it’s us doing it with them”. Tomas Kirk (2004).

En återhämtningsorienterad verksamhet måste bygga på personers styrkor och förmågor och stödja den enskilde att klara av de svårigheter funktionshindret medför. Den bör också kunna hjälpa den enskilde att uppnå en känsla av kontroll över sin situation och återfå en känsla av meningsfullhet och att vara inkluderad i samhället.

Anthony (2000) ger förslag på vad ett återhämtningsbaserat system bör kunna erbjuda den enskilde för att kunna anses återhämtningsorienterat. I tabellen nedan visar han viktiga delar i ett återhämtningsbaserat stödsystem, vad det ska kunna erbjuda brukaren och vad brukaren får ut av just den insatsen/stödet;

Service kategori	Syfte för brukaren
Behandling	Symtomreduktion
Tvångsåtgärder	Personlig säkerhet
Case management	Serviceåtkomlighet
Rehabilitering	Rollutveckling
Möjlighet till berikning	Självutveckling
Rättighetsbevakning	Lika villkor
Basstöd	Personlig överlevnad
Hjälp till självhjälp	Egenmakt
Förebyggande åtgärder	Förbättrad hälsostatus

Nya Zeeland var kanske det första landet att införa en återhämtningsbaserad strategi för mentalhälsovården. I en artikel från New Zealand Health Commission beskriver man sex punkter som man funnit att brukare upplever hjälpande. Punkterna handlar om hur man vill att personal skall arbeta och förhålla sig. Man uppskattar om personal:

- Ger oss hopp för våra liv
- Främjar vår delaktighet i samhället
- Behandlar oss likvärdigt och med respekt
- Hjälper oss att hitta mening i våra svårigheter
- Förser oss med behandling och stöd som fungerar för oss
- Gör det möjligt för oss att använda våra personliga förmågor

Principer för förändring mot ett återhämtningsinriktat stödsystem

I en artikel från IMS/Socialstyrelsen beskriver man implementering som “användandet av strategier för att införa och integrera evidensbaserade hälsointerventioner och förändringsmönster i specifika verksamheter”. (“Implementation is the use of strategies to adopt and integrate evidence-based health interventions and change patterns within specific settings”)

Men hur går man tillväga för att genomdriva nödvändiga förändringar i verksamheten och implementera nya metoder och tekniker som bättre rymmer återhämtningsperspektivet? Anthony (1997) sammanfattar det motsägelsefulla arbetet som flertalet verksamheter försöker med idag, nämligen ”att försöka skapa icke traditionella psykiatriska miljöer genom att låta traditionellt skolad personal använda traditionella metoder”.

Återhämtning

Några viktiga punkter i återhämtningen är bl.a. egenmakt, valfrihet och möjlighet att skaffa sig värderade roller. När man utvecklar ett återhämtningsorienterat stödsystem har det visat sig fungera väl att anställa/engagera personer med egen erfarenhet. Detta leder ofta till ett ökat engagemang från personer med egen erfarenhet och bidrar till att utveckla nya och mer accepterade roller för den enskilde. Att träffa människor med egen erfarenhet som har kommit en bit på sin väg mot återhämtning har också visat sig bidra till förändrade attityder hos personalen gentemot målgruppen och möjligheterna till återhämtning. Det skapar ofta mindre rädsla och större acceptans. Det ökar hoppfullheten hos personal och även brukare att se att förbättringar är möjliga. Det blir lättare för personal att stå för och förmedla hopp och framtidstro till den enskilde. Att förmedla hopp om återhämtning lyfter några författare fram som en av personalens viktigaste uppgifter.

Om ett system ska kunna förändras måste de människor som arbetar i systemet vara beredda att ändra både förhållningssätt och arbetsmetoder.

I en gemensam artikel Farkas och Anthony (2001) menar de att utvecklingen av ett återhämtningsorienterat program handlar om utveckling av de två domänerna; personal och administration.

Personal

Vad gäller personal behövs utveckling på framförallt tre olika områden. För det första måste det till attitydförändringar. Att personal uppfattar psykiska funktionshinder som något man kan hantera, utvecklas med och återhämta sig från. Att man distanserar sig från den gamla vårdideologin och närma sig det nyare återhämtningsparadigmet. Attityden är avgörande och personalen måste ha en positiv syn på människors förmågor till utveckling och förändring även om man drabbats av ett psykiskt funktionshinder. En av de enskilt viktigaste uppgifterna för personal som lyfts fram, är förmågan att förmedla hopp om återhämtning, att det är möjligt att skapa en tillvaro med upplevd livskvalitet trots de svårigheter och begränsningar ett psykiskt funktionshinder kan medföra. Att kunna förmedla hopp om en bättre tillvaro förutsätter att personal har kunskaper om psykiska funktionshinder och tilltro till möjligheterna till återhämtning och rehabilitering.

Att förändra attityderna mot en återhämtningssideologi kräver ett aktivt förändringsarbete. Ett av dem största hindren för en återhämtningssideologi ligger i den stigmatisering och diskriminering av målgruppen som förekommer. För att förändra attityden kring psykiska funktionshinder krävs utbildningsinsatser och information

kring vad det innebär att drabbas av en psykisk sjukdom. Att förändra språket är också en viktig faktor i attitydförändringen. White menar att, i mer än två decennier har personer med drogproblematik och personer inom psykiatrin varit föremål för ett språk skapat av andra, främst då de professionella. Att etikettera personer har länge varit känt att kunna skapa självuppfyllande profetior. Man blir påverkad av hur omgivningen uppfattar en och utvecklar en identitet eller beteende utifrån hur man blir betraktad eller speglad av sin omgivning. Det har också inneburit en maktfaktor hur man använder språket. I och med framväxten av brukar- och anhörigföreningar och att enskilda började skriva och berätta om deras återhämtning har också ett annat språk börjat växa fram. Ett språk som skapas av anhöriga eller personer som själva är eller varit i en återhämtningsprocess. Genom att förändra språket förändras också synen på sig själv och andra i återhämtningsprocessen.

Det andra området när det gäller personal är kunskapsutveckling. Att personal har rätt attityd till rehabilitering och återhämtning är nödvändigt men inte tillräckligt. Att utveckla kunskaper i rehabilitering och den psykiatriska rehabiliteringsprocessen är nödvändigt för att personal skall kunna guida/coacha personen mot de mål hon eller han satt upp. Det är mycket viktigt med rätt attityd och kunskaper om den psykiatriska rehabiliteringsprocessen.

