

UTVÄRDERING AV DIALOGUTBILDNINGAR I SKÅNE

CEPI

September 2012

BAKGRUND

Verksamheter för personer med psykiska funktionshinder behöver stöd för att utveckla arbetet med att förbättra bemötandet av patienter och brukare, öka deras delaktighet, och ta vara på deras kunskaper och erfarenheter. Som ett stöd för detta arbete erbjuds - med start hösten 2011 - anställda inom Psykiatri Skåne, de privata vårdgivarna inom psykiatriområdet och anställda i kommunernas verksamhet för personer med psykiska funktionshinder utbildningen "Dialogutbildning – Delaktighet i vård och stöd". Kommunförbundet Skåne och Region Skåne har sökt medel för denna satsning som samordnas av förvaltningsledningen Psykiatri Skåne.

Dialogutbildningen syfte

Ett syfte med utbildningen är att deltagarna ska få möjlighet att reflektera över sitt eget arbete utifrån personers konkreta erfarenheter av att ta emot vård och stöd vid psykisk sjukdom. Man vill också utveckla ett nytt sätt att tänka kring hur personalen kan utveckla relationen mellan personal och klient. Från dagens relation vårdgivare – vårdtagare till morgondagens relation som samarbetspartners, där personalen ser brukarnas egenupplevda erfarenhet som en resurs i arbetet.

Innehåll och omfattning

Dialogutbildningen bygger på följande struktur som skall underlätta för deltagarna att vara aktiva i sin egen och den gemensamma lärandeprocessen.

- Två personers konkreta erfarenheter av vård, stöd och återhämtning vid psykisk sjukdom
- Dialog, reflektion och samtal. Utbildningen är processinriktad och förutsätter att deltagarna är aktiva i exempelvis värderingsövningar
- Deltagarna formulerar själva under kursen konkreta förbättringsförslag vad gäller bemötande i sitt arbete och för att öka patientens delaktighet, med fokus på bemötande och hur rutiner kan förändras för att bättre möta individernas behov och resurser
- Delaktighet och hur relationen mer präglas av samarbete och stöd för att individen ska bli aktiv i sin egen återhämtningsprocess

En dialogutbildning omfattar sammanlagt 8 timmar vilka kan delas upp på fyra tillfällen á 2 timmar eller 2 tillfällen á 4 timmar. Utbildningstillfällena ligger med minst en veckas mellanrum för att ge personalen tid för reflektion samt att prova nya idéer i verksamheten.

UTVÄRDERINGENS SYFTE

Utvärderingens syfte är att undersöka förändringar i deltagarnas uppfattningar kring ett antal förhållningssätt med fokus på bemötande och delaktighet som utgör centrala teman i utbildningen, samt att undersöka förändringar i attityder och förväntade beteenden visavi personer med psykisk sjukdom.

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Uppläggnig

Utvärderingen genomfördes som en kvasiexperimentell före-efter studie vilket innebär att datainsamling kring attityder till psykisk sjukdom, förväntade beteenden och attityder kring bemötande och delaktighet genomfördes före och efter dialogutbildningens avslutande.

Metod

I utvärderingen användes två frågeformulär (självskattningsformulär) som också används i de fortlöpande befolkningsundersökningarna som är en del av utvärderingen av Hjärnkoll. I tillägg utvecklades ett frågeformulär som innehöll påståenden kring bemötande och delaktighet som skulle avspegla centrala teman i dialogutbildningen. Viss bakgrundsinformation om deltagarna samlades också in. De instrument som användes var följande.

Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)

Frågeformuläret CAMI konstruerades ursprungligen av Taylor och Dear (1981) och innehöll i den ursprungliga versionen 40 påståenden om attityder till psykisk sjukdom. I denna undersökning har en vidareutvecklad svensk version använts CAMI-s, innehållande 20 påståenden fördelade på tre attitydfaktorer som handlar om vidsynthet/pro-integration, rädsla/undvikande och inställning till en samhällsbaserad psykiatri. I frågeformuläret tar respondenten ställning till respektive påstående på en sex-gradig skala från instämmer inte alls =1 till instämmer helt och hållet = 6. Den svenska versionen har genomgått en psykometrisk testning (Högberg m fl 2008). För vissa analyser har svaren dikotomiserats så att svarsalternativen 1-3 = instämmer inte och svarsalternativen 4-6 = instämmer.

Fear of and Behavioural Intentions toward the mentally ill (FABI)

FABI innehåller 10 påståenden, ett om rädsla och nio om förväntade beteenden i olika typer av situationer eller kontakt med personer med psykisk sjukdom (Wolff m fl 1996). I denna undersökning har en svensk version använts som omfattar de nio påståendena om förväntade beteenden (Högberg m fl 2008). Samma sex-gradiga svarsskala som i CAMI har använts och svaren har i vissa analyser dikotomiserats på samma sätt.

