



FoU SJUHÄRAD  
VÄLFÄRD

## Dialektisk beteendeterapi som arbetsplatsverktyg

Utvärdering av DBT-färdighetsträning för ett team  
vid vårdavdelning 3 på Vuxenpsykiatriska kliniken,  
Södra Älvsborgs Sjukhus

---

**Lolo Lebedinski**



HÖGSKOLAN I BORÅS  
VETENSKAP FÖR PROFESSION

ARBETSRAPPORT 2013

TRYCKT VID: Högskolan i Borås

TRYCKORT: Borås

REDIGERING: Pia Mattzon, piamaz produktion

# Dialektisk beteendeterapi som arbetsplatsverktyg

Utvärdering av DBT-färdighetsträning för ett team  
vid vårdavdelning 3 på Vuxenpsykiatriska kliniken,  
Södra Älvsborgs Sjukhus

---

FoU Sjuhärad Vård | *Arbetsrapport*

*Författare*

Lolo Lebedinski

© Författaren/Författarna

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport,  
helt eller delvis, är förbjuden utan medgivande av författaren/författarna.



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning.....	7
2. Utvärderingens form .....	9
3. Utvärderingsobjektet .....	11
4. Teoretiska perspektiv .....	12
5. Metod och material .....	14
6. Etiska överväganden .....	16
7. Resultat .....	17
7.1. Vårdpersonalen första intervjuomgången.....	17
7.2. Vårdpersonalen andra intervjuomgången.....	19
7.3. DBT-terapeuterna .....	23
8. Diskussion.....	26
Referenser .....	28
Bilagor, intervjuguider .....	29



# 1. Inledning

Som en del i arbetet med att höja kompetensen hos vårdpersonalen<sup>1</sup> och ge dem nya verktyg att använda i mötet med patienterna, började ett vårdteam på vårdavdelning 3, Vuxenpsykiatriska kliniken Södra Älvsborgs Sjukhus, att gå i DBT-färdighetsträning hösten 2010.

DBT, dialektisk beteendeterapi, är en metod som har utarbetats av Marscha Linehan, professor i psykologi vid University of Washington, Seattle, USA.

DBT ingår i den sk tredje riktningen eller tredje vågen inom KBT-fältet (kognitiv beteendeterapi), som började växa fram under 1990-talet.

Det nya i denna tredje våg är inlemmandet av österländska behandlingstraditioner, som en del av terapin. I DBT finns en form av metodik baserad på mindfulness, som kort och enkelt uttryckt handlar om att vara närvarande i nuet, och inte ”dra iväg” tankarna till det som varit eller ska komma efter. I DBT finns också inslag från humanistisk psykologi i form av acceptans, validering och gestaltterapeutiska tekniker.

Färdighetsträningen följer ett manualbaserat, strukturerat sessionsformat/arbetsätt för att lära ut de sk färdigheterna, som består av fyra områden: att kunna vara uppmärksam och närvarande i nuet, att kunna skapa och vidmakthålla goda relationer till andra, att kunna reglera sina känslor och att kunna stå ut i svåra situationer. Varje session/gruppövning följer en agenda och leds av två DBT-terapeuter, som kallas för färdighetstränare.

Arbetet med hemuppgifter är centralt för metoden. Dessa kan ligga på olika nivåer, allt efter gruppens/individens behov och förmågor, men de innehåller alltid inslag av reflektion kring gruppmedlemmarnas/individens relation till sig själva och till sin omgivning. I färdighetsträningen kartläggs individens tankar, känslor och beteenden i olika situationer och stor vikt läggs vid individens självreflektion kring egna upplevelser och reaktioner. Arbetsättet inriktas på att vara målorienterat och aktivt problemlösande. Ytterst strävar metoden efter att få individen att sluta med beteenden som är dysfunktionella eller irrelevanta och ersätta dem med ändamålsenliga beteenden<sup>2</sup>.

När en patient börjar i en DBT-färdighetsträningsgrupp skrivs ett kontrakt mellan DBT-färdighetstränarna och patienten. Av kontraktet framgår bl a att deltagarna förbinder sig att delta i färdighetsträningen och att arbeta mot de överenskomna målen i enlighet med DBT-färdigheterna samt att man har förverkat sina möjligheter att delta i färdighetsträningen om man uteblir från färdighetsträningen fyra gånger i rad. I den arbetsgrupp som har deltagit i färdighetsträningen som den här utvärderingen avser, skrevs inget sådant kontrakt. Men det är inget som hindrar att så görs även i arbetsgrupper. Jag har vid ett tidigare tillfälle följt och utvärderat en DBT-färdighetsträningsgrupp för anställda vid ett särskilt boende i Marks kommun. I det fallet skrevs ett kontrakt, liknande det man skriver med patienter, mellan färdighetstränarna och deltagarna.

Färdighetsträningen handlade om att stärka personalteamet, både som grupp och som individer. De skulle lära sig DBT-färdigheterna för sin egen del, inte för att arbeta DBT-inriktat med patienterna på vårdavdelningen eller för att lära ut DBT-färdigheterna till dessa. Färdighetsträningen ingår som en del i DBT-konceptet. Övriga delar är: konsultationsteam, telefonstöd och individualterapi<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Med vårdpersonal avses i det följande specialistsjuksköterskor, sjuksköterskor och baspersonal.

<sup>2</sup> För en diskussion om DBT, dialektisk beteendeterapi, se t ex Linehan, M. M. (2000) Dialektisk beteendeterapi: färdighetsmanual. Stockholm och Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L.-G., Lundin, A., Mårtensson, B., Åsberg, M. Red. (2009). Psykiatri. Lund.

<sup>3</sup> Linehan, M. M. (2000) Dialektisk beteendeterapi: färdighetsmanual. Stockholm.

DBT-färdighetsträningen leddes av en DBT-terapeut från Vuxenpsykiatriska mottagningen Solhem tillsammans med en DBT-terapeut från Vuxenpsykiatriska mottagningen i Mark. Färdighetsträningen ägde rum en gång i veckan, tre timmar per tillfälle hos Vuxenpsykiatriska mottagningen Solhem. Utöver färdighetsträningstillfällena hade deltagarna möjlighet till handledning av en DBT-terapeut som kom till avdelningen en gång i månaden<sup>4</sup>.

När detta skrivs har ytterligare ett vårdteam gått färdighetsträningen under ledning av en DBT-terapeut från Vuxenpsykiatriska mottagningen Solhem med hjälp av en medarbetare från vårdavdelning 3, som var med i den första DBT-färdighetsträningsgruppen. Ytterligare ett team på vårdavdelningen har påbörjat färdighetsträningen i egen regi, under ledning av en av teammedlemmarna som har gått egen DBT-färdighetsträning.

Föreliggande utvärdering behandlar endast DBT-färdighetsträningen för det första vårdteamet.

Utbildningsinsatsen för vårdpersonalen på avdelningen syftar till en social förändring på arbetsplatsen. Främst handlar det om att förbättra arbetsvillkoren för vårdpersonalen genom att ge dem nya arbetsverktyg. Men det faktum att de förses med nya verktyg kommer också att gagna patienterna på vårdavdelningen (Rossi m fl 2004).

Om och i vilken utsträckning insatsen med DBT-färdighetsträning för vårdpersonalen ger upphov till någon social förändring på arbetsplatsen är den grundläggande utvärderingsfrågan. Följdfrågan blir då, beroende på svaret på den första frågan, hur denna förändring yttrar sig eller varför den har uteblivit.

Uppdraget att genomföra utvärderingen har givits till FoU Sjuhärad Välfärd i Borås. Utvärderingen har genomförts av mig, fil. mag. Lolo Lebedinski. I förhållande till uppdragsgivaren, som är Vuxenpsykiatriska kliniken vid Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), är jag en utomstående utvärderare och jag har ingen koppling eller tillhörighet till Vuxenpsykiatriska kliniken. Dock har jag tidigare genomfört utvärderingar där Vuxenpsykiatriska kliniken i samverkan med andra organisationer har varit uppdragsgivare.

Rapporten är disponerad på följande sätt:

- I nästkommande kapitel, kapitel 2, redogör jag för utvärderingens form.
- Därefter, i kapitel 3, presenteras utvärderingsobjektet och dess programteori.
- I kapitel 4, *Några teoretiska perspektiv på vuxnas lärande*, sätts en teoretisk ram kring kompetensutvecklingsinsatsen.
- En redogörelse för den metod och det material som ligger till grund för utvärderingen följer i kapitel 5.
- Etiska överväganden diskuteras kort i kapitel 6.
- Kapitel 7 är resultatkapitlet. I det presenteras de intervjuer som ligger till grund för utvärderingen som narrativer/personliga berättelser.
- I kapitel 8 analyseras och diskuteras resultatet.

<sup>4</sup> Den DBT-terapeut som fungerade som handledare har sin hemvist på psykiatriska öppenvårdsmottagningen Solhem, men är inte den samma som ledde DBT-färdighetsträningen.



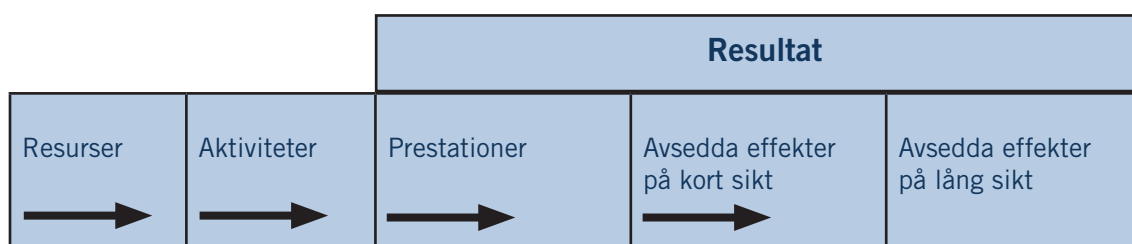
## 2. Utvärderingens form

Utvärderingen är en effektutvärdering av DBT-färdighetsträningen. I ett vidare utvärderingsperspektiv hör den hemma i kategorin produktinriktad eller summativ utvärdering, eftersom den inriktar sig på att belysa resultaten och några av effekterna av den utbildningsinsats som DBT-färdighetsträningen utgör (Frykholm 1997). Med effektutvärdering avses i det här fallet en mållös eller målfri utvärdering där utvärderingens fokus ligger på resultat och effekter av projektet utifrån deltagarnas och arbetsplatsens perspektiv (Vedung 2009).

