

SS: Att involvera patienter och anhörigas erfarenheter borde ju vara en självklarhet för psykiatrin, ja, det kan man tycka, men hur självklar är den erfarenhetsbaserade kunskapen egentligen? Anpassar sig psykiatrin efter patienterna eller är det forskarnas och personalens kunskaper som sätter ramarna för psykiatrin?

I det här avsnittet av Suicide Zero-podden ska vi kika mer på den erfarenhetsbaserade kunskapen, och varför den inte får det utrymme som den borde. Och det gör vi tillsammans med Ulla-Karin Schön, professor vid Stockholms universitet, och Rickard Bracken, generalsekreterare på Suicide Zero. Jag heter Stefan Sundberg, välkomna. Men Ulla-Karin, vi behöver ju ett sätt att ta till vara på de här patienternas kunskaper och erfarenheter, men då tänker man ju görs verkligen inte det idag?

US: Det är ett arbete som kan förbättras kan man säga. Det är ju någonting som man pratar om att man ska göra. Vi pratar idag om att psykiatrin och socialtjänsten ska vara en evidensbaserad praktik, och då bygger det på att man ska ha tre stycken kunskapskällor där den samlade forskningen är en sån källa, personalens perspektiv och lärande och erfarenheter ska vara en källa och den tredje ska vara patientens kunskaper och erfarenheter och preferenser, eller klienten som man är i socialtjänsten. Och det är väl just den här tredje kunskapskällan som är den rösten som kanske behöver starkast för att vi på riktigt ska kunna säga att vi har en evidensbaserad praktik.

SS: Men det där är ju liksom lite intressant för den här tredjedelen du pratar om, det är ju en ganska självklar grej. Det är ju ändå patienterna som ska liksom mottas av allt det vi ska göra för att förbättra för dem men ändå är det som om deras tankar och erfarenheter inte räknas?

US: Jag tror det handlar en hel del om hur vi ser på kunskap i samhället, vilken kunskap som värderas högst, om det är forskningen vi värderar eller om det är personalens perspektiv som värderas högst och hur vi värderar klienters och patienters kunskaper och erfarenheter. Vi brukar prata om att det handlar om kunskapsrättvisa, där det finns ganska mycket forskning i dag att människor som har psykisk ohälsa ofta avfärdas som vetare och, vad ska jag säga, kunskapsbärare, att det finns ett stigma i samhället kring deras kunskaper. Och man kan avfärda deras erfarenheter och kunskaper utifrån någon slags tänkt irrationalitet eller

ohälsa, så att det är absolut så att den kunskapen behöver värderas på ett helt annat sätt för att vi ska kunna optimera kunskapsbasen i psykiatrin.

SS: Det är som att en kock lagar mat och sen inte bryr sig om vad mottagaren tycker om smaken.

US: Ofta frågar man vad kunden vill äta. Eller hur? [skrattar]

SS: Ja. [skrattar] Vad tänker du kring det här Rickard att den här tredjedelen blir så ignorerad på många sätt?

RB: Ja, men det är en bild som vi känner igen och vi får ju kontakta många människor som berättar om sina erfarenheter och det handlar många gånger en upplevelse att man inte har fått det stöd man har önskat, att man inte blivit lyssnad på trots att man pratat om det och lyft fram det, många gånger på ett desperat sätt för att det kan handla om liv och död. Så att det är absolut en bild som vi ser och jag delar den uppfattningen som Ulla-Karin lyfter fram här, att det handlar också om våra föreställningar av människor som lever med någon form utav psykisk ohälsa, psykiatrisk diagnos, och att det präglar oss och göra att vi ser den kunskap som mindre värd och liksom viftar bort dem lite grann. Och jag tror att det är viktigt i dem här sammanhangen och prata om att det handlar inte om någon annan som gör så, utan det är vi som gör så, att det är någonting som handlar om hur vi ser på de här frågorna i samhället, alla människor egentligen.

SS: Ulla-Karin, hur väcktes ditt intresse för de här frågorna kring det här med erfarenhetsbaserade kunskap från början?