Skall man kunna ändra attityd och ta till sig en ny förståelse för psykiska funktionshinder krävs nya kunskaper inom området.

Det tredje utvecklingsområdet är att personalen utvecklar sitt kunnande i nya metoder och konkreta rehabiliteringstekniker för att bättre hjälpa den enskilde att formulera och uppnå sin målsättning. Det kan t.ex. vara tekniker för att bedöma och utveckla beredskap och genomföra färdighetsträning eller planera färdighetsprogram. Att kunna använda samtalsmetoder för att få personen mer delaktig i processen och för att undvika att själv ta över processen. Det viktiga är att kunna följa med och stötta den enskilde och hjälpa honom/henne i de val och prioriteringar han eller hon gör. Inte att göra valen och prioriteringarna åt dem.

Administration

Vad det gäller den administrativa domänen handlar det om att skapa en tydlighet i organisationen. Bl.a. måste man tydligt formulera verksamhetens syfte och mål. Det behöver också tillskapas olika policys för verksamheten, den bör uttrycka en värdegrund för hur insatserna ska ges. Om man vill skapa en återhämtningsorienterad verksamhet måste alla policys genomsyras av de fyra grundvärderingarna enligt Boston university, Centre for Psychiatric Rehabilitation.

- Delaktighet
- Valfrihet och självstyrande
- Individinriktad
- Utvecklingspotential

En strategi för implementeringen av en ny metod eller arbetssätt och inriktning är att anlita en utomstående konsult för att analysera verksamheten och genomföra förändringar. Uppgifterna för en konsult är då de nedanstående fyra stegen. Farkas, Cohen och Forbes (1998).

1. att avgöra verksamhetens beredskap för förändring
2. bedöma verksamheten
3. föreslå förändringar
4. initiera förändringen

Tillvägagångssättet liknar i stort de olika momenten i rehabiliteringsprocessen på individnivå och kan också användas för att vägleda och strukturera förändringsarbetet för verksamheten. Efter att konsulten analyserat och bedömt verksamheten upprättas en handlingsplan för vad som ska göras och när det ska genomföras.

Cohen (1989) har sett att ett system förändras i fem steg:

1. Rehabiliteringssyftet för en klart definierad grupp skrivs.
2. Policyn för hur syftet ska förverkligas i praktiken formuleras.
3. Regler, föreskrifter och tillvägagångssätt som är förenliga med policyn skrivs.
4. Rehabiliteringsresultat som grundar sig på syftet och policyn blir målsättningar för systemet.
5. Alla viktiga funktioner i systemet (t.ex. planering, finansiering, ledarskap, personalutveckling, samordning, utvärdering och förbättring av systemet) utförs med syftet att uppnå rehabiliteringsresultaten.

Att bara ha en teoretisk ide och kunskap om hur verksamheten ska förändras är inte tillräcklig enligt Cohen. Verksamheten behöver också ha eller så måste den utveckla en beredskap för förändring.

Beredskapen eller viljan höjs genom ett upplevt behov av förändring och att det finns tillräckliga resurser för förändringen.

Svårigheter/hinder i implementeringsprocessen

Stödet och de olika lösningarna för den enskilde varierar kraftigt mellan olika länder och kulturer, beroende på hur man ser på och uppfattar psykiska sjukdomar Ragins. (2007) ser i ett internationellt perspektiv flera faktorer som inverkar hämmande på integreringen av personer med psykiska funktionshinder. Dels finns det lagar och förordningar som försvårar arbetet. Hur finansieringen av de olika stödverksamheterna och systemen ser ut. De olika ersättningsformerna till funktionshindrade spelar också en roll.

Stigmatiseringen är också ett stort hinder. Det finns ofta en osäkerhetskänsla och rädsla hos allmänheten som t.ex. får psykiskt funktionshindrade till grannar. NIMB(Not In My Backyard). Mycket av denna osäkerhetskänsla menar han är orealistisk och kan kommas tillrätta med genom utbildnings och informationsinsatser. Han menar vidare att det är viktigt att olika verksamheter som levererar stödinsatser är integrerade sinsemellan och att insatserna är personorienterade och finns tillgänglig i närmiljön.

Det finns hinder och svårigheter på olika nivåer och områden med införandet av en återhämtningsinriktning i verksamheter. Farkas, Cohen, Gagne och Anthony (Psykiatrisk Rehabilitering) har kommit fram till sex områden som visar på tidigare uppmärksammade fallgropar vid planeringen av psykiatriska insatser.

Fallgropar
Brist på värderingar
Brist på hänsyn till klienternas mål
Brist på klienternas subjektiva hjälpbehov
Brist på hänsyn till nivån av insatser
Brist på hänsyn till innehållet i insatserna
Brist på hopp

Olika lösningsförsök

I USA har man på statlig nivå sammanfattat begreppet ”återhämtning” och vad stödsystemet bör sträva efter att erbjuda den enskilde.

I delstaten Ohio har man följande definition:

“Recovery is a personal process of overcoming the negative impact of psychiatric disability despite its continued presence.... This is

supported by our belief and philosophy that recovery 1) is a uniquely individual and personal process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, and skills, and/or roles; 2) provides a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even within the limitations caused by an illness; 3) involves the development of new meaning and purpose and growing beyond the catastrophic effects of an illness and; 4) is a lifelong growth process. In addition we believe recovery is not tied to symptom relief and that relapse may be a part of the process.”

I delstaten Connecticut har, Connecticut Department of mental health and addiction services, föreslagit en åtskillnad mellan begreppet återhämtning som ett uttryck för den enskildes väg tillbaka och ett återhämtningsorienterat stödsystem: “Recovery refers to the way in which a person with a mental illness and or addiction experiences and manages his or her disorder in the process of reclaiming his or her life in the community. Recovery-oriented care is what psychiatric and addiction treatment and rehabilitation practitioner offer in support of the person's own recovery efforts.”

Man föreslår också några riktlinjer för hur man kan utveckla stödsystemet.

I riktlinjerna från Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services lyfts åtta hållpunkter fram för att ett system skall gå mot ett återhämtningsperspektiv:

- **Fokus på delaktighet**

En mycket viktig del i ett återhämtningsbaserat stödsystem är att de betonar vikten av den enskildes och anhörigas deltagande och medinflytande över alla moment i utformningen av stödet.