DBT-färdighetsträningen syftar till en från klinikledningen efterfrågad och planerad social förändring på avdelningen. Det är i första hand avdelningens behov av kompetent och välutbildad vårdpersonal som står i centrum. I andra hand kommer den enskilda individens behov av och önskan om kompetensutveckling. I praktiken torde dock detta utgöra två sidor av samma mynt. Utvärderingens övergripande syfte är att lyfta fram och belysa de resultat som uppnåtts genom de önskade, planerade och genomförda förändringarna (Vedung 2009).

Effektutvärderingen syftar till att utifrån det ovan nämnda perspektivet belysa om och i så fall hur medlemmarna i vårdteamet på avdelningen har påverkats av deltagandet i DBT-färdighetsträningen (Vedung 2009). En central fråga är om, och i så fall hur, handlandet i den dagliga verksamheten har förändrats som en följd av DBT-kunskaperna. I någon mening handlar det alltså om att försöka mäta nyttan av utbildningsinsatsen på såväl organisationsnivå som individnivå. Utvärderingen är också ett sätt att försöka belysa styrkor och svagheter för såväl organisation som individ.

Enligt ett programteoretiskt synsätt syftar utvärderingen till att försöka fånga upp och illustrera sambandet mellan insatserna, här i form av färdighetsträningen och utfallet/resultatet för såväl individerna som deras arbetsplats. I modellen nedan, fritt utformad efter Rossi m fl, illustreras det tänkta sambandet (Rossi m fl, 2004.) Modellen bygger på tanken att det går att hitta klara linjära och kausala samband mellan insatser och utfall. Det finns en risk med modellen, som tar för givet att kausaliteten alltid är linjär. Så är naturligtvis inte fallet, men som en yttre ram för utvärderingen menar jag att modellen är användbar.



(Pilarna illustrerar avsedda samband.)

**Figur 1. Modell för rekonstruktion av verksamhetslogik. Fritt utformad efter Rossi m fl.**

Det säger sig självt att det inte kan finnas något samband mellan resurser och resultat i ett program/projekt/verksamhet om det inte finns några aktörer som kan omvandla resurserna till resultat via aktiviteter. I andra programteoretiska modeller finns en sådan ruta med, i den modell som jag har valt att använda här är den underförstådd.<sup>5</sup> Rutan för aktörer kan vara en

<sup>5</sup> För en diskussion kring en sådan modell, se t ex McLaughlin, J. A & Jordan, G. B. (1998). Logic models: a tool for telling your program's performance story. I *Evaluation and Program Planning* 22 (1999). Sid. 66–70.

hjälp när det gäller att synliggöra vilka grupper och hur många i varje grupp som har nåtts av insatserna och också för att synliggöra vilka insatser som har "gjort nytta" och omvänt inte.<sup>6</sup>

Jag har dock valt att arbeta med Rossis modell därför att i den här utvärderingen ingår få och lättidentifierade grupper och då blir det enklare att hantera Rossis modell.

De avsedda effekterna på lång sikt är ännu inte mätbara. Det är för tidigt. När det gäller det första ledet, *Resurser*, så tangeras de endast i utvärderingen eftersom den är, som ovan beskrivits, en effektutvärdering. Det är de tre mellanliggande leden som behandlas i utvärderingen, alltså *Aktiviteter*, *Prestationer* och *Avsedda effekter på kort sikt*. Under det sistnämnda ledet behandlas såväl avsedda/önskade effekter och kanske i viss mån även förutsägbara effekter av projektet, jämte sådana som kanske varken har varit avsedda eller förväntade.

---

<sup>6</sup> McLaughlin & Jordan (1998).S. 66.

### 3. Utvärderingsobjektet

Med utgångspunkt i det programteoretiska resonemang som förts ovan presenteras DBT-färdighetsträningen schematiskt i nedanstående modell.

Enkelt uttryckt svarar den på frågorna *Vad gör man, Hur gör man det, Varför gör man det man gör* och slutligen *Vem gör/ansvarar för aktiviteten i fråga*.

Resurser	Aktiviteter	Förväntningar Effekter (på kort sikt)
1 DBT-terapeut/lärare från Vuxenpsykiatriska mottagningen Solhem.	DBT-färdighetsträning en eftermiddag i veckan under ca ett års tid.	Mer sammansvetsad personalgrupp.
1 DBT terapeut/lärare från Vuxenpsykiatriska mottagningen i Mark.	Handledning i DBT-frågor på avdelningen, först varannan vecka, därefter en gång/månad under samma tid för gruppen eller dem som vid tillfället "kan komma ifrån".	Gemensam grund att stå på för personalgruppen. En slipning och förbättring av personalen som verktyg.
1 DBT-handledare från Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen Solhem.		Ökat välbefinnande i arbetet för personalgruppen.  Bättre bemötande/omhändertagande av patienterna.

Figur 2. Programteoretisk rekonstruktion av DBT-färdighetsträningen.

## 4. Teoretiska perspektiv

Jag har valt att lägga ett sociokulturellt perspektiv på organisatoriskt lärande som en teoretisk utgångspunkt för den här utvärderingen. Det perspektivet har utgångspunkt i samspelet mellan individen och kollektivet genom att individens handlingar och kunskaper relateras till sammanhang och verksamheter (Säljö 2000).

Kunskap, och därmed även lärande, är enligt detta synsätt situationsbunden och kontextunik. Kunskap kan förstås, upplevas och användas olika i olika verksamheter. Det är i samspelet och kommunikationen mellan individ och kollektiv som kunskap och förståelse bildas och fördjupas. Därmed är lärandet en process som sker i relation till omvärlden och verktygen för detta tillhandahålls av, och finns, i det aktuella verksamhetssystemet.

Det är individens egna kunskaper som tillsammans med tidigare erfarenheter utgör grunden för hur man handlar i varje bestämd situation. Men varje handling styrs också av vad ”... man medvetet eller omedvetet uppfattar att omgivningen kräver, tillåter eller gör möjligt i en viss verksamhet” (Säljö 2000, s.128.). Det sociokulturella synsättet på lärande betonar lärandets situerade natur, dvs att man lär och förstår utifrån vad som är adekvat i och finns utrymme för i situationen och därmed också i den aktuella kontexten.

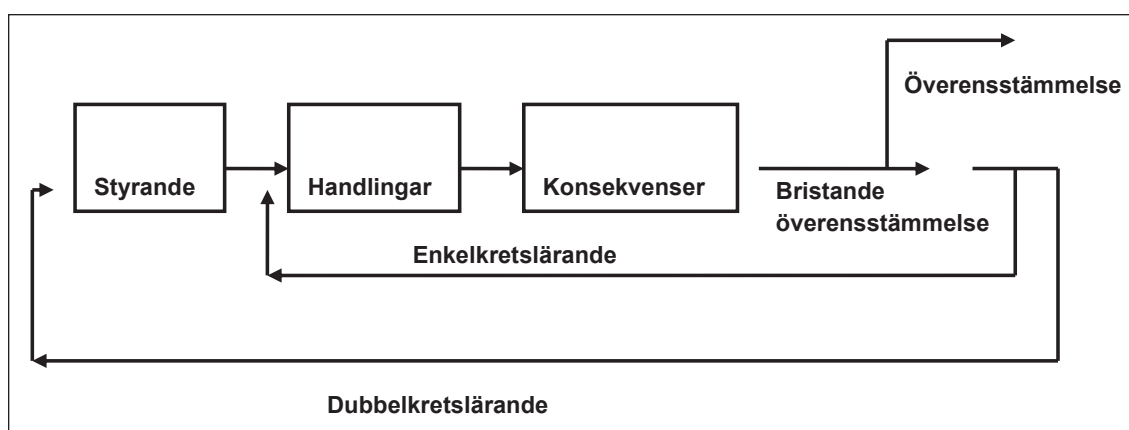
Arbetsplatslärandet, liksom det lärande som äger rum inom olika utbildningsinstitutioner, består av såväl formellt lärande som informellt lärande. Genom att de som går DBT-färdighetsträningen finns på sin arbetsplats under utbildningstiden har de också tillgång till en social praktik (Säljö, 2000) eller till en Community of Practice (Lave & Wenger, 2002). Det innebär att de fortsatt under hela utbildningstiden finns som en del av det sammanhang där de ska fortsätta verka efter att DBT-färdighetsträningen är avslutad.

Det innebär att allt lärande ses som en process. I denna process finns utrymme för såväl formellt som informellt lärande, som är två sidor av samma mynt. Det informella lärandet är inte minst viktigt när det gäller att upprätthålla, fördjupa och/eller bredda individens kompetens i relation till de allt snabbare teknologiska och strukturella förändringarna i arbetslivet i allmänhet och på arbetsplatsen i synnerhet. En konsekvens av detta synsätt är att kompetensutveckling är någonting som bör integreras i arbetsplatsens dagliga verksamhet (Ellström 1992/2002).

Ytterligare en viktig aspekt av lärande på arbetsplatsen är lärandets direkta koppling till arbetsmiljön. En arbetsmiljö som såväl uppmuntrar och skapar utrymme för kompetensutveckling, och lärande som tar till vara och erkänner individens nya kunskaper, har grundläggande betydelse för individens hälsa och välbefinnande (Ellström 1992/2002).

Lärande kan definieras som ”relativt varaktiga förändringar hos en individ som ett resultat av individens samspel med sin omgivning” (Ellström 1992/2002 sid. 67). De förändringar som lärandet ger upphov till innefattar å ena sidan kunskaper samt manuella och intellektuella färdigheter och å den andra sidan attityder, sociala färdigheter och personlighetsrelaterade egenskaper (Ellström 1992/2002).

Lärandet kan äga rum på olika medvetandenivåer när det gäller såväl organisationer som enskilda individer. Den enklaste distinktionen görs mellan anpassningsinriktat och utvecklingsinriktat lärande, där det förra står för ett tämligen oreflektat och icke problematiserande lärande, medan det senare innehåller båda dessa ingredienser. Ett exempel på dessa olika slags lärandeprocesser på organisationsnivå är Chris Argyris enkla (single) respektive dubbla (double) loopar (Argyris & Schön, 1978 och 1995). Dessa visas i modellen nedan.



Figur 2. Enkelkrets- och dubbelkretslärande (Argyris 1992:8)<sup>7</sup>

Argyris menar att enkelkretslärande hittar lösningar på uppkomna problem och svårigheter, men att organisationen inte tar tag i och löser frågan om VARFÖR problemen eller svårigheterna uppstod överhuvudtaget. Effekten kan då bli att organisationen löser samma problem om och om igen, på ett oreflekterat sätt. Det innebär att verksamheten inte utvecklas på det sätt som den skulle kunna göra om man använder dubbelkretslärande som problemlösnings-/lärande modell. I denna form av lärande tvingas organisationen ta ställning till och ifrågasätta sina värderingar och bakomliggande antaganden. Det innebär att man måste lösa frågan om varför problemen uppstår och vad det är för förändringar som krävs för att inte dessa ska uppstå igen (Argyris & Schön, 1978 och 1995, Hatch 1997[2002]).

