

Rapport och handlingsplan för brukar-och närståendemedverkan/inflytande

Sammanfattning

Arbetet med regionuppdraget HSD-A § 41-2014 startade i november 2014 med syfte och mål att ta fram förslag på hur brukar- och närståendemedverkan/inflytande kan stärkas. Som ett led i att uppnå detta mål bildades en arbetsgrupp¹, som inventerade formerna (struktur och metoder) för patient-/brukarmedverkan² inom regionens vuxenpsykiatriska verksamheter.

Resultatet från kartläggningen³, som samtliga verksamhetschefer besvarade, visar att det pågår ett flertal aktiviteter som syftar till att aktivt öka brukarinflytande och medverkan. Dock är dessa aktiviteter inte etablerade eller systematiserade överallt i regionen.

Arbetsgruppen har också tagit del av omvärldskunskap, lagstiftning och författningar som reglerar patient-/brukarinflytande samt definierat de aktiviteter som kan stärka patient-/brukarens medverkan/inflytande. Arbetsgruppens rapport behandlar medverkan och inflytande på tre nivåer – individ-, verksamhet- och systemnivå. I rapporten redogörs också för den lagstiftning som finns om patient-/brukares rättigheter samt vilka organisatoriska förutsättningar som underlättar deras medverkan och inflytande.

Arbetsgruppen har utarbetat en handlingsplan med förslag till aktiviteter på tre nivåer – individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå för att stärka patient-/brukarmedverkan och deras inflytande i regionens vuxenpsykiatriska verksamheter.

Aktiviteter på individnivå	Aktiviteter på verksamhetsnivå	Aktiviteter på systemnivå
Utbildning för personal och patient/brukare om patientlagen, vårdplan, SIP, rutiner m.m.	Upprätta formalia för att systematisera formerna för brukarråden.	KPH anordnar 3-4 brukaremöten per år för avstämning kring regionala uppdrag, s.k. regionala medicinska riktlinjer (RMR).
Fortsatt satsning på individcentrerad samverkan – personcentrerad psykiatri	Starta brukarråd i alla vuxenpsykiatriska verksamheter.	Fastställa regiongemensamma kvalitetskrav för brukarråd, se formella minimikrav på sid 4.
	Identifiera lämpliga verksamheter för brukarrevisioner.	KPH följer upp och skriver en årlig regional verksamhetsberättelse.
	Utbilda berörd personal om brukarrevisioner.	Utbildning av Peer support (=brukarcoach, självfarenhetsexpert m.fl.)
	Andra aktiviteter, se uppslag på sid 4.	

Ovan förslag på aktiviteter (handlingsplan) antogs på sektorsråd psykiatri 2016-09-16.

Uppföljningsansvarig av handlingsplanens aktiviteter är regionalt Kunskapscentrum för psykisk hälsa.

¹ Deltagare i arbetsgruppen redovisas i bilaga 1.

² I begreppet patient/brukare inkluderas anhöriga/närstående för att underlätta läsningen av detta dokument.

³ Enkätfrågor och resultat redovisas i bilaga 2.

Bakgrund

Förutsättningar för patient-/brukarinflytande

I Socialstyrelsens genomgång av förutsättningarna för att brukarinflytande ska fungera har man kommit fram till följande slutsatser:

- Brukarinflytande på individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå påverkar varandra. Stärkt inflytande på en nivå kan öka förutsättningarna för inflytande även på de andra nivåerna.
- För att få till stånd brukarinflytande på verksamhets- och systemnivå är det nödvändigt att ledningen och andra berörda har kunskap om olika grupper av brukare och hur man når dem, om det exempelvis finns organisationer som företräder deras intressen.
- Förankring på politisk nivå och i verksamhetsledningen behövs på lokal, regional och nationell nivå.
- Resurser behöver avsättas. Det handlar om tid, pengar och administrativt stöd.
- Tillgänglighet är grundläggande. Arbetsformer, information och kommunikation behöver anpassas så att alla kan vara med, oberoende av tidigare vana och erfarenhet eller funktionsnedsättning.