- **Utveckla tillgänglighet och engagemang**

Att tillskapa lättillgängliga vård- och stödverksamheter, att undanröja hinder och krångliga ingångar till vården eller stödet. Att i större utsträckning ge stödet i den miljö där personen befinner sig i stället för att kräva att personen kommer till verksamheten. Engagemang avser vikten av att se patienten eller brukaren ur ett helhetsperspektiv och inte bara utifrån diagnosen eller funktionshindret.

- **Tillförsäkra kontinuitet i insatserna**

Ett återhämtningsinriktat system strävar efter att överbrygga fragmentering och splittring av insatser som ges av olika vårdgivare på ett icke koordinerat sätt. Strävan är i stället att erbjuda olika insatser på ett integrerat och samordnat sätt samt att det löper på utan avbrott så länge behovet kvarstår.

- **Använda styrkebaserade bedömningsinstrument**

Ett återhämtningsinriktat system använder bedömningsinstrument som tar hänsyn till människor ur ett helhetsperspektiv med både styrkor och svagheter. Personens resurser och förmågor betonas och stödet ges med detta som utgångspunkt.

- **Erbjuda individuella rehabiliteringsplaner**

Att erbjuda en individuell planering utifrån ett helhetsperspektiv och som tar hänsyn till personens önskemål och inriktning på stödet. Planeringen skall samplanera stödet från olika vårdgivare och integrera de olika stödsatser i rehabiliteringen som den enskilde anser nödvändiga

- **Fungera som återhämtningssguide**

Den enskilde accepteras för den han/hon är och för de val och prioriteringar han/hon väljer att göra, det är tillåtet att göra fel och begå misstag. De fel och misstag som eventuellt görs, är en möjlighet för den enskilde att lära sig något och att det är en möjlighet till ytterligare utveckling. Personalens uppgift är att hjälpa personen och förbereda den på de kommande utmaningarna i rehabiliteringsprocessen.

- **Kartläggning av samhället, utvecklingspotential och inkludering i samhället**

Personer i rehabilitering eller återhämtning måste betraktas i första hand som samhällsmedborgare och erkännas för sina styrkor, kunskaper, intressen och förmågor till att bidra i samhället. Ett återhämtningsinriktat stödsystem skapar inte egna verksamheter som levererar insatser eller service som redan finns i närsamhället.

- **Identifiera och överbrygga hinder till återhämtning**

Ett stödsystem som tar återhämtningsparadigmet på allvar arbetar aktivt för att skapa strategier för att upptäcka, förebygga och avhjälpa hinder och svårigheter för återhämtningsinriktningen. Detta sker på flera områden, personal, verksamheter och för samhället i stort.

Varje punkt innehåller mycket mer än vad jag valt att ta med, syftet här är bara att visa på inriktningen för varje punkt. Punkterna ger en vägledning i hur vi kan arbeta vidare för att utveckla en återhämtningsinriktad stödverksamhet.

Resultat

Att ha fått möjligheten till ett stipendium, för att under en tid få lägga fokus på kunskapsinhämtning och reflektion, har varit mycket givande. Under intervjuerna har det uttryckts att kopplingen till ett kunskapscentrum har varit en framgångsfaktor i utvecklingsarbetet. Det är också min erfarenhet att tiden på och kontakten med FoU har varit lärorik och utvecklande för min egen del. Det är min förhoppning, att mina nya kunskaper och erfarenheter, på något sätt kan bidra till det fortsatta utvecklingsarbetet på hemmaplan. Mycket av det som framkommit i litteraturstudierna och i kontakten med andra har inte varit helt nytt, utan mer bekräftat det som under senaste tid lyfts fram i debatten om målgruppen och om vad som behöver göras för att förbättra och utveckla insatserna. Det som för mig har blivit mycket tydligare är att vi står inför en större omdaning av systemet på grund av förändrade synsätt och värderingar än jag tidigare insett. Möjligen är det så att vi rent teoretiskt och kognitivt förstår och vet vad som behöver göras, men att den nya kunskapen behöver en starkare förankring känslomässigt och i våra grundläggande värderingar, för att förändringen av stödsystemen ska ta fart på allvar. Det finns stöd i forskning för några metoder som ger bra resultat. Men de kommer inte till praktisk nytta i tillräcklig omfattning. Att det går trögt med förändringen och utvecklingen av återhämtningsinriktade verksamheter är kanske på grund av att de nya värderingarna ännu inte riktigt har satt sig. Hur det än är med det, känns det viktigt att fortsätta med utvecklingen av strategier, för att hitta ett sätt att mer konkret börja använda återhämtningsinriktade och evidensbaserade metoder i våra verksamheter.

Utöver litteraturstudierna har jag även gjort intervjuer, några per telefon och några intervjuer har skett med personal i verksamheter, där man arbetat med att implementera en strukturerad individuell planeringsmodell. I detta kapitel redovisar jag resultatet av de intervjuer jag genomfört. Jag har valt att sammanfatta erfarenheterna från intervjuerna och studiebesöken genom att först titta på vilka svårigheter och hinder man stött på och sedan redovisa de olika framgångsfaktorer man lyft fram. För att göra det åskådligare sammanfattar jag också dessa i punktform.

Svårigheter

Ett problem som man beskriver är svårigheten att engagera andra aktörer i rehabiliteringsprocessen. Man upplever också, till viss del, att Landstingets verksamheter håller kvar vid ett vård- och behandlingsperspektiv utifrån den medicinskt/biologisk modell som kan vara ett hinder i förståelsen för återhämtningsperspektivet och rehabiliteringsprocessen.

En annan reflektion är att svårigheter med individuella rehabiliteringsplaneringar är att personalen inte förstår syftet med den och inte heller är van att arbeta med en strukturerad metod. ”Man får hålla efter personalen för att de ska upprätta individuella rehabiliteringsplaner.” (telefonintervju) Ibland genomförs en individuell planering för att chefen uttryckt att det måste göras. Resultatet blir en individuell planering som varken personalen eller individen själv önskat eller riktigt förstår syftet med. Olika attityder hos personalen beskrivs både som en framgångsfaktor och ett hinder beroende på vilken attityd personalen uppvisar. Negativa attityder till återhämtning som en möjlighet för personer med psykiska funktionshinder är ett stort hinder i utvecklande av rehabiliteringsarbetet. Man uppger också att det är svårt att engagera den enskilde i en individuell planering. Det uttrycks svårigheter att ”sälja in” fördelarna med en individuell planering hos den enskilde.