Dubbelkretslärande har en motsvarighet på individnivå, enligt min mening, i Piagets begrepp ackommodation, som står för ett överskridande lärande till skillnad från hans begrepp assimilation som innebär ett additivt lärande. Ett additivt lärande innebär att nya kunskaper läggs till de redan befintliga kunskaperna enligt en logik där de nya kunskaperna är beroende av att de gamla kunskaperna har skapat strukturer och kognitiva scheman där de nya kan tas emot och om hand. Ackommodationen däremot behöver inga färdiga strukturer. Tvärtom innebär ackommodation att de strukturer som finns förändras och anpassas till nya förhållanden (Illeris 2001). Denna anpassning kan inträffa plötsligt och snabbt, ungefär som en Lidnersk knäpp, men den kan också ta god tid på sig och utvecklas stegvis och kan då kanske liknas vid en bröddeg som behöver ordentligt med jästid innan den bakas ut och sätts in i ugnen för att växa och bli färdig.

<sup>7</sup> Modellen, så som den är ritad här, är hämtad från: Illeris, Knud. 1999. Lärande i mötet mellan Piaget, Freud och Marx. Lund. S. 150.

## 5. Metod och material

Det vårdteam som gick i den DBT-färdighetsträningsgrupp som jag har följt, bestod av åtta personer. Alla hörde till kategorin vårdpersonal på avdelning 3, men två av dem hade andra positioner/arbetsuppgifter. Den ena av dessa var avdelningschef och den andra var biträdande avdelningschef.

Efter att jag hade fått mitt uppdrag träffade jag vårdenhetschefen för Vuxenpsykiatriska mottagningen Solhem, Magnus Skog, för att diskutera utvärderingens design och hur jag skulle kunna få tillgång till deltagarna och ledarna för DBT-färdighetsträningsgruppen. Med på mötet skulle också utbildningsledaren för vuxenpsykiatriska klinikerna, Stina Djurberg, ha varit. Hon hade dock förhinder i form av sjukdom. Jag har under den tid som jag har haft uppdraget haft regelbunden kontakt med båda, och jag har också återrapporterat muntligt till dem vid ett par tillfällen.

Därefter tog jag kontakt med en av färdighetstränarna och presenterade mig och mitt uppdrag och frågade om jag fick komma en stund vid ett färdighetsträningstillfälle och presentera mig och uppdraget att utvärdera. Jag var välkommen, men vi enades om att mitt besök först skulle tillkännages och förankras i gruppen. Så skedde, och jag kom dit och presenterade mig och vi hade ett samtal kring utvärderingen, som alla genom sina chefer redan var införstådda med skulle göras. Mitt intryck av det mötet var att samtliga var positivt inställda till utvärderingen och också lite förvåntansfulla på det sätt som människor ofta blir när deras upplevelser och synpunkter efterfrågas.

Efter att jag hade träffat vårdteamet, ringde jag upp sju av åtta deltagare och bokade en tid med var och en av dem för en telefonintervju. Jag bad dem avsätta 45 minuter för intervjun och jag var noga med att påminna om det jag redan sagt vid vårt möte; att den här utvärderingen inte är en utvärdering för kontroll utan för lärande. Det innebär att det som kommer fram kan vara en del i det underlag som ska ligga till grund för diskussion och beslut om eventuellt kommande DBT-färdighetsträningssatsningar för personal från andra vårdavdelningar på Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS).

Av flera skäl valde jag att arbeta med telefonintervjuer. Jag har goda erfarenheter av det arbets sättet sedan tidigare och jag upplever ofta att det extra anonymitetsskydd som telefonen ger, dvs att man inte ser den man pratar med, skapar en slags intimitet som gör att man vågar öppna sig och prata. Därmed inte sagt att ett möte ansikte mot ansikte inte kan ge samma resultat, men enligt mina erfarenheter fungerar telefonintervjuer bra när det gäller den här typen av verksamhet. Telefonintervjuer sparar också tid (och kostnader), både för utvärderaren och för den som ska bli intervjuad. Om man ska träffas, måste endera parten ta sig någonstans och för att skapa trygghet för informanten, brukar man ofta träffas någonstans där den känner sig trygg och hemmastadd. I det här fallet skulle det vara informanternas arbetsplats som var den arenan, men vårdavdelningen där de arbetar är en sluten psykiatrisk vårdavdelning. Ur ett etiskt perspektiv hade det inte varit lämpligt att jag som utomstående tog mig in där.

Vid tidigare tillfällen när jag har gjort utvärderingar har jag upplevt att människor som deltar i olika projekt eller kompetensutbildningsinsatser som är direkt kopplade till deras arbeten och som utförs på ordinarie arbetstid, också ser deltagandet i utvärderingen som någonting som hör till jobbet. Därav vill man också helst göra det som ska göras för ut-

värderingen på arbetstid. Den här gruppen var inget undantag. Av de sju deltagare som jag intervjuade i första omgången, ville sex bli intervjuade på arbetstid. En av dem föredrog att bli intervjuad i hemmet, på ledig tid.

Det var informanternas arbetstider tillsammans med de dagliga rutinerna på avdelningen som fick styra tidpunkten för när telefonintervjuerna skulle ske, så de är genomförda både på kvällstid, på helger och på vardagar. Vid något tillfälle gick det inte att genomföra intervjun när jag ringde upp, arbetsbelastningen på avdelningen var sådan att det helt enkelt inte var läge att låta sig intervjuas just då. Tiden fick bokas om till ett senare tillfälle och då kunde intervjun också genomföras.

Den person som jag inte ringde och bokade intervjutid med, så som beskrivits ovan, var avdelningschefen. Jag tänkte mig ett delvis annat upplägg i utvärderingen när det gällde den personen och med det följde att intervjutidpunkten skulle senareläggas, något som vi hade pratat om. Tyvärr hann den tilltänkta informanten sluta sitt arbete som avdelningschef och därmed så finns hen inte med i den här utvärderingen.

Ett drygt halvår efter att DBT-färdighetsträningen var avslutad intervjuade jag teammedlemmarna en andra gång. De visste om att de skulle bli kontaktade av mig igen och glädjande nog kom de också ihåg det. Upplägget för denna andra intervjuomgång skiljer sig inte från det som beskrivits ovan för den första omgången, men det finns en skillnad i antalet genomförda intervjuer. I den första omgången intervjuade jag sju personer. I den andra omgången var antalet bara fyra. Det som hade hänt var att, förutom att chefen hade avslutat sin tjänst, så hade ytterligare två personer avslutat sina tjänster på avdelningen och en person hade gått från att arbeta dagtid till att arbeta enbart på natten. Den personen avböjde att vara med i del två av utvärderingen, med motiveringen att man på natten inte har så stor användning av sina DBT-färdigheter, patienterna sover oftast och nattarbete är till stor del ensamarbete.

Jag har också gjort telefonintervjuer med de två DBT-terapeuterna och den DBT-handledare som finns med i programteorin ovan. Det handlar om en intervju vardera som har tagit ungefär 45 minuter i anspråk. De var samtliga informerade om att de skulle bli kontaktade av mig och upplägget i dessa intervjuer följer det som beskrivits ovan.

När jag har genomfört telefonintervjuerna har jag haft den kvalitativa forskningsintervjun som utgångspunkt och förhållningsätt.<sup>8</sup>

De flesta intervjuerna har hållit sig inom den avtalade tiden, någon enstaka har den varit kortare, ca 30 minuter. En annan något längre, ca 60 minuter. Under samtalets gång har jag fört anteckningar och jag har skrivit ut intervjuerna efteråt, medan jag fortfarande har "varit kvar" i samtalet. Telefonintervjuerna har utgått från intervjuguider, som finns bilagda i slutet av rapporten.

Intervjuerna presenteras nedan i narrativ form.<sup>9</sup> Jag har med flit låtit det vardagsspråk som intervjuerna fördes i vara kvar i utskriften av dem, för att läsaren ska få en så levande bild som möjligt.<sup>10</sup> Där citattecken förekommer, så är det direkta citat från samtalet.

För min analys har jag i de utskrivna intervjuerna i narrativ form sökt efter bärande meningskategorier.

<sup>8</sup> För en diskussion om den kvalitativa forskningsintervjun se: Kvale, S. (1997/2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund.

<sup>9</sup> För en diskussion om narrativer se: Kvale, S. (1997/2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund.

<sup>10</sup> För en diskussion om utskrift se: Kvale, S. (1997/2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund.

## 6. Etiska överväganden

I resultatredovisningen nedan är samtliga informanter anonymiserade. Men det är ett litet antal personer som har blivit intervjuade för den här utvärderingen. Teammedlemmarna på avdelning 3 känner varandra väl i sina yrkesroller och de har genom DBT-färdighetsutbildningen lärt känna varandra ännu bättre och också hittat och upptäckt nya delar i varandras personligheter. Detsamma kan sägas om DBT-terapeuterna/-handledaren som också ingår i utvärderingen, i alla fall när det gäller att känna varandra på ett professionellt plan. Det är därför svårt att få till stånd/garanterat någon hundra procentig anonymitet inom den intervjuade gruppen.

Det kan också vara så att arbetskamrater och andra på Vuxenpsykiatriska kliniken, som relativt sett också är en liten arena, kan komma att känna igen någon eller några av informanterna beroende på yrkesroll eller på hur man har uttalat sig i utvärderingen. Så inte heller där går det att skydda anonymiteten till hundra procent. Men om man kommer utanför dessa kretsar, så torde anonymiteten vara skyddad.



## 7. Resultat

### 7.1 Vårdpersonalen första intervjuomgången

Nedan presenteras resultaten från de intervjuer som jag gjorde med vårdpersonalen vid det första intervjutillfället, några veckor efter att färdighetsträningen startat. De är sju till antalet och har fokus på nyttan med DBT-färdigheterna. Varje punkt i punktlistan motsvarar en informant.