US: Nej, men det börja nog med att jag skrev en avhandling om återhämtning, vad det är som hjälper människor att återhämta sig från allvarlig psykisk ohälsa, och då blev det väldigt tydligt för mig vilken enorm kunskap det finns i bruk kollektivet eller hos patienterna själva, men också hur lite man tar vara på den kunskapen. Men också en ovana hos dem att förmedla den, för många som deltog i det här projektet som jag hade då, det var första gången som de på riktigt togs på allvar som kunskapsbärare och ville också delta därför att: ”Ja men är det så att mina år av ohälsa och vårderfarenhet kan bli betraktad som kunskap, så vill jag verkligen bidra med det till andra.” Och det vet man ju också från forskningen att andras berättelser har väldigt stor betydelse för människor som är i

ohälsa, andras återhämtningsberättelser till exempel. Så det kommer ju mycket metoder utifrån den erfarenhetsbaserad kunskapen idag där vi har liksom peer support, case management, det är väldigt mycket metoder som finns som bygger på den idén om att man ska utgå ifrån erfarenhetsbaserad kunskap och stötta varandra.

SS: De här metoderna du nämnde, lite kort, vad innebär dem?

US: Ja, men peer support är ätt ord för kamratstöd som man har infört på många ställen nu, där personer med egen erfarenhet av att ha psykisk ohälsa kan vara inne till exempel på en vårdavdelning och stötta patienter som kommer in och berättar om olika strategier som man har själv kunnat göra för att må bättre, tips om var man kan få hjälp, ja, bidra med hopp kan man säga, men det blir ju också väldigt viktigt för personalen att träffa människor som har den typen av erfarenhet, och också värdera den som ett viktigt inslag i vården.

SS: Nej, men för jag tänker på det du säger att det är viktigt för patienter och dem som lever i någon slags kanske suicidtankar till och med att höra andras berättelser och det är ju någonting vi har jobbat mycket med Suicide Zero-podden inte minst och hört andra människor berätta om sina erfarenheter och så vidare, så att jag förstår helt den tankegången. Vad tänker du kring det Rickard?

RB: Återigen så liksom så känner jag igen mig i det. Vi har ju många volontärer som är kopplade till vår verksamhet och många utav våra volontärer har ju med sig egen erfarenhet att antingen att man mått så dåligt att man har genomfört självmordsförsök eller att man är efterlevande till någon som har dött i självmord. Och utöver liksom att dela kunskapen så finns det ett stort behov att också se till att det här inte ska hända andra, så att man använder också sin egen kunskap som ett sätt att själv må bättre och skapa mening och sammanhang, så det blir en viktig del i återhämtningen, att skapa någon slags mening i det fruktansvärda och det svåra man har gått igenom. Och det har jag gång på gång sett vilken kraft det är i det och hur viktigt det är, så att det handlar både om att utveckla vårdens innehåll, och liksom se till att det blir bättre, att vi lär oss mer och jobbar på ett sätt som där det finns en efterfrågan för, men också som en del i att stödja rehabilitering och återhämtning.

SS: Men Ulla-Karin, du som jobbar mycket med de här frågorna och också gjort en studie i ämnet, hur har du gjort när du har samlat in material?

US: Jag intervjuade personer över landet och hade med mig en fråga: "Vad har varit till hjälp i din återhämtningsprocess?" Och sen erbjöd människor sina livsberättelser kan man säga som vi försökte förstå, och så använde vi det materialet på olika sätt. Bland annat [hör inte: RSMO? 0:08:27] då som gjorde ett utbildningspaket för patienter, eller personer med psykisk ohälsa, men det blev ju faktiskt lite kul med det för det blev ju väldigt mycket personalen som annekterade det materialet och man skapade en fördjupad kunskap kring återhämtning hos personalen faktiskt. Så det var ju något positivt också.