En svårighet kan också vara när trycket på förändring kommer uppifrån/utifrån och inte från verksamheten. Att man har påbörjat en egen metodutveckling och lagt ner kraft och energi på en annan eller liknande metodik än den som ledningen sedan väljer att använda kan påverka personalens inställning till förändring negativt.

Vad det gäller svårigheterna i användandet av en strukturerad individuell planering framkommer önskemål om att personalen ska få handledning i metoden.

Sammanfattningsvis kan sägas att de nedanstående punkterna är huvuddragen i de svårigheter man lyfter fram:

- Samverkan
- Olika värdegrunder
- Negativa attityder hos personal
- Bristande förståelse/kunskaper
- Kulturella skillnader (mellan olika verksamheter)

Olika hinder och svårigheter som lyfts fram finns i flera verksamheter och beskrivs relativt lika och verkar ha liknande effekter på verksamheterna. Det finns också beskrivna i implementeringslitteraturen. På flera håll har man dock hittat olika strategier och lösningar som visast sig vara framgångsrika för att överbrygga svårigheterna och som är väl värda att ta till sig och lära av.

Framgångsfaktorer

En framgångsfaktor kan vara starkt engagerade personer. En annan framgångsfaktor som beskrivs är utbildning. I Halland har den 1½-åriga utbildningen man genomfört med personal i psykiatrisk rehabilitering, lyfts fram som en framgångsfaktor. Att utbildningen både pågick över lång tid och att den var länsövergripande anses vara en fördel. Den fick på detta sätt fick större genomslag. I Halland planerar man också för en ytterligare utbildning kopplat till handledning i ett ”skarpt” ärende.

Som framgångsfaktor talar man också om att utbildningen bör anpassas lokalt/nationellt, med exempel sett ur ett svenskt perspektiv och utifrån svenska förhållanden. Detta verkar vara lättare att relatera till och blir på detta vis meningsfullare.

Att utbildningen drivits i samverkan med ett kunskapscenter eller universitet (Boston University) har också upplevts positivt då det skapat en trygghet i att metoden har stöd i forskning.

Ett nära samarbete och fysisk samlokalisering mellan olika huvudmän beskrivs som en tydlig framgångsfaktor vad det gäller samverkan. Att idén om samverkan varit förankrad både politiskt och på övergripande verksamhetsnivå nämns som en stor framgångsfaktor. Upprättande av ett dokument där man formulerade en gemensam målsättning. Södertälje är ett exempel på hur väl en samlokalisering mellan olika huvudmäns verksamheter kan fungera. Vad gäller samverkan uppges också en lång gemensam tradition som en framgångsfaktor. I Skellefteå har en lång gemensam tradition skapat gemensamma värderingar och suddat ut ”kulturskillnader”. Arbetet beskrivs som mycket flexibelt och tack vare en stark legitimitet för samverkan kan man arbeta över organisationsstrukturerna om det bedöms gynna rehabiliteringen av den enskilde. En bra integrering av insatser som ges av olika huvudmän som den beskrivs i Skellefteå och Södertälje uppges som mycket viktiga framgångsfaktorer.

I Halland beskrivs också, att verksamheter som drivs på intraprenad bidragit till att man lyckats prestera en hög grad av individuella rehabiliteringsplaner. Beställarenheten som beviljar och betalar insatsen ställer också krav på att veta vad hur den beviljade insatsen levereras.

Ett tips som gavs under en av intervjuerna var att det visat sig fungera bättre med rehabiliteringsplaner om representanter från andra verksamheter t.ex. vårdpersonal frågar efter den. Den får därigenom ett tydligare syfte.

Att man arbetat fram ett dokumentationsunderlag nämns också som en framgångsfaktor. Vikten av att det finns tydlig dokumentation för den individuella processen lyfts fram. Detta tydliggör för verksamheten vad det är man har att göra och vad som ska göras för den enskilde. Vikten av att skapa ett tidsmässigt utrymme för förändringen av verksamhetens arbetssätt framhålls och att man också bör lägga in en långtidsuppföljning för att följa upp och utvärdera om förändringen leder dit det är tänkt.

Vikten av planering och dokumentation av förändringsprocessen verkar även gälla för förändring av verksamheter.

En annan positiv effekt man sett i Halland är, att när en personal går en utbildning och har ett ”skarpt” ärende, finns en tendens till att brukaren blir mer engagerad i sin rehabiliteringsprocess då han/hon hjälper personalen i dennes utveckling.

Framgångsfaktorer och olika åtgärder för att överbrygga svårigheter och hinder finns det många exempel på. Flera av dessa har använts med gott resultat på olika håll. Nedan sammanfattas olika framgångsfaktorer i punktform som lyfts fram under intervjuerna:

- Utbildning (helst med lokal/nationell anpassning)
- Handledning utifrån det nya perspektivet och i adekvata metoder
- Samverkan
- Samlokalisering mellan olika huvudmän
- Gemensamma verksamheter/projekt
- Gemensamt formulerade mål
- Dokumentationsunderlag
- Formulerade mål
- Tidsmässig acceptans/förståelse för förändringen som process. Utbildning- verksamhetsutveckling- utvärdering
- Brukarmedverkan på olika nivåer
- Kontakter och samarbeten med olika kunskapscenter ex. FoU och Boston university

- Positiva attityder hos personal och engagemang

Att det finns många framgångsfaktorer är positivt och inger hopp att det går att arbeta på flera sätt och inom olika områden. Faran är dock att förändringsarbetet blir splittrat och ostrukturerat, och att de investeringar som görs inte får full effekt och att resultatet försenas eller uteblir.

Diskussion

Kan vi lära oss något av implementeringsarbetet med psykiatrireformen? Markström (2003) pekar på bristen på styrning från centralt håll vilket lett till en spretig utveckling och förändring mot psykiatrireformens intentioner. Många bra initiativ på vissa håll medan de på andra håll inte hänt så mycket. För att genomföra en effektiv förändring av verksamheter, blir det tydligt att det bör göras efter en utarbetad plan kring vad som skall göras och hur det skall göras.

En liknelse från Alice i underlandet när hon möter katten kan användas för att beskriva hur viktigt det är att veta vart man vill eller vad man vill uppnå. När Alice ber om hjälp vilken väg hon ska gå frågar katten vart hon är på väg. Alice vet inte det och säger att det inte spelar någon större roll. Svaret hon får av katten blir att då spelar det heller ingen större roll vilken väg hon väljer. För att veta hur verksamheten ska utvecklas måste vi först bestämma vad vi vill att den ska ha för mål och syfte. Det blir annars blir svårt att välja rätt väg mot målet. Ibland är det nog så att vi i verksamheterna inte säkert vet vart vi ska gå eller som om vi tror att vi redan är framme vid målet.