*\* Jag tänker mycket i DBT-banor nu. Jag lever mer i nuet nu än vad jag gjorde innan. Jag kan lägga av mig stress och inte låta mig bli uppslukad av tankar. Jag kan släppa lite på sånt som att inte alltid vara så värderande mot arbetskamrater och patienter. Inser att man inte alltid behöver eller måste kunna allt. Ibland räcker det med att observera saker, man behöver inte tycka hela tiden. Jag kan ta saker med ro på ett annat sätt numera.*

*Man kan hjälpa patienterna bättre när man själv blir mer medveten för man gör på ett annat sätt. Man kanske inte alltid behöver vara så snabb med att ge medicin. Man kan hjälpa patienten att själv vara mer i nuet, att den inte ska grubbla så mycket. Eller ta det här med de jättearga patienterna, de där som är arga på allt och alla. Jag kan ta det på ett annat sätt nu. Jag observerar mer än vad jag gjorde förut och jag tar inte åt mig lika mycket som jag gjorde förut och då kan jag hjälpa patienten på ett bättre och på ett annorlunda sätt. Jag får ett annat förhållningssätt till patienten och jag möter det arga på ett annat sätt än vad jag gjorde innan, jag går inte igång.*

*\* Jag har blivit säkrare i min yrkesroll och säkrare i hur jag bemöter patienterna. Ja, jag har blivit säkrare i mitt privatliv också. Nu kan jag stötta patienterna och hantera situationer som uppstår på ett annat, bättre sätt än vad jag gjorde förut. Nu kan jag också prata samma språk som våra patienter gör: DBT-språket. Det ökar självförtroendet och stärker självkänslan hos mig och jag kan vara mer öppen i mötet med patienterna. En jättebra kunskap jag har fått är att inte döma och värdera patienterna så snabbt. Det finns så mycket sånt i vården. Jag försöker ändra mitt tänk och vara medveten om det hela tiden. Jag förstår bättre nu hur patienterna fungerar, att känslorna faktiskt spelar roll och hur det kan vara när man inte kan balansera sina känslor. Det här kan man ha med sig överallt i privatlivet och i alla relationer man har – i allt man möter under dagen kan man använda sina DBT-kunskaper. Att man inte alltid ska reagera i sin känsla utan försöka balansera förnuftet och känslan, att man tänker sig för hur man går in i konflikter. Jag har en större medvetenhet om hur jag går in i saker nu. Jag både kan och vågar mer. Jag vågar stå på mig på ett annat sätt nu. Och så försöker jag vara mer medvetet närvarande i stunden, att jag inte ska gå så mycket på rutin och så har jag förstätt hur viktigt det är med validering i livet, både för våra patienter och för våra studenter och i hemmet.*

*\* Det är positivt för våra patienter att vi får gå på DBT, för då förstår vi bättre vad de som själva går på DBT pratar om, så DBT är bra för vår egen personliga utveckling. För min egen del innebär det att jag har lärt mig tänka på ett positivt sätt och det känns bra. Jag tänker i DBT-banor jämt nu. Jag ställer frågor på ett annat sätt nu också. Förut kunde jag fråga en patient som hade skurit sig: varför gjorde du så? Nu försöker jag ta reda på mer bakomliggande saker, vad det var som utlöste istället för att bara prata om det hon gjort. Jag försöker också vara mer medvetet*

*närvarande och hålla mig till en sak i taget. Jag tycker att hela teamet dokumenterar på ett annat sätt nu, för i omvårdnadsanteckningarna så validerar vi patienterna, det händer att vi vänder på en händelse och försöker se det positiva istället för bara det negativa i den.*

*\* Det som jag direkt kan använda i jobbet det är det här med att reglera mina känslor och att vara medvetet närvarande. I teamet blir vi också mer tydliga mot varandra. Jag har fått bättre redskap att använda vid problem och konflikter och för att hantera mina och andras reaktioner och bättre förstå dem. Jag kan också reflektera över reaktioner för att kunna förstå och verbalisera dem. Det gäller i mötet med både arbetskamrater och patienter. Jag är en dynamisk person och har ganska nära till humör och där har jag fått redskap i relationsmodulen för att reglera mitt humör. Jag behöver inte alltid kriga, jag kan resonera med mig själv på ett annat vis nu.*

*Jag tycker nog att teamet också ber om hjälp på ett mer tydligt och strukturerat sätt nu. Det gäller enskilda arbetstagare också. Det är mer planerat och de lägger upp argument på ett annat sätt. Det händer saker i gruppen också. De har blivit tydligare mot varandra och förklarar konsekvenser. Särskilt i konfliktsituationer tycker jag att det har blivit mer ärligt, sakligt och tydligt.*

*\* Det är lättare att ta sig an den här patientgruppen nu. Jag intar en hållning som är mindre värderande nu och jag försöker förstå istället för att värdera. Vi möter en rörig och svår patientgrupp som har så mycket känslövängningar och nu har jag fått mer fakta och redskap med mig och då blir jag tryggare och får ett ökat självförtroende i mitt vårdarbete. Och jag hoppas att vi också kan hjälpa till så att patienterna får de här redskapen, så att vi kan hjälpa dem till att få bättre hjälp, så att de kan bli sedda och förstådda i sin problematik så att vi inte bara ger dem mediciner.*

*\* För min egen del så har det blivit så att jag inte alltid är tyst och håller med numera. Jag vågar säga ifrån och jag vågar visa mina åsikter och jag vågar sätta gränser. Det gjorde jag inte förut. Jag försöker jobba mycket mindfulness, en sak i taget och jag mår bra i det. Jag försöker hela tiden vara i nuet och inte så mycket i då och sen. Mina patientkontakter har också blivit annorlunda. Numera försöker jag förstå varför det blev som det blev. Jag kan frågaltänka Vad var det som hände dig för att det skulle bli så här? Jag söker mycket mer förståelse nu. Förut var jag mer på Varför-nivån. Jag har nytta av DBT när jag är med studenterna också. Jag kan ge feedback då till var och en och jag blir mer närvarande, för jag ser studenterna som individer en och en, förut var de bara en grupp. Och det märker studenterna och jag får tillbaka det från studenterna. Så jag känner att jag växer som människa, att jag är på rätt spår. Det är så positivt. Vi i arbetsgruppen har fått mer förståelse för varandra också. Vi kan prata om DBT och vi har fått ett gemensamt språk genom DBT. Vi har blivit mer sammansvetsade nu och med DBT:n så har vi ett gemensamt mål. Och vi kan validera varandra nu.*

*\* Jag har mycket lättare för att validera patienterna nu. Jag gör det mer och mer. Jag har inte vågat göra det så mycket innan. Nu vågar jag också göra det i patienternas illabefinnande. Tidigare har jag varit så fåordig när det gäller den biten. Nu deltar jag mer och jag vågar gräva mer i vad det är som orsakar patientens illabefinnande. Jag vågar gå in i diskussion med patienten, jag har fått ett större ordförråd till den typen av diskussioner genom DBT och jag har också fått mer förståelse för att patienten faktiskt gör sitt bästa, den djävlas inte med mig, bara att förstå den biten. För de här patienterna de väcker känslor, men jag kan stanna kvar i förnuftet nu och låta bli att ta åt mig så mycket.*

## 7.2 Vårdpersonalen andra intervjuomgången

Under den här rubriken presenteras de fyra intervjuer som jag gjorde med dem som var kvar i vårdteamet på avdelningen när det var dags för intervjuomgång två. De presenteras i narrativ form och berättelserna är lite längre än i föregående kapitel.

Syftet med det är att försöka belysa färdighetsträningen och vad som blev av den ur fler perspektiv än nyttoperspektivet. Varje punkt i punktlistan motsvaras av en informant. Ordningen mellan informanterna är ändrad i förhållande till föregående kapitel i ett försök att värna anonymiteten.

*\* Jag är kvar i samma arbetslag som jag var i när vi gick på färdighetsträningen. Jag tänker på DBT, men jag kan inte säga att jag använder det varje dag. Kunskapen har jag och jag borde använda mig av den oftare, men det blir inte så. Numera använder jag mig av DBT:n vid rapporter, när vi lämnar rapport till varandra, och när det är surrigt på avdelningen – då kommer jag in i ett mindfulness-tänk. Jag använder också DBT vid patientmöten, jag har alltid varit mån om att de ska bli bra, men nu är jag ännu mer medveten om hur viktiga förberedelserna är, så jag planerar nog dem bättre. Men även hemma använder jag mig av DBT, jag tänker till lite extra och förbereder mig bättre inför en del telefonsamtal. Och så i studenthandledningen på avdelningen, det är väldigt mycket med och kring studenterna hela tiden, och en av tankarna med att det var vi som fick gå DBT var ju just att vi har så mycket studenter, och med dem har man nytta av att tänka DBT.*

*Men det är lite olika hur vi i de olika teamen använder DBT och det beror på att vi har gått olika inriktningar. Det röda teamet, de har gått en mer patientinriktad DBT, de har jobbat med patientexempel, medan det gröna och det blå teamet har jobbat mer egeninriktat i exemplen. Man märker att vi har gått på DBT i hur vi bemöter varandra och lite i hur vi tänker – vi kan t ex säga att nu behöver vi stanna upp och vara lite mindful eller så kan vi säga till varandra att nu blir NN validerad. Men vi gör egentligen inget särskilt med DBT-kunskaperna.*

*Jag är väldigt nöjd med färdighetsträningen, som den var. Jag går ofta tillbaka och tittar och läser i pärmen, ofta om relationer. Kanske att vi skulle haft lite mer om relationer under färdighetsträningen, det är ju relationer överallt, det är spännande, men kan också leda till en del jobbiga diskussioner.*

*Det har inte förändrats så mycket här på jobbet efter färdighetsträningen, det tycker jag inte. Jag hade hoppats på mer förändringar i teamet och på avdelningen som ett resultat av färdighetsträningen. Det kanske kommer senare, när alla har gått färdigt. Vi bemöter inte alltid varandra med respekt.*

*Jag kan ofta använda mina DBT-färdigheter i mötet med patienterna. Både när patienterna är självdestruktiva, deprimerade eller forcerade så kan jag använda DBT-färdigheterna. Jag kan få dem att tänka på annat eller att göra en sak i taget eller hjälpa dem med mindful. Det är lättare att jobba med de patienter som själva gått DBT nu. Egentligen ska de ju göra sina kedjeanalyser själva, men det är bra att jag vet hur det går till för då kan jag gå in och stödja. Jag vet hur man gör och patienten vet det också och vi har ett gemensamt språk som underlättar.*

*Det var roligt att göra det här tillsammans med teamet. Det var bra att vi fick gå ifrån avdelningen och vara utan patienterna i lugn och ro, det var värdefullt.*

*Men jag är upprörd över att det inte har funnits medel för vikarier. Vi har inte fått ta in någon extrapersonal på avdelningen och vi som har varit kvar och jobbat när de andra har gått iväg har*

fått jobba för två team. Både onsdag och torsdag eftermiddag. Det har varit ett tungt lass. När vårt team gick, så var vi bara ett team som gick iväg, så det var inte lika tungt för dem som var kvar.