Men sen har jag också jobbat en hel del de sista åren med att samproducera forskning med personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, alltså litegrann vilka frågor är viktiga och ställa och hur ska vi förstå resultaten? Vilka är viktiga och prata med? Att man liksom har en kunskapsmakt även och kan påverka forskningen, om vi tänker oss att forskningen behöver också präglas av ett brett perspektiv. Det kan inte vara forskarna som ska styra vilken typ av brukarkunskap som ska samlas.

SS: Men du säger att du har pratat med människor över hela landet, vad berättar dem för dig?

US: Ja, men de berättar väldigt mycket det här som Rickard var inne på, det här betydelsen av att få berätta sin egen berättelse, att se sig själv som en person som kan bidra i samhället, att man hittar en plats där man har betydelse för andra, att man känner hopp om en förändring. Det är också i mötet med andra människor som man kommer vidare i sin återhämtningsprocess, så att det är många faktorer man pratar om, men det är helt klart så att det är en väldigt social process där man behöver vara en del i samhället. Det är också någonting man kan ha med sig ut i vården att man kan inte bara ha ett symptomperspektiv, utan man måste ha ett mycket bredare perspektiv där man behandlar för att individen ska kunna känna delaktighet i samhället.

SS: De här personerna du intervjuat, upplever de att deras historier, erfarenheter inte tas till vara?

- US: Det finns mycket goda exempel, men när man intervjuar människor så har det både goda exempel och dåliga exempel i sin erfarenhetsbank kan man väl säga. Alla jag har intervjuat har träffat personal som verkligen har mött de och lyssnat på dem, men de har också mött mycket personal som har avfärdat deras berättelser. De har känt sig misstrodda, överkörda och så vidare, så att det finns mycket olika erfarenheter hos patienterna. På senare tid har vi hållit på med forskning kring delat beslutsfattande som är ett sånt där sätt att få vara med och planera sin egen vård och fatta beslut tillsammans kring vad man vill äta på restaurangen, om man ska din metafor. Alltså, fatta beslut kring sin egen rehabilitering och vård. Och där blir det väldigt tydligt att vi missar i dag ganska basala perspektiv att göra personen delaktiga och ta till vara på det här samarbetet som man kan få till med patienten ,och där kan jag se ganska mycket att man inte känner sig delaktig eller lyssnad till: Bara såna här basala grejer att man vill veta: ”Varför blir jag kallad till ett möte? Vad ska mötet handla om? På vilket sätt kan jag förbereda mig? Är det någon idé att jag förbereder mig? Ska mötet vara 15 minuter eller 45 minuter?” Det är väldigt grundläggande saker vi skulle kunna göra för att verkligen börja samarbeta med våra patienter.
- SS: Rickard, du då när du hör om vad Ulla-Karin säger och hennes studie, vad tänker du när du hör henne?
- RB: De här frågorna handlar ju också mycket om makt, maktfrågor så att säga, och så här som Ulla-Karin var inne på, kunskapen, hur vi ser på kunskap och vad som är viktigast. Och där har ju vi som ideell organisation, som Suicide Zero till exempel som jobbar med politiskt påverkan, vi har ett ansvar också att ge en plattform till människor som bär på erfarenheter och lyfta fram det och stödja det, och gärna också koppla forskare till som kan bekräfta att det här är på det här sättet så att man hjälper till och föra fram dem perspektiv som människor alla gånger har liksom lyft fram.
- Och en annan sån här sak som jag tänker när det gäller verksamheter många gånger så är det ju en risk att den här typen utav arbete blir någonting som man lite grann tvingas till. Det blir läpparnas bekännelse för det är politiskt korrekt att göra det, och i grunden tycker jag att man måste liksom förstå att det handlar faktiskt om kvalitet i vården och att utveckla sin egen verksamhet för att göra den bättre. Och det har jag uppfattat, att det där är inte riktigt landar ibland utan att man tänker att

det är någonting annat som man gör lite mer för att vara snäll och då har man missat poängen, tycker jag. När jag tittat på dem här frågorna också så har ju vården många gånger en tendens att fokusera på liksom det som vetenskapen säger, man tittar på terapierna, behandlingarna och så vidare, och man tappar bort ganska lätt det patienterna själva gör som man själv upplever som hjälpande och så vidare. Och det behöver man ju försåt mer av och se hur kan vi stödja den typen utav processer, för när man lämnar vården så har man ju sig själv främst.