Som en försvårande faktor i implementeringen menar vissa att en del företrädare för verksamheter menar att de redan har en återhämtningsorienterad verksamhet. Detta utan att de lever upp till de värderingar och förutsättningar som är avgörande för om en verksamhet kan anses återhämtningsinriktad eller ej.

Här behövs en större medvetenhet och kunskap kring vad som representerar ett återhämtningsinriktat stödsystem, så att vi kan bli motiverade till förändring. Vi behöver gå från en omedveten inkompetens på området till en medveten inkompetens. Först när vi förstått att vi inte vet, kan vi bli mer öppna och ta till oss den nya kunskapen. När de nya värderingarna satt sig och vi tagit dem till oss, öppnar det möjligheter till utveckling och förändring mot en återhämtningsinriktning och strävan mot det nya paradigmet blir då mer naturligt.

Att planera en förändring av verksamheten kan liknas vid en rehabiliteringsprocess, att precis som i rehabiliteringsmodellen först göra en bedömning av verksamhetens behov/önskemål av förändring. Kommer önskan om förändring från verksamheten eller utifrån? Det finns ett tydligt tryck utifrån, både från riksdag och regering och från olika brukarorganisationer, att psykiatrin måste förändras, både till sitt innehåll och till sin struktur. Detta yttre tryck på förändring som vi redan känner till, är den ena sidan och det uppges i litteraturen som en

påverkansfaktor. Det är också viktigt att bedöma verksamhetens egna intressen, behov och önskemål till förändring.

En vilja till förändring

Verksamheten måste vilja förändras, vara överens om att förändringen är nödvändig och se dess fördelar om den ska vara möjligt. Attityder hos personalen har visat sig vara en viktig del i förändringsarbetet. Personal med negativa attityder försvårar genomförandet medan en positiv inställning är en väldig kraft i förändringsarbetet.

Precis som man hos den enskilde skall leta styrkor och förmågor underlättas förändringsarbetet av en verksamhet om man hittar personer som redan har ett rehabiliteringsinriktat förhållningssätt i verksamheten, uppmuntrar och utvecklar dessa. Detta kan hjälpa andra att anamma arbetssättet och fler kan komma efter.

Om beredskapen för förändring är låg kan ett arbete med att höja beredskapen vara det första nödvändiga steget. När viljan och förståelse för förändringen utvecklats, planera och initiera processen. Strukturen och tydligheten i processen är lätt att ta till sig och i USA har konsulter (experter på psykiatrisk rehabilitering) anlåtats alltmer. Det har visat sig att förändringen behöver ett långsiktigt och målinriktat arbete. Att anlita externt stöd för att utvärdera verksamheter och genomdriva förändringar har varit framgångsrikt.

I det nya synsättet ligger en utmaning av det gamla vårdperspektivet där professionen tar på sig expertrollen, inte bara vad det gäller behandling och stödsatser, utan även rollen som expert på den enskilde. Två citat som jag hittat i litteraturen tycker jag är tänkvärda och något att ta med i vår vardag: ”the dignity of risk and right to fail” (Deegan). Vi som professionella måste klara av att låta människor prova på och misslyckas och stödja dem i utvecklingen och att hantera besvikelser och tillkortakommanden. Hur ska personer kunna utvecklas om möjligheten att misslyckas fräntas dem? Vilka av oss har lyckats i det första försöket med olika uppgifter vi företagit oss?

Det andra citatet ger en bra vision att sträva mot. ”Our goal is to reunite people with their lives” Kirk (2004). Någon gång verkar det som om människor upplevt att de blivit avskilda från sina liv och att de inte har några påverkansmöjligheter. Att systemet tagit över i sådan omfattning att ansvaret för deras situation och liv upplevs som att det blivit institutionens eller olika professioners ansvar. Att ta ett steg bort från denna maktposition över den enskilde och att lämna tillbaka ansvaret, (med undantag för de tillfällen tvångsåtgärder är befogade ur ett skyddsperspektiv, både för den enskildes säkerhet och ur samhällsskyddsaspekten) borde kännas befriande för de professionella och motivera till att förändra förhållningssätt och bli mindre expert på

individen och dennes liv och i stället utveckla förmågan att stötta personen i de val den väljer att göra. Denna maktförskjutning kommer också att fungera som motivationskälla för den enskilde och möjliggöra ett mer aktivt engagemang i sitt liv när vi tillåter och uppmuntrar det.

Att förmedla hopp uppges som en av de enskilt viktigaste faktorerna personal kan bidra med i återhämtningsprocessen. Det ställer krav på personalens kunskap om och tilltro till rehabilitering och återhämtning. Ett tredje citat från Knight (2004), "I think that receiving a serious mental health diagnosis is what Andrew Phelps calls, a "social death sentence." ger en obehagligt tydlig idé om hur en persons sociala liv kan påverkas av en psykisk sjukdom. Det ger också en fingervisning om hur svårt det kan vara att hjälpa en drabbad person att återknyta gamla kontakter eller bygga nya relationer i ett privat nätverk. Det är mycket viktigt för personal att besitta förmågan att skapa relationer med brukarna för att en lyckad rehabilitering ska vara möjlig.

Utifrån den distinktion som presenterats ovan mellan rehabilitering och återhämtning blir det tydligt att en verksamhet bedriver rehabilitering. Återhämtning är den process eller resa som den enskilde gör. För att stödet och rehabiliteringsinsatserna skall vara till nytta för den enskilde, bör det ges på ett sätt som stöder den enskildes återhämtningsprocess. En verksamhet kan på så sätt vara återhämtningsinriktad men bedriver rehabilitering. Återhämtning som begrepp började användas av enskilda för att beskriva deras väg/möjligheter till en bättre tillvaro. Tidigare har det beskrivits hur personer med psykiska funktionshinder länge varit underkastade ett språk formulerat av experter och professionella. "I believe we have to be extremely conscious of language." Deegan (2004).

Att mer och mer analysera och införliva begreppet återhämtning i den professionella sfären, kanske kan uppfattas som ett försök att återta makten genom att göra anspråk på ett begrepp som kommit att användas av brukare och anhöriga. Ett begrepp som börjat formuleras av personer med egen erfarenhet, ett eget språkbruk skapat av de som själva drabbats för att beskriva deras väg med, olika strategier och lösningar för att skapa en bättre tillvaro trots sina svårigheter.