Annars har det varit väldigt roligt och jag hade inte valt någon annan kompetensutveckling själv, verkligen inte. Det har varit oerhört lärorikt, att själv få ett annat tänk och att få andra att tänka på ett annat sätt.

\* Det har hänt en del sedan vi talades vid senast. Jag jobbar i samma arbetslag nu som jag gjorde då, men nu för tiden jobbar jag bara på natten. Det är samma arbetslag nu som då, men det har tillkommit nya, som inte har gått DBT-färdighetsträningen – både i mitt team och i det andra teamen. Det blå teamet, de går till Solhem och har DBT där. Det röda teamet går för NN här på avdelningen.

Jag har nytta av, och använder mina DBT-färdigheter privat, för mig själv. Även om man inte använder orden, så kommer man ihåg tänket och det vi tog upp på utbildningen. Men med patienterna blir det inte så mycket med på natten, men vi försöker jobba med ”släppa oro” för patienter som inte kan slappna av. Det går bra om patienten har eget rum, men på tvåsal fungerar inte det, eftersom det stör om man pratar för mycket, då får man ta till bollmassage, det stör inte lika mycket för då kan man vara tyst. Det är lättare om patienten kommer upp, för då kan man prata, då kan man använda DBT för att få patienten att släppa grubblet, man kan också lyssna på musik istället för att grubbla och det blir lättare att uppmuntra patienten till att försöka själv. Men alla vill inte försöka själva, inte med någonting, de vill bara ha medicin på en gång. Jag tror att våra ineliggande patienter är för sjuka för att man ska kunna använda DBT på dem, men jag har hört att det har hjälpt andra till att slippa bli inlagda. Men jag tror jättemycket på DBT, att bryta mönster och ta till andra saker, men patienten måste vilja och kunna jobba själv, annars går ju inte oron bort.

Jag har inte så många kollegor på natten, så jag kan inte vara något exempel för andra eller fungera som ambassadör för DBT, om jag ska kunna vara det, så måste jag få arbetskamrater först. Men jag är jätteglad att jag fick gå DBT-färdighetsträningen. Det fungerade bra för vårt team och för det andra teamet som går på Solhem, men det blev lite logistikfel när det röda teamet satte igång själva, så natten kunde inte vara med.

Vi har inte pratat så mycket om själva DBT på avdelningen, det blir mer om läxorna, att man har dem och att det kan vara jobbigt att hitta på exempel ibland, men jag är inte delaktig i själva läxläsandet, det kan vara jobbigt att dela de erfarenheter som kommer upp där med sina arbetskamrater. I vår DBT-grupp var stämningen god, och att göra medveten närvaro var himla gott, så avslappnande. Jag gör inte medveten närvaro själv, fast ändå gör jag det, men inte som vi gjorde på DBT, utan mer efter vad som fungerar i stunden, t ex vid bältesspänningar har jag gjort det och både jag och patienten har blivit lugna och jag har till slut kunnat prata med patienten ändå.

Man använder sina färdigheter när man kan med patienterna, men på natten sover de ju och som jag sa förut, så funkar det inte med alla. DBT är nyttigt och bra gentemot kollegor också. Till exempel ibland, det händer någon gång att man känner sig orättvist behandlad, då kan man ta till sitt DBT-tänk och tänka att man inte ska ta åt sig, men även med patienterna i samma situationer, att inte ta åt sig.

Jag tyckte att upplägget på färdighetsträningen var bra. Det räckte med de modulerna som var. Det var bra upplagt, skickligt upplagt. Arbetsbladen i pärmen var också bra – de var lätta att gå tillbaka till. Det var en avslappnad stämning i gruppen, man kunde få fråga det man ville. Jag hade inte valt någon annan kompetensutveckling, om jag hade fått välja hade jag nog valt denna.

\* När vi skulle börja DBT-färdighetsträningen, så fick jag information om att det var för vårt privatliv, att det skulle stärka oss som människor, men också för att vi skulle kunna möta patienterna på ett bättre sätt och det hänger ju ihop. Om man är intresserad, så försöker man ta till sig undervisningen och förändra sig. DBT är en tränings sak, om man tycker att det hjälper och gör skillnad, så lär man sig och använder färdigheterna. Det som är viktigast både i livet som helhet och i DBT:n är medveten närvaro, det är kärnan i DBT. Jag försöker träna hela tiden. Det är mycket lättare att bemöta patienterna nu. Jag tycker att det är bra, det är positivt med DBT. Det hela är en träning, det är som att köra bil. DBT sätter sig i ryggmärgen och det är bra att ha det med sig för sin egen del. Vi möts varje dag i små situationer, att då kunna ta ett steg tillbaka, att balansera känslan, att vara i medveten närvaro, det hjälper.

Vi gör inget särskilt med DBT på avdelningen. Alla team kan gå i DBT-handledning en gång i månaden, men inget mer. Det har blivit lite olyckligt i vårt team, det är inte så många kvar från oss som gick färdighetsträningen tillsammans och vi som är kvar jobbar på olika tider, så vi möts knappt. Vi i teamet använder oss inte heller av DBT, i alla fall inte uttalat, så man glömmet nästan bort det.

Jag använder nog DBT-färdigheterna mest i mötet med mina arbetskamrater och privat. Hemma har jag en tonåring. Jag har tränat mina färdigheter på tonåringen, så nu är det lugnt hemma. Vi har inga tonårsutbrott längre. Med patienterna blir det mest så att jag tar fram pärmen och så läser vi tillsammans i den. Då fungerar jag som ett stöd och jag kan påminna dem om att de kan använda DBT. Jag kan använda DBT överallt i hela livet, jag tycker att min egen stress har minskat genom DBT, jag är lugnare och kan arbeta med mig själv. Det är de små sakerna som gör skillnad.

Jag tycker att upplägget på färdighetsträningen var balanserat. Det var varken för mycket eller för lite av någonting och allt behövdes verkligen. Vi ändrade bara ordningen lite mellan modulerna. Jag tror att det är bra som det är, man behöver inte ändra på någonting.

Det blå teamet går på DBT-färdighetsträning på Solhem, precis som vi gjorde och det är ingenting att säga om det. Vad det röda teamet, de som tagit tag i det själva håller på med, vet vi ingenting om, mer än att de har samma tider som det blå teamet. Och så säger de att de inte tänker gå på Solhem.

Jag har egentligen inget mer att säga, men jag känner så att förut så har vi inte haft någon särskild utbildning eller kunskap om vår patientgrupp, som är en svår grupp att möta. Nu vet och förstår jag bättre varför de beter sig som de gör. Deras beteenden och handlingar väckte mycket tankar och skapade mycket frustration i mig förut, men så är det inte längre. Nu förstår jag varför det är som det är och jag kan också förstå deras tankar. Det har lättat för mig och jag kan också bearbeta gammal frustration, för det är så att patienternas självedstruktiva handlingar och beteende väcker jobbiga känslor i oss personal. Men nu förstår vi, nu har vi kunskapen, nu behöver jag inte undra längre. Jag känner mig tillfredsställd för nu förstår jag patienten.

\* Det har inte hänt något särskilt med DBT-satsningen här på avdelningen. Allt löper på som vanligt, som det alltid har gjort. Det är ingen skillnad egentligen. Vi pratar inte om DBT. Vi gör inget DBT i vardagen. Vi skulle behöva hålla det vid liv, få hjälp med att hålla det vid liv. DBT-tankarna finns hos mig i patientvården, så det är det positiva i det här, men i personalgruppen finns de inte.

Det är så mycket, hela tiden. Alla teamen är upptagna med sitt, jämt. Det är teamkonferenser och två team går DBT samtidigt och då får vi täcka upp för dem. Det är ett himla flängande jämt.

*Det finns ingen tid till någonting annat. I vårt team så har många slutat. De nya som kommit till teamet har inte gått DBT-färdighetsträningen. Då går det inte att prata eller göra DBT, om det bara är en som vet vad det handlar om. Det blå teamet går sin DBT på Solhem, precis som vi gjorde. Det tycker jag är bra. Jag tyckte först att det var negativt när de röda började själva, men nu tror jag att det är bra, eller det är bra nu. Det är ungefär likvärdigt, tänker jag. Det spelar inte så stor roll om det är patientinriktad DBT eller om det inriktas på oss i arbetsgruppen. Den patientinriktade DBT:n är bra på så vis att då blir det lättare att förstå och jobba med patienten. Vi hade det bra som vi hade det i teamet innan DBT, men med DBT:n så blir man säker i sitt privata jag och då blir det lättare att jobba, när man är det.*

*Jag tycker jag märker att DBT:n gjort nytta i patientarbetet. Våra patienter är självdestruktiva och utåtagerande. Vi läser oss inte i själva skärandet längre, vi ältar inte skadan som sådan, utan vi kan prata mer runt omkring hela situationen, hur de mår, vad som kan ha utlöst skärandet och sådana saker.*

*Vi har mycket respekt för varandra här på avdelningen mellan personalen. Det har vi alltid haft, men vi visar det nog mer nu.*

*Jag är inte involverad i de andra teamens DBT. Men eftersom jag har varit här länge och är en lugn och sansad person, så kommer många till mig med sina frågor. De kan ibland fråga hur vi ska göra med speciella patienter och händelser.*

*Att få gå DBT-färdighetsträningen var en verklig förmån. Vi har fått ett positivare arbetsklimat och ett nytt synsätt visavi patienterna. Vi visar dem större respekt nu, både som personer och för deras situation.*

*Det finns ingen enskild modul i DBT-färdighetsträningen som jag hade velat ha mer av. Jag hade velat ha mer av allt! Mycket har fallit i glömska redan, och jag hade ju kunnat sitta själv och läst på i pärmen, men på jobbet har jag inte tid och egentligen inte hemma heller. Men vi jobbar inte aktivt för att hålla DBT:n vid liv på avdelningen.*

*Det var mycket diskussioner när vi gick på Solhem. Det här med att ta upp en händelse. Det blev lite för mycket ibland, tyckte jag. Alla hade sina egna exempel. Men man lärde sig hela tiden och det var bra diskussioner. Och vi hade bra ledare som tog hand om det. Jag tänker ofta i DBT-termer hemma. Jag är nöjd. Det som var extra bra var att vi blev så sammansvetsade. Vi var en lagom stor grupp. Det är tråkigt att så många har slutat.*

### 7.3 DBT-terapeuterna

I det följande presenteras resultatet från intervjuerna med de tre DBT-terapeuter som har varit delaktiga i färdighetsträningen. Två av dem har lett färdighetsträningen, medan den tredje har haft rollen som handledare på avdelningen. Intervjuerna presenteras i narrativ form och varje punkt i punktlistan motsvara en informant.