US: Men jag håller verkligen med dig där Rickard, för jag tänker också att jag blir lite förvånad över det här, för att vi vet ju att det är tydligt i lagstiftningen att vi ska ta vara på och vi ska eftersträva att involvera brukarnas kunskaper i vårt arbete, både i socialtjänsten och i psykiatri och i skolan. Och vi vet också att metoderna hur vi ska göra finns också, framförallt i psykiatri hur man kan arbeta, så att vi är formellt rustade skulle man kunna säga, men däremot kan man se att det är inte frågor som prioriteras i ledning och styrning. Det finns med i policy dokument och lagstiftning, men det är inte tydligt prioriterat kan man ju säga, och det är inte heller något som följs upp precis som du är inne på Rickard, utan vi tittar väldigt mycket fortfarande på alltså en bra vård räknas i vårddygn, eller, ja, ganska meningslösa mått kan man ju säga om man vill titta på suicid till exempel eller suicidprevention, och människors mående överlag, så behöver man ju, och det börjar man ju bli ganska överens om, att vi behöver titta på det på ett annat sätt.

SS: Men jag tänker på det du sa Rickard här, om Suicide Zero som organisation och kan påverka eller försöka påverka inte minst politiskt. Hur rent konkret kan ni jobba med en sån sak?

RB: Vi har ju väldigt många volontärer kopplade till oss som gör att vi finns på många orter i landet och i kommunen och så vidare, och vi jobbar mycket på den kommunala nivån faktiskt. Så att det är en sån där sak som våra volontärer hjälper oss med, det är att nå fram till politiskt ansvariga lokalt, och se till att kommunen tar fram en ordentlig strategi och en plan och insatser för det förebyggande arbetet, och det blir mycket starkare när det är en person som varit där och kan berätta om varför det här är så viktigt och varför det här beslutet till kommunfullmäktige, som kan te sig lite träigt och perifert, är livsviktigt formligen. Så på det sättet så kan man engagera sig och liksom använda erfarenheterna, och då ger vi den plattformen så att man gör det här i vårt namn och i vårt stöd,

och stöd för vårt expertråd som backar upp att det här är viktiga saker och så vidare. Och nu pratar jag inte om oss, jag tänker hela den ideella sektorn har ju en viktig uppgift där att fylla och lyfta människors röster och erfarenheter, och liksom hjälpa till i den här ojämnheten i makt som det ytterst handlar om.

- SS: Men de här volontärerna då rent konkret, vad gör de? Skriver de mejl eller ringer de eller står de utanför med plakat eller hur får man bäst effekt?
- RB: Ja, men just nu har vi som en liten drive till exempel där volontärer som bor i kommuner där man inte jobbar på ett tillräckligt bra sätt med suicidprevention, att förebygga självmord, de lämnar in medborgarförslag där man kan göra det, så att frågan kommer upp i kommunfullmäktige. Sen brukar vi alltid försöka jobba med så att vi liksom lyfter problematiken i lokala medier och så vidare så att frågan kommer upp lite bredare, och då har vi sett när man kan kombinera de där sakerna och det kommer ett förslag från någon som bor i kommunen så är det lättare att det går igenom. Det har vi sett nu hur det faktiskt är en förändring som kommer till, att allt fler kommuner börjar se att: ”Det här någonting som vi ska jobba med.” Och sen är ju såklart regionernas arbete oerhört viktigt också. Min erfarenhet är att det är svårare att påverka den regionala nivån. Det är mer tjänstemannastyr, mindre politiskt inflytande och så vidare, så att där finns det ju också mycket att göra. Det är ju stora ojämlikheter hur det ser ut i Sverige, det finns ju jätte, jättebra vård och det finns vård som är enligt vår uppfattning är helt under isen och som fungerar väldigt dåligt.
- SS: Vi har ju pratat om det i tidigare avsnitt av Suicide Zero-podden, just hur få kommuner som faktiskt har en suicidplan utarbetad, så att man förstår att det finns mycket att göra. Men jag tänker det här arbetet just när det gäller det här erfarenhetsbaserade perspektivet som kommer upp i ljuset här nu då, är det ett arbete som får gehör?
- US: Min erfarenhet är att det är ganska stort intresse från flera regioner där vi i alla fall är ute och arbetar, att man vill göra det på ett annorlunda sätt. Man vill involvera och få till, det handlar ju om att få till ett partnerskap med patienterna i vården, och ta vara på den erfarenhetsbaserade kunskapen, och också värdera personalens kunskap naturligtvis. Så att