Under projektets gång har begreppen, rehabilitering och återhämtning varit två kärnbegrepp. Återhämtning beskrivs som ett fenomen som är ytterst individuellt och personligt, vilket gör det svårt att enkelt och tydligt definiera. Det är mer övergripande och större än rehabiliteringsprocessen. Rehabilitering kan vara en del av den övergripande återhämtningsprocessen. Återhämtning som begrepp kan däremot inte inrymmas i en rehabilitering men väl stödjas av den.

Målet för ett stöd, vård eller servicesystem bör vara att utvecklas till ett återhämtningsorienterat system som kan möta individens sammansatta behov ur ett helhets- och salutogent perspektiv. Där kan utvecklandet av en väl fungerande och strukturerad rehabiliteringsmetod bli ett bra verktyg för den enskilde på sin väg mot återhämtning.

Nästa steg i kommunen

Implementeringsstrategi för Sollefteå

Flera författare beskriver strategier med en mängd aktiviteter och förslag på åtgärder inom olika områden för hur man kan förändra ett system mot ett återhämtningsperspektiv. Flera tydliga likheter kan ses, bl.a. vikten av att arbeta mot fördomar och stigmatisering, utveckla personal och skapa tydliga strukturer för verksamheten och formulera en målsättning för verksamheten. En mycket viktig del i det fortsatta förändringsarbetet bör bli att skapa en strategi eller plan för förändringen och att förankra den på en politisk och övergripande verksamhetsnivå.

Implementeringsstrategin bör innehålla planerade åtgärder inom de två domänerna personal och administration. Farkas och Anthony (2001) pekar också på vissa svårigheter i implementeringsprocessen. Utifrån dessa beskrivna svårigheter har jag lyft fram olika tänkbara åtgärder. Det blev också tydligt i sammanställningen av intervjuerna, att det finns många idéer, strategier och erfarenheter kring hur man kan arbeta för att övervinna dessa hinder och svårigheter i förändringsarbetet. En fara med mängden olika tänkbara åtgärder är, att man inte arbetar långsiktigt och konsekvent med det som är påbörjat, utan det riskerar att bli splittrat i flera olika åtgärder som inte fullföljs, utvärderas eller får tillräcklig tid för att hinna nå effekt. Att välja ut några av dessa olika åtgärder och arbeta vidare med dem konsekvent och kontinuerligt i ett långsiktigt perspektiv bör bli en strategi för att driva utvecklingsarbetet framåt.

Fallgrupp:	Motåtgärd:
Brist på värderingar	Bemötandebildningar, att engagera personer med egen erfarenhet i olika verksamhetsaktiviteter ex. på planeringsdagar eller bjud in för föreläsningar
Brist på hänsyn till klienternas mål	Bättre individuella planeringar. Utveckla samtalsteknik för att tydligare tillvarata den enskildes styrkor och förmågor.
Brist på klienternas subjektiva hjälpbehov	Bättre individuella planeringar, utredningar och bättre tydlighet i uppdrag till verkställigheten.

Brist på hänsyn till nivån av insatser	Tätare uppföljning med bättre uppföljningsunderlag (rehabiliteringsplanerna)
Brist på hänsyn till innehållet i insatserna	Flexiblare lösningar och större möjligheter till varierade insatser
Brist på hopp	Attitydförändring hos personalen. Det har tidigare varit en "sanning" att personer med svåra psykiska störningar är kroniskt sjuka och någon återhämtning eller rehabilitering inte är särskilt trolig. Möjligt att ändra attityd hos personalen bl.a. genom föreläsningar av personer med egen erfarenhet, att anställa eller engagera brukare i olika verksamhetsdelar.

De olika artiklarna jag läst beskriver ett återhämtningsperspektiv som av allt att döma har kommit för att stanna, och som kommer att kräva mer metod och verksamhetsutveckling. Det kommer också att vara nödvändigt att följa den kunskapsutveckling som sker på området. I och med att psykiska störningar nu kan betraktas ur ett funktionshinderperspektiv, och att det handlar om att ge stöd att hantera konsekvenserna, är behovet av nya kunskaper och metoder påtagligt. Hur som helst ger oss det aktuella kunskapsläget en idé om vilken riktning vi ska gå och vad vi behöver utveckla.

Det som är påbörjat i Sollefteå så här långt, följer i stort det som ses som väsentligt i utveckling av återhämtningsinriktad verksamhet. Det är dock långt kvar och mycket mer att göra. Det finns ingen tydlig planering, styrning, formulerad målsättning eller uttalat syfte med förändringsarbetet. För att på ett bättre sätt ta till vara på de ansträngningar som görs bör arbetet planeras och struktureras, och en prioritering upprättas för vad som skall göras och i vilken ordning, innan själva förändringsarbetet drivs vidare.

Fokus för den här rapporten har varit implementering av en strukturerad individuell planering som metod i verksamheten och därför läggs tonvikten på de två nedanstående domänerna: personal och verksamhetsutveckling.

Personaldomän

Jag har här valt att titta på vad som skulle vara möjligt att genomföra i den egna verksamheten och vilket stöd personalen behöver för att kunna arbeta med en ny strukturerad metod och en tydligare rehabiliteringsinriktning i arbetet.

- **Vidareutbilda och handleda personal** i den nya arbetsmodellen. I Halland, har man sett positiva effekter av utbildningen och man planerar en fortsatt utbildning där man kopplar på handledning i metoden i ett ”skarpt” rehabiliteringsärende.
- **Fördjupningsutbildning**
I Västernorrland har en kortare grundutbildning genomförts i psykiatrisk rehabilitering. Syftet med en fördjupningsutbildning är att utbilda utbildare. Dessa kan sedan utbilda andra. Denna kaskadmodell har använts i Västerbottens socialpsykiatriskt kunskapscentrum och fungerat bra för att sprida metoden.
- **Attitydförändring**
Att i samarbete med RSMH fortsätta att utveckla det kunskaps- och attitydförändringsarbete som påbörjats med bl.a. den bemötandeutbildning som genomförts tillsammans med RSMH

I Länsstyrelsernas och Socialstyrelsens slutrapport 2002-2004 lyfter man fram bemötande som en särskilt viktig del i kvalitetsaspekten och betonar vikten av riktlinjer för bemötande.