*\* När jag fick uppdraget, så tänkte jag att det var ett roligt men annorlunda uppdrag, att lära kollegor DBT- färdigheterna. Jag tyckte också att det var spännande och kanske lite nervöst. Jag skulle lära ut till kollegor, som har högre kompetens än vad jag har. Ja, inte när det gäller DBT, men annars, flera av dem är ju högskoleutbildade.*

*Jag funderade mycket över syftet också. Vad var syftet, egentligen? Jag tyckte att det var otydligt. Jag hade hört en diskussion om att det var kökortningspengar som skulle användas till detta och det skapade ett sammanhang för mig, om att det var till för patienterna. Men det var så att personalen skulle göra detta för sin egen del. DBT:n var till för att stärka dem, så att de skulle kunna möta patientgruppen annorlunda, för att minska personalens frustration i arbetet. Men vi drogs hela tiden med att syftet var otydligt, det var det för gruppen också.*

*Om man kan flytta över materialet till en arbetsgrupp? Ja, å ena sidan kan man ju validera att vi alla är människor, men vissa bitar stämde inte. Och chefsnärvaron i gruppen påverkade vad deltagarna vågade berätta om sig själva. Den spelade stor roll. Det är klart, om den jag löneförhandlar med och möter som min chef i vardagen sitter med här, i ett sånt här sammanhang, att det påverkar. Flera av deltagarna bejakade materialet och hade svårigheter själva, men var inte bekväma med att prata om det när cheferna satt med. Det är inte någon hel modul i materialet som inte passar in, men bitar av modulen **Att stå ut när det är svårt utan att förvärra kris** var kanske å ena sidan "too much", å andra sidan var det överraskande hur liten skillnaden var mellan gruppen och de patienter vi möter i vanliga fall.*

*Någonting som överraskade mig jättemycket var det här med hemuppgifterna och att man ska ha sin telefon avstängd och passa tiden i färdighetsträningen. Det är nåt vi får jobba jättemycket med med patienterna, men här fick vi nästan jobba mer med personalgruppen när det gällde de sakerna.*

*Cheferna borta mycket. Det blev mer frispråkigt i den gruppen när cheferna inte var med. Det blir en process i gruppen som man missar när man är borta och som man inte kan komma ikapp. Många jobbade mycket och kunde inte komma för det, andra tittade liksom bara in och försvann sedan. Det fanns också en del frågor kring färdighetsträningen "varför behöver jag det?" och det skapade också en del återhållsamhet i samtalet.*

*Skillnaderna mellan att ha färdighetsträning i en patientgrupp eller i en arbetsgrupp är mindre än vad man kan tro och vi har ändrat mycket lite i materialet. Vi ändrade egentligen bara när det gäller medveten närvaro mellan modulerna. I en patientgrupp gör man det tre gånger, men här gjorde vi bara en gång mellan varje modul. Vi tog också modulerna i en annan ordning än vad vi gör med patienterna. Vi började med validering eftersom det är ett bra verktyg både för personalen sinsemellan och i mötet med patienterna. Jag trodde att handledningen som de skulle få på avdelningen skulle bli en förlängning av det vi gjorde här. Att de skulle generalisera, diskutera och ge exempel under handledningen. DBT kräver mycket struktur. Men det är en ryckig arbetsmiljö på avdelningen. Det är en patientgrupp som triggar igång beteenden hos personalen. Men de hinner och orkar inte. Det är ingen skepsis mot DBT, men det finns inte riktigt ork och ingen riktig struk-*

tur för DBT på avdelningen. Med tanke på det så är jag snarare förvånad över hur uppskattade våra DBT-eftermiddagar var och hur villiga de var till att komma hit och hur mycket tid som de investerade. Det fanns de som kom till färdighetsträningen trots att de hade jobbat natten innan. Men cheferna hade för mycket annat omkring sig för att det skulle bli bra. Och de var tajta även privat och personalen tyckte att det var problematiskt att ha med cheferna i färdighetsträningsgruppen. De var mycket tystare och gav färre exempel när cheferna var med.

Tiden tyckte jag räckte bra och jag har inte tänkt på om det skulle fattats något i materialet som man kanske hade behövt speciellt för en arbetsgrupp.

Det som jag har tänkt mycket på är det här med hur viktigt det är att ha ett klart syfte och tanken är ju inte att de ska lära ut färdigheterna till andra, utan de ska vara för dem. Vi får inte vattna ur DBT så att alla springer omkring och gör på sitt sätt. Det är positivt att många kan färdigheterna, men man måste vara varsam med DBT. Visa gärna att ni har ett hum om det när patienterna frågar, men ni kan inte DBT. Individualterapi saknas helt i det vi har gjort, det gör konsultationsteamet och telefonstödet också. ”Det här är färdighetsträning, punkt”.

\* När jag fick frågan om att göra DBT-färdighetsträning med den här personalgruppen, så tänkte jag att det skulle bli spännande, för de möter en patientgrupp som väcker mycket känslor hos dem. De här starka känslorna blir mer uttalade i slutenvården än vad de blir hos oss i öppenvården när vi möter samma patienter, de är ofta i bättre skick när vi möter dem. Så det kändes bra att kunna hjälpa till att ge personalen mer verktyg, att hjälpa dem att lära känna patientgruppen bättre för att öka förståelsen för den och ge personalen verktyg att reglera sig själva. Det kändes bara positivt.

Om man tittar på DBT-materialet i respektive modul, så är det inga konstigheter med det. Det kan hjälpa alla att reglera sig. Det handlar egentligen om livsfärdigheter som alla har nytta av. Men när det gäller modulen hur man hanterar svåra situationer, så kanske vi inte har lika starka och svårhanterliga känslor som patienterna har. Men det är ju bra för alla att kunna göra slut på dåliga relationer och att kunna fatta välgrundade beslut utifrån frågan **Vad är det som är bra för mig?** och sedan handla utifrån det. Några i gruppen kom från det vidare till frågan om de skulle jobba kvar på avdelningen och landade i att det inte skulle vara bra för dem att jobba kvar, så de slutade.

Innan vi började med färdighetsträningen i arbetsgruppen, diskuterade vi mycket hur vi skulle göra och om vi skulle göra något annorlunda mot vad vi normalt gör i patientgrupperna. Men vi valde att jobba efter precis samma upplägg. Det var ju vårt uppdrag. Men när det gäller Stå-utfärdighetsmodulen, så vinklade vi den lite mot att så här kan patienterna uppleva det. Men att stå ut när det är svårt och att kunna balansera sig själv, egentligen är det bara gradskillnader mellan oss och patienterna. Vi fastnar inte i det svåra på samma sätt som de gör. Och hemuppgifterna fick var och en göra utifrån sin situation, och så är det ju för patienterna också. Så nej, vi har inte gjort några stora ändringar i materialet.

Den stora skillnaden var att personalgruppen inte var lika disciplinerad under färdighetsträningsspassen som patienterna är. Speciellt gällde det mobiltelefonerna. Det var mycket ringande, mest i chefernas telefoner. Vi var lite frustrerade på oss själva att vi inte sa ifrån tydligare om telefonerna, men det är lättare att säga ifrån i en patientgrupp än vad det är med kollegor. Det var en mycket motiverad grupp, men telefonerna var jobbiga. Vi skrev inget kontrakt med dem, så som vi gör med patienterna och jag tänker både ja och nej om det. Det var ju de själva som hade efterfrågat färdighetsträningen som ett egenverktyg, men det var någon som var borta mer än fyra gånger på rad. Cheferna var överlag borta mycket. Man tappar mycket när man är borta så. Vi spelade



*in, så som man gör i färdighetsträningen, men det är ju upp till var och en efteråt att titta eller låta bli. Det var inte lätt för resten av gruppen att cheferna satt med, det blev inte bra att ha det så.*

*\*Handledningen har haft två delar. Dels har vi i den försökt jobba med dem själva, fånga upp var de står och dels har vi haft ett patientperspektiv. Vi har jobbat både på ett allmänt/generellt plan och med konkreta exempel. Jag har försökt ge allmänna tips, råd och stöd så att personalen lättare ska kunna använda sina DBT-färdigheter även med patienter som inte själva kan DBT, vissa av färdigheterna kan man göra eller använda ändå.*

*Vi hade en bestämd tid avsatt för handledning, men när jag kom upp till avdelningen var det ofta så att verksamheten inte hade tid med mig. Det var mycket att göra på avdelningen, ibland satt man extravak eller hade nåt annat på gång, eller så var det rörigt på avdelningen. Så ibland hade jag bara två personer på handledning och ibland fick vi ställa in helt och hållet. Det var svårt att få ihop hela gruppen. Det var en nackdel att vi skulle ha handledningen på avdelningen. De skulle ha fått gå ifrån för handledning. Det hade varit lättare om det hade varit handledning, så som vi är vana vid att det ska vara. Då hade de fått tid för att förbereda sig med frågor. När jag ska gå iväg på handledning, så är det mitt ansvar att jag kommer dit förberedd och med frågor. Nu blev det som det blev. Vi skulle ha träffats här, nu var det för mycket som störde när vi var på avdelningen. Vi har kanske utnyttjat 60 procent av den tid som vi hade för handledning. Jag kan känna lite frustration i att det blev som det blev med handledningen.*

*Jag tänker så här om att använda DBT-färdigheterna i en arbetsgrupp: att det här är så bra, så alla kan ha nytta av det. Det tillför något till alla. Det ställer inte krav på att man ska göra stora förändringar. Det är livskunskap. Men det blir på ett annat sätt när man gör DBT-färdighetsträningen i en arbetsgrupp än när man gör det i en patientgrupp. När man möter kollegor, så blir det mer som ett konsultationsteam. Jag blir samtalsledare och inte terapeut, men det är jag som kommer med kunskaperna. Det blir kurs och inte behandling.*

*Jag var först lite tveksam till att handleda. De hade fått erbjudandet om DBT för sin egen del, inte med tanke på patientvården eller patientkunskap. Så hur skulle man hitta fokus, så att det handlade om dem? Det är svårt att prata om hur man stärker sig själv, svårt att ta upp personliga saker ibland. Då får man försöka ha ett allmänt fokus. Men frågorna på handledningen har mest handlat om patienterna, hur man ska hantera dem. Jag har också upplevt att det har funnits ett motstånd mot att lära sig DBT, som har grundat sig i rädslan att man skulle få fler patienter med personlighetsstörning eller bli en specialiserad vårdavdelning för sådana. Men samtidigt så har det nog upplevts bra för deras egen del.*

*Det kan vara rätt så stora skillnader på färdighetsträningsgrupper, beroende på vilka man möter, skillnader som har att göra med utbildningsnivå. En del är inte vana vid att problematisera och reflektera. Men det är mest en pedagogisk fråga. Den här gruppen har förstått väl, de är välutbildade och det har inte varit så mycket frågor kring själva materialet.*

*I det stora hela tycker jag att det har varit bra. Det är nog ingenting som inte har varit så bra, bortsett från det här med att de skulle fått tid både för att förbereda och gå på handledningen och att de skulle ha fått gå ifrån avdelningen för den.*

## 8. Diskussion

Den övergripande frågan för den här utvärderingen presenterades redan i inledningen. Den var: I vilken utsträckning har DBT-färdighetsträningen för vårdpersonalen på avdelningen gett upphov till någon social förändring på arbetsplatsen. Följdfrågan var, beroende på svaret på den första frågan, hur denna förändring yttrar sig eller varför den har uteblivit. En central fråga för utvärderingen har varit att få svar på nyttofrågan, det vill säga om och i så fall hur handlandet i den dagliga verksamheten har förändrats som en följd av DBT-färdigheterna/kunskaperna (den fråga presenterades ovan under rubriken *Utvärderingens form*).