jag tycker att det finns många goda exempel också, men jag instämmer i Rickards bild, men det finns en vilja att förbättra samtidigt.

SS: Finns det någonstans där ni har stött på motstånd eller att man liksom rycker lite på axlarna?

US: Alltså, min erfarenhet är snarare att man tror att man gör det redan, vi kallade det We are already doing that-syndrome i en artikel, lite grann att man tänker: ”Nej, men vi frågade alltid patienterna.” Alltså att man tror kanske att man efterfrågar brukarerfarenheten fast man riktigt gör det, så att jag tror att man behöver hjälpa vården att göra lite annorlunda, och också hjälpa vården att se värdet av den erfarenhetsbaserade kunskapen. Men det är också tror jag en parallell process som behöver komma till, och det är också att personal i vården ges möjlighet, alltså de som jobbar nära patienterna, också ges möjlighet att jobba flexibelt och individualiserat, att faktiskt ha tid och möjlighet att ta vara på brukar erfarenhet. Om man inte riktigt har det utrymme i den organisation som man befinner sig i då är det ju svårt.

Och en tredjedel är ju också att stödja patienter, att göra sin röst hörd. Frazer, hon pratar ju om att det här är en grupp som har blivit tystad länge. Har man varit i vården länge, både som närstående och som patient så kanske man har slutat att ens försöka göra sin röst hörd. Hon pratar om att: ”They have learned to mute”, alltså att man har lärt att: ”Det liksom är bäst att vara tyst”, och det tror jag också är så här att stärka brukarrösten på olika sätt, och det tror jag att vården måste efterfråga den rösten mycket mer, och socialtjänsten och skolan.

SS: För du är ju väldigt paradoxalt, för mycket av psykiatrivården går ju ut på att man ska vara öppen och kunna våga berätta, och du har ju också pratat mycket i den här podden, våga berätta och våga liksom närma sig, men samtidigt så blir det som en signal att man ska också vara tyst.

US: Men jag tänker snarare att det handlar om vad är det man vill ha för kunskap? Är det så att jag får berätta min berättelse gång efter gång efter gång för att jag träffar olika läkare varje gång jag kommer till öppenvården, då är det meningslöst, men om det är så att jag får frågan: ”På vilket sätt kan jag hjälpa dig nu?”, och jag kan få uttrycka vad är viktigast för mig just nu, som patient så, då är det en annan sak. Det är lite det tror jag att liksom varför frågar man? Är det information jag

efterfrågar som kan ha implikationer på vad vi sen fattar för beslut kring vård och stöd, då blir det värdefullt, inte bara det här rabblandet av någon slags historik som är väldigt tröttsam för patient och närstående.

SS: Som vi har varit inne på här lite, det är många delar som ska in i det här arbetet och som ska med på tåget, men var egentligen i samhället ska man säga börjar det här arbetet?

RB: Det är ju ett arbete som handlar om dem föreställningar som finns i samhället kring psykiskt ohälsa eller psykisk sjukdom, synen på människor som på något sätt har ett sätt att fungera som är annorlunda än det vi beskriver som är liksom inom normen och det normala och så vidare. Och människor som jobbar inom vården är ju en del utav samhället liksom. Man jobbar inom socialtjänsten och patienter som har haft mycket kontakt och på grund av sin psykiska ohälsa är ju också en del av samhället så där, så att jag tror att man behöver börja där liksom, brett ut i befolkningen. Och det kräver en förändring i synen och en större öppenhet. Det är liksom grunden för att verkligen lyckas och få till en förändring.