Administrativ domän

För att i Sollefteå utveckla en strategi för införandet av en strukturerad individuell planering och en återhämtningsinriktning i verksamheten kan en möjlighet vara att först utveckla ett bedömningsinstrument för att avgöra verksamhetens beredskap för förändring.

Förändringsprocessen i en verksamhet kan liknas vid gången i en individuell rehabiliteringsprocess.

I diagnos-/bedömningsfasen i rehabiliteringsprocessen ska syftet med förändringen och verksamheten tydliggöras, det ska också upprättas mål och delmål. Nästa steg blir att prioritera mål och delmål, se över vilka resurser som skall användas eller tillskapas och göra en plan för hur utvecklingsarbetet sedan skall drivas vidare.

Denna strategi utgår från Farkas och Cohens modell (Anthony 2001) att anlita ett externt stöd som hjälp i förändringsarbetet. Cohen beskriver också hur förändringen kan ske i fem steg. Se sid 31. Genom

att reflektera över hur vi vill utforma verksamheten och använda den ovan nämnda strukturen för planering och genomförande ökar förutsättningarna för ett lyckat utvecklingsarbete. Det måste tas hänsyn till att genomförandet av förändringen kräver tid.

Efter bedömning och planering tar själva förändringsarbetet vid. Bästa förutsättningen för det fortsatta förändringsarbetet är att de två första momenten är väl genomförda och att man sedan följer planeringen. Det fortsatta arbetet måste också regelbundet följas upp och utvärderas för att vi ska veta att vi är på ”rätt väg”.

Nedan visar jag på olika möjliga uppgifter i den administrativa domänen att arbeta vidare med i Sollefteå.

- **Vision.** Väsentligt i det fortsatta arbetet med att utveckla den socialpsykiatriska verksamheten måste bli att formulera en vision för verksamheten och vad vi vill uppnå med den.
- **Struktur.** Att utveckla verksamhetens mål och policy, att formulera regler och riktlinjer för hur arbetet ska bedrivas och hur målen uppnås.
- **Modellutveckling.** Att fortsätta arbetet med att utveckla den rehabiliteringsmodell som vi valt att satsa på.
- **Dokumentationsunderlag.** Att arbeta vidare med det dokumentationsunderlag som utvecklats, där hela rehabiliteringsprocessen dokumenteras. En handbok och ett dokumentationsunderlag arbetades fram efter utbildningen, för att skapa en struktur för det fortsatta rehabiliteringsutvecklingsarbetet. Detta underlag är tänkt att utvärderas och vidareutvecklas när personal och brukare under en tid arbetat med den och skaffat sig erfarenheter av rehabiliteringsprocessen och den individuella planeringen.
- **Uppföljning och utvärdering.** Viktigt är också att utveckla en utvärderingsmetod för att på ett kvalitativt sätt utvärdera verksamheten och, om den utvecklas åt rätt håll. Här kan arbetet med brukarrevisioner tydliggöras och integreras i den fortlöpande utvärderingsprocessen. På så vis blir brukarmedverkan också en tydlig del i verksamhetens utveckling. Tillsammans med FoU ska vi göra en planering för uppföljning och utvärdering av de aktiviteter som genomförs för att se hur de olika aktiviteterna bidrar/inte bidrar till den önskade förändringen och om det gett förväntad resultat.

- **Länsövergripande nätverk** för Psykiatriskt rehabilitering. Att Sollefteå i medverkan med Kommunförbundets FoU-enhet, aktivt bidrar till att utveckla det länsövergripande nätverket för psykiatrisk rehabilitering. En framgångsfaktor i metod- och verksamhetsutveckling som lyfts fram under projektet är kopplingen till ett kunskapscenter.
- **Brukarinflytande och samverkan.** Att fortsätta arbetet med att utveckla brukarinflytande på både individnivå och generell nivå. Brukarmöten på de olika enheterna, ledningsgruppen för psykiatrisamverkan och ”strategiträffarna” mellan RSMH och socialpsykiatrin.

Rehabilitering kräver samverkan mellan flera olika berörda instanser. Det viktiga är, att arbetet med att utveckla samverkan fortsätter. Socialstyrelsen (Psykiatriuppföljningen 1997:14) menar att ”en bra samverkan underlättas av hög kompetens inom det egna arbetsområdet samt tydliga uppdrag”. Det känns därför rätt att arbeta för att förtydliga uppdraget och inriktningen för den kommunala verksamheten, att öka kompetensen inom kommunen för att på ett bättre sätt möta de individuella behoven, men också för att samtidigt öka förutsättningarna för en bättre samverkan med andra aktörer.

För att förändringsarbetet ska fortsätta och hålla över tid är det klokt att ha i åtanke, att en förändringsprocess måste få ta tid och att vi som Tomas Kirk menar sätter ”näbara” mål och sedan bygger vidare efter det.”

Ett citat som jag tycker passar in i sammanhanget är att ”man ska inte förväxla långsiktighet med långsamhet”. (Okänd) Att utveckling tar tid får inte användas som ursäkt för att inte arbeta aktivt med förändringsarbetet.

Utan att planera förändringsprocessen är det väl inte att förvånas om resultatet låter vänta på sig eller i värsta fall helt uteblir. Utifrån min egen erfarenhet genomförs ibland förändringar utan att man analyserat konsekvenserna och vad som behövs för att förändringen skall bli lyckosam. Vi får inte ut mer av systemet än vad vi stoppar in i det.

Referenser

Andersson, U.(2005) Samordnad vårdplanering. Kommunförbundet FoU Västernorrland 2005.

Anthony, W. Cohen, M och Farkas, M.(2001) Rehabilitering av människor med psykiska funktionshinder. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston. 2001

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M, and Gagne, C. (2002) Psychiatric Rehabilitation, Second Edition. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University (Översättning på Svenska kan beställas nu genom Psykiatri i Halland)

Anthony, W. m.fl. (2004) Implementing Recovery- based care: Tangible Guidance for SMHAs. NASMHPD/NTAC e-Report 2004-

Anthony, W. (2005) A Recovery -Oriented Servicsystem: Setting some System Level Standards. 2005

Brunt, D Hansson, L (red) (2004) Att leva med psykiska funktionshinder - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Studentlitteratur 2004

Bäckström, Willhelmsson, Rosenberg och Rönnbäck. Med olika Glasögon. Kommunförbundet FoU Västernorrland 2006.

Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services Practice Guidelines for Recovery- Oriented Behavioral Health care.