Efter att ha analyserat det material som ligger till grund för den här utvärderingen och som finns presenterat ovan under rubriken *Resultat*, så menar jag att intervjuerna visar att DBT-färdighetsträningen endast marginellt har resulterat i någon social förändring på arbetsplatsen. Därav följer att det dagliga handlandet i mycket liten utsträckning har förändrats, att det inte är systematiskt och förankrat i organisationen, utan att det helt och hållet vilar på individens eget engagemang och vilja/önskan att upprätthålla och använda DBT-färdigheterna helt eller delvis i det dagliga handlandet.

I det följande kommer jag att föra en diskussion kring svaren på utvärderingsfrågorna med utgångspunkt från de teoretiska perspektiv som presenterats ovan under rubriken med samma namn.

Den teoretiska utgångspunkten för den här utvärderingen var den sociokulturella synen på lärande, det vill säga att individen lär och förstår utifrån det som den uppfattar att det finns utrymme för i den aktuella kontexten, och att handlingarna styrs utifrån vad man uppfattar som önskvärt, tillåtet och/eller möjliggjort där.

Det är odiskutabelt att satsningen på att låta vårdpersonalen gå DBT-färdighetsträningen är väl förankrad både på kliniken och på avdelningen bland både personal och chefer. Det team som jag har följt i den här utvärderingen har haft tid en eftermiddag i veckan avsatt för att gå på färdighetsträningen på annan plats, för att få göra det i lugn och ro. I den här delen finns det både utrymme och tillåtelse för att lära. Men lärandet fortsätter utanför klassrummet, och intervjusvaren visar att man på avdelningen inte riktigt har orkat eller mäktat med att införliva DBT-färdigheterna i den dagliga praktiken. Det har inte funnits något utrymme, någon tid, (detta gäller inte handledningen, som jag ska återkomma till nedan), eller någon plan för att diskutera, vårda och implementera DBT-färdigheterna gemensamt på en övergripande nivå på avdelningen, så att de kan användas på ett systematiskt sätt av teamet.

Lärande och arbetsmiljö hänger intimt samman. En arbetsmiljö som tar till vara och erkänner medarbetarnas nya kunskaper har en grundläggande betydelse för deras hälsa och välbefinnande (Ellström 1992/2002). Det kan vara så att man i en pressad arbetssituation och med chefsbyten på det inte har orkat med att ta tag i DBT-färdigheterna övergripande. Det kan också vara så att man ser lärandet och användandet av kunskaper som en individuell angelägenhet för de anställda och att man därmed har en bit att gå innan man är en lärande organisation.<sup>11</sup>

Vårdpersonalen har funnits kvar i sin Community of Praxis under den tid de gått i DBT-färdighetsträning, men ramarna för deras sociala praktik tycks inte ha vidgats i någon större

<sup>11</sup> En lärande organisation kan t e x beskrivas på följande sätt: en lärande organisation är "[d]en organisation som skapar goda förutsättningar för medarbetarnas lärande och som tar tillvara på detta lärande och nyttiggör det i organisationens strävan att påverka och anpassa sig till omvärlden." (Granberg & Ohlsson 2004)

utsträckning genom färdighetsträningen, utan det handlar mest om små förändringar på individuell basis. Som jag har diskuterat ovan, så ingår inte DBT-färdigheterna på ett systematiskt sätt i den dagliga praktiken. Men genom att teamet har funnits kvar på avdelningen i ordinarie arbetsuppgifter och genom att handledningen har förlagts till dit, så har enligt min mening ett lovvärt försök gjorts att integrera DBT-färdigheterna i verksamheten på avdelningen. Men omständigheterna har gjort att det inte har lyckats fullt ut och tiden för handledningen är dåligt utnyttjad.

Det är tydligt att DBT-färdighetsträningen har påverkat såväl livssituation som personlig utveckling för teammedlemmarna. Det är en av flera positiva effekter som uppnås genom lärande/kompetensutveckling på arbetet (Ellström 1992/2002). Ett måhända oväntat resultat av färdighetsträningen är att flera deltagare, genom att använda sina nya färdigheter, har fattat grundade beslut om att våga lämna och flytta till andra arbeten.

Lärande kan, som jag visade i mina teoretiska perspektiv ovan, definieras som relativt varaktiga förändringar hos en individ. I dessa förändringar innefattas också sociala färdigheter och personlighetsrelaterade egenskaper (Ellström 1992/2002). DBT-färdigheterna kan, som framkommit i intervjuerna med DBT-terapeuterna, definieras som livskunskap. Alla mina informanter från teamet har berättat om hur de på ett personligt plan på ett eller annat sätt har förändrat sig själva och sitt handlande genom att kunna DBT-färdigheterna.

Eftersom det här lärandet är personligt, så har jag i min analys av materialet inte kunnat se om det har skett några förändringar i de lärandeloopar som jag hade med i mina teoretiska utgångspunkter. Lärandeloopar kräver att alla gör likadant i lika/snarlika situationer och hänger i hög grad samman med en lärande organisation. På ett individuellt plan tycks det mig som om DBT-färdigheterna öppnat och skapat nya strukturer hos flera av teammedlemmarna och för att tala med Piaget, så har man gått från ett additivt till ett ackommoderat lärande. Det tycks alltså som om detta är ett resultat av DBT-färdighetsträningen, men samma eller liknande resultat hade måhända kunnat uppnås även om man valt någon annan metod/terapiform. Den här typen av insatser kan måhända liknas vid en oas för personalen. Att få komma ifrån och lite på distans få reflektera och problematisera sitt arbete och sin arbetsplats under ledning kan i sig vara nog för att öppna för förändringar.

Det finns enligt min mening en fara med det ovan beskrivna personliga lärandet, som är frikopplat från ett organisatoriskt lärande, som jag avslutningsvis vill diskutera. Om var och en lär sig och utövar DBT-färdigheterna helt eller delvis efter eget förstånd och eget intresse både för sig själv och med patienterna, så kan man till slut, om olyckan är framme, hamna långt ifrån det som egentligen är DBT. Om metodtroheten sätts ur spel samtidigt som man låter metoden fragmentiseras och förändras/förvanskas utan kontroll så kan man, till slut, löpa risk att hamna i ett läge när hela satsningen blir kontraproduktiv, till nackdel för såväl enskilda individer som psykiatriska vuxenkliniken och metoden som sådan.

## Referenser

- Argyris, C. & Schön, D.** (1978). *Organizational learning I*. Reading, Mass. USA.
- Argyris, C. & Schön, D.** (1995). *Organizational learning II*. Reading, Mass. USA.
- Ellström, P-E.** (1992/2002). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet*. Stockholm.
- Frykholm, C-U.** (1997). *Att utvärdera kunskapslyftet – ett servicematerial*. Utbildningsdepartementet. Delegationen för kunskapslyftet.
- Granberg, O. & Ohlsson, J.** (2004). *Från lärandets loopar till lärande organisationer*. Lund.
- Hatch, M J.** (1997, 2002). *Organisationsteori. Moderna, symboliska och postmoderna perspektiv*. Lund.
- Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. Red.** (2009). *Psykiatri*. Lund.
- Illeris, K.** (1999). *Lärande i mötet mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund.
- Kvale, S.** (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund.
- Lave, J. & Wenger, E.** (1991/2003). *Situated learning Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Linehan, M. M.** (2000). *Dialektisk beteendeterapi: färdighetsmanual*. Stockholm.
- McLaughlin, J. A. & Jordan, G. B.** (1998), *Logic models: a tool for telling your program's performance story*. Evaluation and Program Planning 22:1999.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. & Freeman, H. E.** (2004). *Evaluation: a systematic approach*. Sage. Thousand Oaks, CA.
- Säljö, R.** (2000, 2005). *Lärande i praktiken: ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm.
- Vedung, E.** (1991, 1998, 2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund.

# Bilagor, intervjuguider

## Intervjuguide 1, DBT på kliniken

### Anställda

- ◆ Bakgrundsfrågor
  - kön
  - ålder
  - utbildning
  - antal år i arbetet
  - % arbetstid
- ◆ Hur har DBT-projektet presenterats för dig?
- ◆ Vad tror du att det här leder till:
  - för egen del
  - för arbetsgruppen
  - för patienterna
- ◆ Användbarhet/nytta:
  - vad
  - hur
  - varför
- ◆ DBTs påverkan på arbetet:
  - gör du/ni någonting idag (i arbetet) som ni inte gjorde före DBT?
  - vad? varför/hur kopplar du det till DBT?
  - kan det finnas andra förklaringar?
- ◆ Olika spår/synsätt eller konsensus
  - hur har samsynen uppstått?
  - om inte – vad händer då?
  - kopplingar till DBT-färdighetsträningen?
- ◆ Kan du se några förändringar
  - hos dig själv
  - hos dina arbetskamrater/i arbetsgruppen
- ◆ Vad är det som har förändrats?
  - hur yttrar det sig?
  - varför kopplar du det till DBT?
  - kan det finnas andra förklaringar?
- ◆ Hur känns det att göra DBT-färdighetsträningen tillsammans med arbetskamraterna?
  - påverkas era relationer?
- ◆ Pratar ni om/diskuterar ni DBT ngt på jobbet?
  - hur/vilket perspektiv? eller Varför inte?
- ◆ Positiva omdömen om färdighetsträningen?
- ◆ Negativa omdömen om färdighetsträningen?
- ◆ Övrigt/egna tillägg, kommentarer/gå tillbaka till?