Bemötande och delaktighet

Ett frågeformulär innehållande 10 påståenden om bemötande och delaktighet utvecklades specifikt för studien. Innehållet i dessa påståenden utgjordes av centrala teman i utbildningen och avsåg att spegla om utbildningen ledde till förändringar i dessa avseenden. Ett exempel är: "Patientens/Klientens möjlighet att påverka beslut om behandlingsinsatser är avgörande för hur effektiv vårdinsatsen blir för den enskilde individen" Påståendena har samma svarsskala som de övriga två instrument och i analyserna dikotomiserades svaren på motsvarande sätt.

Deltagare

Under hösten 2011 och våren 2012 har sammanlagt 19 utbildningar genomförts med personal både från psykiatri och kommunernas socialpsykiatri. Utvärderingen omfattar sex av de genomförda dialogutbildningarna. Det totala antalet deltagare i dessa sex utbildningar var 109 personer. Sammanlagt besvarade 92 personer frågeformulären före utbildning, 67 personer efter utbildningen och 59 personer både före och efter. Analyserna är baserade på dessa 59 personer. Könsfördelningen var 44 kvinnor och 11 män, genomsnittsåldern 44 år.

Deltagarna i de sex utbildningarna bestod av personal från två avdelningar med psykosinriktning, personal från två allmänpsykiatriska avdelningar samt öppenvårdsmottagning och kommunal socialpsykiatri, och personal från två mottagningar med allmän respektive psykosinriktning samt lokal socialpsykiatri.

Genomförande

En kontaktperson för utvärderingen informerade om att det i anslutning till utbildningen genomfördes en utvärdering av denna. Information gavs också om utvärderingens syfte och innehåll, vad det innebär att delta, tidsåtgång, frivillighet att delta och konfidentialitet. Denna information delades även ut i skriftlig form tillsammans med frågeformulären. Vid detta tillfälle gavs också information om att frågeformulären skall besvaras vid två tillfällen, en gång före utbildningen och en gång efter densamma, liksom information om procedurer med förseglade kuvert för att bevara konfidentialiteten, och att kuverten skulle förses med en personlig kod för att jämförelser före-efter skulle kunna genomföras. Alla insamlade kuvert förvarades inlåsta av representant för utvärderingen för att efter avslutad datainsamling vidarebefordras för bearbetning.

Statistik

Deskriptiv statistik har använts för att beskriva gruppen och svarsfördelningar. I analyserna av skillnader före-efter utbildning har Wilcoxon matched-pairs test och chi-2 test använts. Gränsen för statistiskt signifikanta skillnader sattes vid sedvanliga $p=.05$.

RESULTAT

Det centrala utvärderingsmålet i denna studie var förändringar i förhållningssätt till brukarnas delaktighet och bemötande av dessa. Tabell 1 visar att i 6 av de tio variabler som undersöktes fanns det positiva förändringar i jämförelser före-efter utbildningen. De största förändringarna fanns i variablerna "Det finns en öppen och pågående diskussion om personalens värderingar på vår arbetsplats" (ökning med 14,6% som instämmer) och "Det arbetssätt som finns i vår verksamhet stärker individens förmåga att hantera omgivningens attityder kring psykisk sjukdom (ökning med 12,8%). Signifikant positiva förändringar fanns också i variabler som rörde att arbeta gränsöverskridande, att patientens möjligheter att påverka är avgörande, att enheten skulle vara hjälpt av att ha anställda med egen erfarenhet av psykisk sjukdom, och att skillnaden i makt mellan patient och behandlare är ett hinder. Man kan dock notera att för de två sista variablerna så var det, trots de positiva förändringarna, en betydligt mindre andel av deltagarna som instämde i dessa påståenden, ca 55%. I de övriga 4 låg andelen som instämde efter utbildningen mellan 73-94%.

Det fanns också förändringar i attityder till psykisk sjukdom i jämförelser före-efter utbildningen, se tabell 2 (endast variabler med signifikanta förändringar medtagna). I sex av de 20 påståenden som ingår i CAMI fanns signifikant positiva förändringar. De största förändringarna fanns vad gäller om en psykiatrisk patient är en pålitlig barnvakt och acceptansen av en utlokalisering av psykiatriska verksamheter i samhället.

I undersökningen fanns också frågor kring förväntade beteenden i möten med personer med psykisk sjukdom. I två av de 9 beteenden av som undersöktes fanns signifikant positiva förändringar, se tabell 3 (endast variabler med signifikanta förändringar medtagna). Det rörde om man skulle kunna prata naturligt med en granne som haft en psykisk sjukdom och motståndet mot att ha en person med psykisk sjukdom boende i grannskapet (en minskning av detta motstånd).