Och sen finns det ju någonting som gör att det också är ... det är inte alltid lätt heller, för det låter ju trevligt att man ska lyssna på dem människor som finns inom vården och göra dem förändringar som krävs, men återigen så kommer man in på frågor om makt och då kan det bli skav och ganska obekvämt ibland. Så att det är inte alltid trevligt och lätt utan det är jobbiga beslut, och det kräver en ledning som måste fatta beslut som kanske går på tvären emot vad personalen anser som sitter där, där man byggt upp en kultur och så vidare, och då är det en svår situation som verkligen kräver ett skickligt ledarskap.

US: Men samtidigt kan man ju se att vi har ju svårt att behålla personal i psykiatri till exempel, och även i socialtjänsten för att man är väldigt missnöjd. Man pratar om empatistress att man ser själv och det gör ont i hjärtat ibland och jobba för att man ser att man kan inte leva upp till det som patienten eller klienten behöver, så jag tror att en sån förändring till ett ökat samarbete och mer demokratiska processer gynnar både personalen och den enskilde patienten och klienten, så att visst det är ett skavande förändringsarbete som behöver ledning och styrning men det kan samtidigt vara en bra lösning för framtidens psykiatri där vi ser i dag att det finns stort förbättringsutrymme.

- RB: Ja, men jag håller med om det och det handlar egentligen bara om att lyfta att det kan vara på det sättet. Sen kan det vara på ett helt annat sätt där man liksom också känner inspiration, man hittar och ser möjligheterna för att utveckla verksamheten och så vidare, och så skulle man ju vilja att det var, men är det en verksamhet där kanske grunden inte är riktigt bra, då kan det vara svårt också.
- SS: Men hur lång tid skulle en sån här process kunna ta innan vi ser en förändring i attityden kring erfarenhetsbaserad kunskap?
- US: Jag tror att man behöver titta på olika nivåer för att få till en förändring, om vi pratar om den här förändringen, och att man får till mycket mer ett samarbete där det blir naturligt att efterfråga den erfarenhetsbaserade kunskapen, så behöver man nog titta både på personalens attityder och entusiasm. Och där tror jag nästan det är lättast om man liksom på riktigt hittar former för att samarbeta med patienten och ta tillvara på brukarkunskapen, så märker man ganska snart att man kan fatta mer träffsäkra beslut som är gynnsamma för patienten, att om man känner tillfredsställelse i sitt arbete, men det behövs också finnas strukturer på en annan nivå liksom, och möjligheter på avdelningen till exempel att arbeta på ett sånt sätt, så att man inte blir någon sån här eldsjäl bara som bränns ut, utan att det finns strukturer för sånt arbete på avdelningen. Men också att det är tydligt i policy, och att vi följer upp den typen av mått. Är man delaktig i sitt arbete, efterfrågar vi brukarkunskapen, den typen av frågor. Känner man sig lyssnad till? ”Tycker jag att personalen gör sitt yttersta för att förstå mig?”
- RB: Jag delar det och man kan väl säga att det är ett ständigt pågående arbete också någonting, det har inte riktigt en början och ett slut, utan det måste fortsätta hela tiden och man blir påmind om det. Ja, det är en del i ett naturligt arbetssätt helt enkelt att man ser till att involvera dem människorna som är direkt berörda som verksamheten också är till för att hjälpa.
- SS: Ulla-Karin, jag tänker du har gjort den här studien. Var står du nu? Vad är nästa steg?
- US: Jag har alldeles nyligen avslutat ett projekt som handlar om människor som står ganska långt från arbetsmarknaden och studier, ibland kallas UVAS, ibland hemmasittare, unga människor, ofta med psykisk ohälsa