Davidson, L. m.fl. Concepts of Recover in Behavioral Health: History, Rewiew of the Evidence, And Critique.

Farkas, M., and Anthony, W. Overview of Psychiatric Rehabilitation Education: Concepts of Training and Skill Development. 2001.

Farkas, M., m.fl. (2005) Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. Community Mental Health Journal vol. 41 no. 2, APRIL 2005.

Harding, CM, Zubin, J and Strauss, JS (1992). Chronicity in schizophrenia: Revisited. British Journal of Psychiatry, Vol 161 (suppl 18), October, s 27-37

Hydén L-C. Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Studentlitteratur 2005.

Karlsson, M.(2004) Rehabiliterings- och Självhjälpsinsatser för och av Personer med Psykisk Sjukdom. Socialmedicinsk tidskrift nr. 4/2004.

Klockmo, C.,Rosenberg, D. och Dalin, R.(2006) Empowerment och personligt ombud. Kommunförbundet FoU Västernorrland 2006.

Lundin, L och Ohlsson, O. Psykiska funktionshinder- stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar. Cura bokförlag 2002.

Malm, U. Case management, Evidensbaserad integrerad psykiatri. Studentlitteratur 2002.

Markström U. Den svenska psykiatireformen, Bland brukare eldsjälar och byråkrater. Borea bokförlag 2003.

Miller, Scott D. (2004). Samarbete med Patienten Viktigare än Metoden. Psykologtidningen nr. 2/2004.

Nationellpsykiatrisamordning (2003) I begynnelsen var organisationen... Rehabilitering till arbete for personer med psykiska funktionshinder – hinder och möjligheter. 2003:9

Nationell psykiatrisamordning (2006) Ambition och ansvar; Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. SOU 2006:10

New Zealand Mental Health Comission, Te Haererenga mo te Whakaōranga 1996-2006.

Nylander,L., Friström,B., Miros, S. och Momquist, A-M. Djupare vändpunkter och insikter. RSMH

Onken, S.; Dumont , J.; Ridgeway, P.; Dornan, D. and Ralph, R. (2002). Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? NASMHPD and NTAC

Ragins, Mark.(2007) A Personal Perspective of Psychiatric Rehabilitation. 2007.

Ramon, S., Healy, B., and Renouf, A. (2007) Recovery from mental Illness an an Emergent Concept in Australia and the UK. 2007. Sage publications.

Rosenberg, D och Andersson, U (2004). Att arbeta med händerna på ryggen - En brukarundersökning inom kommunal socialpsykiatri. FoU Västernorrland, Rapport nr 2004:11.

Rosenberg, D.(2004) Ett fint samspel - Kvalitetsutveckling i en socialpsykiatrisk boendemiljö. FoU Västernorrland, Rapport nr 2004:2

Rosenberg, D. och Lundberg, A (2005). En kugge i maskineriet - Arbetsgivares erfarenheter av psykiatrisk rehabilitering. FoU Västernorrland, Rapport nr 2005:5.

Rosenberg, D. och Andersson, U. Och vad gör du då? Sysselsättning eller en roll i arbetslivet? En socialpsykiatrisk undersökning. FoU Västernorrland, Rapport nr 2005:1.

Rosenberg, D m.fl.(2005) Med på resan - Metoder och tillfrisknandefaktorer i psykiatrisk rehabilitering. FoU Västernorrland Rapport nr 2005:6.

Rosenberg, D. (2004) Living in the real world - Surveying psychiatric disability in the community. FoU Västernorrland Rapport nr 2004:10.

Topor, A.(2001) Återhämtning från svåra psykiska störningar. Natur och kultur 2001.

Topor, A. (2004)Vad hjälper? Väger till återhämtning från svåra psykiska problem. Natur och kultur 2004.

SOU 1992:73. Valfärd och valfrihet – Service, stöd och vård för psykiskt störda. Stockholm: Allmänna förlaget.

SOU 2006:100. Ambition och ansvar, Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm

SOU 2003:9

SoS psykiatriuppföljningen 1997:14

WHO Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Regeringens proposition (1993/94: 218)

Regeringens proposition 1992/93:159

Regeringens proposition 1996/97:124).

Socialstyrelsen & Länsstyrelserna (2004) Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder: Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av insatser.

Socialstyrelsen/IMS 2007. Organizational Readiness for stage based dynamics of innovation implementation

White, W. The Retic of Recovery Advocacy: An Essay on The Power of Language.

http://www.masap.org/site/documents/TheRhetoricofRecoveryAdvocacy_000.pdf

Återhämtning och rehabiliteringsplanering

Ett implementeringsprojekt i Sollefteå kommun

Under de senare åren har kravet på förändringar och förbättringar av stödet till personer med psykiska funktionshinder kommit från flera håll, både från brukar och anhörigföreningar men också från riksdag och regering. Denna rapport handlar om psykiatrisk rehabilitering som en metod att utveckla för att på ett bättre sätt hjälpa människor till en högre grad av självständighet. Den tar också upp några framgångsfaktorer och svårigheter vad det gäller implementering av nya arbetssätt och metoder i verksamheter. Den berör också begreppet återhämtning som kan ses som en ny värdegrund som bygger på respekt och tilltro till den enskildes kompetenser och styrkor och som ur det perspektivet skapar bättre förutsättningar för den enskilde att hitta vägar till en bättre tillvaro med högre grad av upplevt livskvalité.

Författarpresentation

Hans Lundberg arbetar sedan 2003 som enhetschef för socialpsykiatri i Sollefteå. Efter den grundläggande utbildningen i psykiatrisk rehabilitering enligt "bostonmodellen" som drevs genom FoU i samverkan med Boston university har han försökt utveckla verksamheten i Sollefteå mot en tydligare rehabiliteringsinriktning

David Rosenberg arbetar som forskare och forskningshandledare på FoU-Västernorrland med ett särskilt intresse för socialpsykiatri, psykiatrisk rehabilitering och återhämtning. Han är socionom och har arbetat praktiskt under många år med personer som upplever allvarliga psykiska funktionshinder. David är också doktorand vid institutionen för socialt arbete vid Umeå Universitet

FoU-Västernorrland finansieras av kommunernas socialtjänster i Västernorrland med Kommunförbundet Västernorrland som huvudman. Enhetens uppdrag är att fånga upp idéer och stödja forsknings-, utvecklings- och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten samt att göra dessa tillgängliga för socialtjänstens personal. mer information om FoU Västernorrland finns på www.fouvasternorrland.se