Det fanns inte i något avseende en negativ förändring i förhållningssätt till delaktighet och bemötande, attityder, eller förväntade beteenden.

DISKUSSION

Uppläggningsen av den här undersökningen medger inte att man strikt kan dra slutsatser kring orsaksrelationen mellan Dialogutbildningen och de förändringar som kan ses i undersökningen. För att göra detta hade behövts kontrollgrupper av personal som inte fick Dialogutbildningen. Men framförallt resultaten vad gäller bemötandefrågor är med stor sannolikhet ett resultat av utbildningsinsatsen, där det genom diskussioner och reflektion har åstadkommit en förändring i dessa avseenden. Det är också sannolikt att resultaten med avseende på attityder och förväntade beteenden kan härledas till utbildningen, eftersom en bärande alternativ förklaring till dessa på kort tid uppnådda förändringar inte är för handen. Storleken i dessa förändringar är jämförbara med de som åstadkommit i

kampanjlänen i den nationella kampanjen Hjärnkoll. Det som kan finnas med i bilden när man skall tolka dessa förändringar är en uppmärksamhetseffekt och att man i viss mån har erhållit socialt sett önskvärda resultat. Deltagarna var dock anonyma vilket förmodligen har minskat denna effekt. En brist i undersökningen är också att det bara ingår skattningar före och direkt efter utbildningen. Det hade varit intressant att också kunna studera stabiliteten i dessa resultat genom en uppföljning till exempel sex månader efter avslutad utbildning.

Ett resultat som man bör ta med sig inför framtida utveckling av arbetet med Dialogutbildningarna är också att nästan hälften av deltagarna inte har den uppfattningen att anställning av egnerfarna personer är ett stöd för klienterna, eller att skillnader i makt är ett hinder för ett bra samarbete klient-behandlare.

REFERENSER

Högberg T, Magnusson A, Ewertzon M, Lützén K. Attitudes towards mental illness I Sweden: Adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17:302-310.

Taylor M, Dear J. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin* 1981;7:225-240.

Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry* 1996;168:191-198.

Tabell 1. Procentuell andel deltagare som instämmer i påståenden om delaktighet och bemötande före respektive efter Dialogutbildning (N=59).

Påstående	Andel som instämmer		
	Före	Efter	Signifikans
Patienterna/klienterna på vår enhet är tillräckligt delaktiga i planeringen av de vårdinsatser de tar del av	70,8	64,6	ns
Det finns en öppen och pågående diskussion om personalens värderingar på vår arbetsplats	58,3	72,9	.018
Det arbetssätt som finns i vår verksamhet stärker individens förmåga att hantera omgivningens attityder kring psykisk sjukdom	55,3	68,1	.038
Återhämtning för patienten/klienten handlar mer om att skapa en fungerande vardag än att återerövra det liv som patienten/klienten levde innan	82,2	86,7	ns
Vi måste arbeta mer gränsöverskridande tillsammans med andra verksamheter för att skapa en trygg röd tråd i det stöd/nätverk som finns runt våra brukare/klienter	89,4	93,6	.027
Patienternas/Klienternas egenupplevda erfarenhet är en nödvändig kunskapsresurs som behövs för att kunna bedriva en bra vård/stöd för den enskilde individen	87,7	91,1	ns
Patientens/Klientens möjlighet att påverka beslut om behandlingsinsatser är avgörande för hur effektiv vårdinsatsen blir för den enskilde individen	84,8	89,1	.020
Patienterna/Klienterna vid vår enhet skulle vara hjälpta av att det finns personer anställda utifrån att de har en egen erfarenhet av psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning	51,5	55,3	.008
Det är viktigt att vi på vår arbetsplats har en öppen och pågående diskussion om hur vi på bästa sätt kan bemöta patienterna/klienterna	97,9	94,8	ns
Skillnaden i makt mellan patient/klient och behandlare/stödjare är ett hinder för ett bra samarbete	53,3	57,8	.017

Tabell 2. Procentuell andel deltagare som instämmer i påståendena i attitydformuläret CAMI före respektive efter Dialogutbildning (N=59).

Påstående	Andel som instämmer		
	Före	Efter	Signifikans
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	87,5	94,6	.004
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	87,7	93,0	.017
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter	54,9	64,7	.040
Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	75,4	86,0	.017
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror	83,6	89,1	.005
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	77,8	85,2	.041

Tabell 3. Procentuell andel deltagare som instämmer i påståenden om förväntade beteenden i formuläret FABI före respektive efter Dialogutbildning (N=59).

Påstående	Andel som instämmer		
	Före	Efter	Signifikans
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	8,9	1,8	.001
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom	91,2	98,2	.001