som också slås ut av olika system, där jag haft förmånen att intervjua personer som befinner sig i den situationen, och där finns det också så enormt mycket kunskap, så jag håller på och skriver på det, och dels liksom hur skolan kan stötta liksom en skola för alla, hur ska man skapa den, men också hur kan öppenvården nå dem personer som inte effektivt söker vård, men är i stort behov av vård, och även kommunen liksom hur ska kommunen kunna nå den här gruppen med olika typer av boendestöd för att få vardagslivet att fungera. Vi vill ju leva upp till FN-konventionen, och det gör vi inte i dag, och jag är lite häpen över hur utsatt den gruppen är och hur mycket kunskap som finns i den gruppen, men det är verkligen en grupp som har blivit mutad kan man säga.

SS: Vad blir nästa steg för Suicide Zeros sida när det gäller den här erfarenhetsbaserade kunskapen?

RB: Ja, men dels så tycker jag att vi som organisation kan själva bli bättre på att lyfta den och använda den kunskapen som finns i vår egen organisation och se till att den kan kanaliseras på ett bra sätt som kan bidra till en förändring. Och sen driver vi idag olika typer utav projekt samtidigt då där vi använder just detta, och denna typen utav samarbeten tycker jag är intressant och man kan jobba ihop med läkare, sjuksköterskor och kuratorer, men också ha människor som har varit vårdade inom psykiatrisk heldygnsvård eller som anhörig och så vidare, och jobba med hur man kan förbättra innehållet i vården, den typen utav insatser. I dag finns ett stort projekt som drivs utav regionernas försäkringsbolag som heter Löf som heter Säker Suicidprevention. De jobbar precis på det där sättet och liksom försöker få med, och det tror jag är viktigt. Och sen finns det olika typer utav metoder som man kan arbeta som lyfter fram betydelsen utav att lägga samman liksom, där man får till ett partnerskap där patient och behandlare tillsammans arbetar för att utforma en ordentlig plan som håller och skapa insikter och liksom den typen utav arbete tycker jag är viktig och där är vi med för att dra i den riktningen. Och det finns ett intresse inom vården, så är det, men vi tycker samtidigt att det går för långsamt.

US: Jag tänker Rickard där är ett exempel kan man tänka är självvald inläggning som är ett sånt partnerskap där man faktiskt använder bådas kunskapskällor, och man utformar ett kontrakt tillsammans hur man ska hantera svåra kriser och där patienten själv får definitionsmakt att definiera när man behöver heldygnsvård och personalen gör sitt yttersta

för att gå till mötes dem behoven. Och det kan man ju se ganska positiva erfarenheter av, både internationellt och börjar kunna se det även i Sverige, både i vuxenpsykiatrin och det är ju på gång även i BUP.

RB: Ett annat sånt där exempel som vi jobbar med är kring någonting som heter säkerhetsplaner och där patient och behandlare pratar om man befinner sig i en sån här akut kris igen, då är det patienter som har varit i en sån situation att man har gjort ett självmordsförsök, vad kan man göra då? Alltså, hur kan man känna igen tecknen på det som händer? ”Vad finns det för strategier som jag vet fungerar för att ta mig ur den här situationen som kan vara farlig? Vart kan jag vända mig?” Och den där typen utav liksom samskapande där patientens kunskap är så klart helt nödvändig, för de sitter ju på allt det som behövs, men de kan få stöd utav en erfaren behandlare att hitta dem här strategierna och så tydliggör man det och så vidare. Det är också ett exempel på ett sånt arbete som är självklart att vi borde ha i alla fall så att säga, som sannolikt skulle rädda ett stort antal liv.

SS: Vi hörde tidigare Rickard Bracken nämna det viktiga arbete som Suicide Zeros volontärer utför, och skulle du också vara intresserad av och hjälpa till så läs mer på suicidezero.se/engagera/dig, prenumerera också gärna på Suicide Zero-podden, jag heter Stefan Sundberg, tack för att du lyssnat. Hejdå.