## Intervjuguide 2, DBT på kliniken

### Anställda

- ◆ Utgångspunkt: Hur har det blivit?
- ◆ Använder du dina DBT-färdigheter idag:
  - När?
  - Hur?
- ◆ På:
  - annan personal/kollegor?
  - patienter?
  - studenter?
  - andra?
- ◆ Fler grupper har gått på Solhem nu:
  - märks det?
  - hur?
- ◆ Men också: "egna grupper" dvs tagit över själva, kör DBT i egen regi - tankar kring det?
- ◆ Är du involverad som:
  - stödjande?
  - ambassadör?
  - kunskapsförmedlare?
  - bollplank?
- ◆ DBTs inverkan/påverkan på arbetet - om någon?
- ◆ Någon modul som du velat ha:
  - mer av?
  - mindre av?
- ◆ Är det någon modul som du tycker är onödig, som kan tas bort? (Varför?)
- ◆ Har du saknat någonting i färdighetsträningen när det gäller innehållet? (Vad?)
- ◆ Kan du se några förändringar som du kan koppla till DBT:
  - hos dig själv?
  - i arbetsgruppen?
- ◆ Vad är det som har förändrats?
  - hur yttrar det sig?
  - varför kopplar du det till DBT?
  - kan det finnas andra förklaringar?
- ◆ Logistiken, vad tycker du om
  - lokalen?
  - tiden, passens längd, intervallen?
  - upplägget?
  - utformningen av materialet?
- ◆ Positivt och negativt om färdighetsträningen?
- ◆ DBT-färdighetsträningen har du gått som kompetensutveckling i ditt arbete, finns det någonting annat när det gäller kompetensutveckling i arbete som du:
  - hellre hade gått? Varför?
  - tror att du skulle haft större nytta av? Varför?
- ◆ Avsluta – egna funderingar som vi inte pratat om? Gå tillbaka till något?

## Intervjuguide, DBT på kliniken

### Färdighetstränarna, handledare

- ◆ Bakgrundsfrågor:
  - Vem är du och hur länge har du arbetat med DBT?
- ◆ Vad tänkte du när du fick uppdraget att göra standard-DBT i en arbetsgrupp?
- ◆ DBT en metod för kvinnor med självskadebeteenden/borderline, här och nu överflyttat till en arbetsgrupp:
  - Vad/hur tänker du om det?
  - Går det att lyfta över standard-DBT så rakt av?
  - Hade du velat ändra något/göra något annorlunda?
- ◆ Skiljer sig din roll som färdighetstränare här jämfört med i de grupper som du vanligtvis arbetar med?
- ◆ I den här gruppen har man följt standard-DBT, men man har inte haft den individuella terapiden.
  - Vad/hur tänker du kring det?
- ◆ Har du gjort någonting annorlunda/förberett dig på annat sätt jämfört med "när det är som vanligt"?
- ◆ Materialet: Har ni följt "pärmerna" eller har ni gjort modifieringar/tillägg?
  - Hur har materialet passat/fungerat?
  - Balansen mellan kapitlen?
  - Mer av/mindre av?
  - Fattas något?
- ◆ Tiden, nyttjandegrad, tidpunkt etc?
- ◆ Har du haft någon kontakt med uppdragsgivarna under pågående projekttid för t ex avstämning eller annat som rör metod, innehåll etc.
- ◆ Gå tillbaka till/övrigt att berätta eller skicka med

## Tidigare utgivna rapporter från FoU Sjuhärad Vårld/ÄldreVäst Sjuhärad

### Rapporter: 2002–2012

**Hörder, H., Frändin, K.** (2012). *Betydelsen av en intervention med fysisk träning för inaktiva äldre. Delrapport från projektet Formkontroll för äldre.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

**Bångsbo, A., Lidén, E.** (2012). *Tvårprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

**Lebedinski, L.** (2011). *KomBas-projektet Kompetensutveckling för baspersonal – slutrapport från utvärderingen av projektet.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

**Lebedinski, L.** (2011). *Uppföljning av de lokala Psykiatriråden i Sjuhärad/Södra Älvsborg 2011.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

**Beijer, E., Eriksson, B. G. (red), Greene C. J., Jess K., Karlsson Vestman, O., Karlsson, P-Å. (red) & Niklasson, L.** (2011). *Verkstäder för utvärdering i vårldsvärksamheter – erfarenheter från några svenska FoU-enheter och högskolor.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

**Elm, M.** (2010). *LÄR UT – Bättre läkemedelshandtering för äldre.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

**Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M.** (2009). *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner.* Rapport från FoU Sjuhärad Vårld.

**Rönmark, L.** (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Lebedinski, L.** (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser – en utvärdering.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Lebedinski, L.** (2008). *Miltonprojektet: SamKom – en utvärdering.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Esbjörnson, S., Björkman, I., Henriksson, A., Lidskog, R., Sjören, M., Wessbo, G. & Karlsson, P-Å.** (2008). *Så tycker brukarna om äldre-omsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo 2008 jämfört med 2004.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Källman, U.** (2008). *Virtuellt Sårcentrum – ett koncept för kunskapspridning. Slutrapport Virtuellt Sårcentrum.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Nordström, M. & Redberg, P.** (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Hanson, E., Magnusson, L., Winqvist, I. & Sennemark, E.** (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.



- Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M.** (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Höglund, E.** (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004–2005*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Nordström, M., Niemi, M. & Redberg, P.** (2005). *Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Ehrnlund, L., Essedahl, L., Süvari, K. & Karlsson, P-Å.** (2005). *Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Sam-rehab i Mark-Svenljunga*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Höglund, E. et al.** (2005). *Brukare om sin äldreomsorg – i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Sennemark, E., Hanson, E. & Magnusson, L.** (2005). *Jag har ju barnen som kommer... Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradsbygden*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Brovall, C., Hanson, E., Magnusson, L, et al.** (2004). *Mål och policy vid palliativ vård och vård i livets slutskede för äldre och deras närstående i Tranemo – Ett gemensamt synsätt*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Johnsson, L.** (2003). *Handledning av biståndsbedömare*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Nilsson, M. & Magnusson, L.** (2002). Publ. 2003. *Hälsa och livssituation i relation till fällolyckor bland äldre personer i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Andersson, B-A., Hanson, E., Magnusson, L., Lidskog, R. & Holm, K.** (2002). *Informationscentrum för äldre och närstående i Sjuhärad. Slutrapport till Socialdepartementet 2002-09-25*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Källman, U. & Andersson, B-A.** (2002). *Virtuellt sårvårdscentrum i södra Älvsborg – Kartläggning av förutsättningarna för en etablering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Ingemansson, M., Nilsson, M. & Sonn, U.** (2002). *Rehabilitering för äldre – guide vid val av mätinstrument*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

#### **Arbetsrapporter och delrapporter: 2002–2012**

- Beijer, E., Eriksson, B. G. (red), Gustafsson, M., Hagqvist, A., Hansson, M., Karlsson, P-Å. (red), Käcker, P., Larsson, K., Mensas, L., Niklasson, L., Palm, L.** (2012). *Handbok för utvärderingsverkstäder*.
- Mannfred, C.** (2012). *Utveckling av stödet till anhöriga i Borås*.

**Lebedinski, L.** (2012). *Utvärdering av Närvårdskansliets geografiska lokalisering och organisatoriska placering.*

**Aasmundsen, W., Flodman, H.** (2012). *Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder – en studie av neuropsykologers metoder.*

**Lebedinski, L.** (2012). *Utvärdering av projektet Vita villan i Tranemo kommun. Ett projekt finansierat av Europeiska socialfonden, programområde 2, ökat arbetskraftsutbud.*

**Ehlersson C., Hjort E., Karlsson M., Rönmark L. (red) & Tenefors J-E.** (2011). *Enhetschefer undersöker sin roll – ett FoU-projekt i Sjuhärad.*

**Craaford, J. Glemne, M., & Nygren, L.** (2011). *Protesförsörjning av benamputerade i Sjuhäradsbygden. Studie 1 – Faktorer som påverkar den fysiska förmågan och protesförsörjning, samt resultaten av dessa faktorer hos benamputerade på Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås*

**Borgvall, L. & Svegelius, E.** (2010). *Möten över gränser – Trädgårdsrummet som en möjlig mötesplats.*

**Bångsbo, A. & Lidén, E.** (2010). *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet.*

**Esbjörnson, S.** (2010). *LOV i Sjuhärad. En förstudie om kundval.*

**Lidén, E.** (2009). *Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Social dokumentation inom äldreomsorgen (2009).* Kortversion av två projektrapporter.

**Höglund, E. & Hallberg, M.** (2009) *FoU-projektet Social dokumentation – en redogörelse för arbetet 2006-2008.*

**Andersson, E-L.** (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*

**Andersson, E-L. & Alth, C.** (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjuhärad.*

**Redberg, P.** (2008) *Arbets terapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningskede.*

**Danung, C. & Salomonsson, S-B. – med forskarstöd av Rönmark, L.** (2008). *BRASS – BRukare och personliga ASSistenter i samverkan.*



# FoU Sjuhärad Välfärd

FoU Sjuhärad Välfärd är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet och behovsgrupperna äldre, funktionshindrade, barn och unga, människor med beroendeproblematik, familjer i utsatta situationer samt socioekonomiskt utsatta grupper. Huvudmålet för verksamheten är att bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna genom att:

- genomföra utvecklings- och forskningsprojekt tillsammans med verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- stärka och utveckla samverkansformer mellan verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- förnya och utveckla arbetsmetoder och verksamhetsformer,
- sprida erfarenheter och resultat från forskning och utveckling samt
- medverka till kunskapsbaserat arbetssätt.

Ägarpartners är kommunerna i Sjuhäradsområdet, Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Flera frivilligorganisationer samt studieförbund stödjer även verksamheten.

FoU Sjuhärad Välfärd administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler.

Läs mer om FoU Sjuhärad Välfärd på webbplatsen [www.fous.se](http://www.fous.se) – där finns även möjlighet att beställa tidigare utgivna rapporter.



BOLLEBYGDS  
KOMMUN



BORÅS STAD



HERRLJUNGA KOMMUN



HÖGSKOLAN I BORÅS  
VETENSKAP FÖR PROFESSION



Mark



SVENLJUNGA  
KOMMUN



TRANEMO  
KOMMUN



ULRICEHAMNS  
KOMMUN



Vårgårda kommun



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

**Besöksadress:** Högskolan i Borås, Allégatan 1

**Postadress:** Högskolan i Borås, FoU Sjuhärad Välfärd, 501 90 Borås

**Telefon:** 033-435 40 00

**E-post:** [fous@hb.se](mailto:fous@hb.se)

**Webb:** [www.fous.se](http://www.fous.se)