Bestämmelser om patient-/brukarinflytande och -inflytande finns i flera författningar och lagstiftning. Det gäller på både individnivå och systemnivå. Den 1 januari 2015 trädde en ny patientlag i kraft. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. För merparten av bestämmelserna i lagen har det sedan tidigare funnits bestämmelser med samma innehåll i sak i andra författningar, vissa krav har justerats och några nya har tillkommit. En avsikt med lagen är att samla alla bestämmelser som rör patienter på ett ställe för att göra det tydligt för vårdens aktörer, patienter och närstående vad som gäller på området. Lagen innebär bland annat följande:

- Informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.
- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.
- Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning (second opinion) utvidgas.
- Patienten ska ges möjlighet att välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

Den nya patientlagen gäller bara på individnivå och inte övergripande nivåer, men ställer dock krav på ett förändrat arbetssätt. Viktigt att ta tillvara den erfarenhetsbaserade kunskapen som patienter och närstående har – på ett systematiskt sätt. Flera exempel från både svensk och norsk forskning⁴ visar på hur viktigt brukarinflytandet är för brukarnas välbefinnande och rehabilitering.

Vård ska ske utifrån patientens perspektiv. Detta innebär delaktighet och inflytande över den behandling, vård- och stödsatser som den enskilde får och förutsätter att patienten/brukaren "bjuds in" och är med i den planering och samordning som sker mellan olika aktörer och ges reella förutsättningar att komma till tals och bli lyssnad på.

Grader av medverkan för patient-/brukarinflytande

Brukarinflytande är mer än enbart information och rådgivning. Brukarinflytande innebär att införa ett nytt sätt att tänka och medför en attitydförändring i verksamheten. Patient-/brukarmedverkan utmanar och förändrar etablerade tanke- och arbetssätt. Brukarmedverkan ökar medvetenheten om egna och andras fördomar och motverkar stigmatisering. Uppbyggnad av en ny samarbetskultur där patient/brukare ses som medskapare i hälso- och sjukvården tar tid och kräver stöd som underlättar ständig utveckling på både brukar- och vårdgivarsidan.

⁴ Kogstad, 2011; Granerud, 2012; Argentzell 2012; Lindström 2012; SBU-rapport Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation, 2012; m fl.

Patient-/brukarmedverkan kan delas in i olika grader av deltagande. Sveriges Kommuner och Landsting har lanserat en variant av Arnsteins deltagandestege, kallad delaktighetstrappan (se nedan). Denna grafiska modell används i många nationella sammanhang som en idébild för att sortera olika former av deltagande och sätta in dem i ett sammanhang. Trappstegen är olika sätt att visualisera medverkan:

- Information: Envägskommunikation, frågor och svar – få veta
- Konsultation: Inhämta synpunkter, ofta punktinsats – tycka
- Dialog: Utbyte av tankar, ofta vid flera tillfällen – resonera
- Inflytande: Deltagande under en längre tid, följa en planeringsprocess från idé till färdigt förslag – delta
- Medbeslutande: Gemensamt beslutsfattande – bestämma



För att patient-/brukarmedverkan och -inflytande ska bli framgångsrikt i organisationen krävs insatser på tre nivåer – individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå.

1. Där patient/brukare möter verksamheten (individnivå) – ett stärkt inflytande och delaktighet i den egna vårdsituationen. Insatserna ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.
2. På olika ledningsnivåer i verksamheten (verksamhetsnivå) – ett ökat inflytande på verksamheten, möjlighet till medverkan i både utveckling och beslut på verksamhetsnivå. Flertalet brukarorganisationer erbjuder rådgivning, föreläsningar och utbildningar.
3. På övergripande nivå för ledning och styrning av organisationen som helhet (systemnivå) – delaktighet på organisations- eller systemnivå. Patient-/brukarorganisationer medverkar i ledning och styrning av hälso- och sjukvården tillsammans med ledningsansvariga i olika berednings- och beslutsprocesser vid t ex utformande av vårdprogram, handlingsplaner eller vid politisk påverkan i remissarbete av olika slag.

Individnivå - Vårdplan och Samordnad individuell plan (SIP)

Individuell medverkan och rätt till inflytande över de insatser han/hon blir föremål för finns inskrivet i både socialtjänstlagen (SoL), patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen (HSL). All hälso- och sjukvård är med några få undantag frivillig för patienten. Psykiatrisk vård omfattas av HSL:s bestämmelser, men kan i vissa fall regleras enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Behandlingen vid tvångsvård sker i samråd med patienten när det är möjligt.

En vårdplan upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård och det sker så långt som möjligt i samråd med patienten. I 3 f § HSL samt 2 kap. 7 § SoL finns sedan 2010 två liktydiga formuleringar införda i lagtexterna, som ger landsting och kommunernas socialtjänst skyldighet att upprätta samordnade individuella planer (SIP) om en person har insatser från båda huvudmännen som behöver samordnas.

Här finns informationsmaterial som utarbetats av exempelvis Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)⁵, SKL och VGR som kan användas. Verksamheter i Västra Götaland rekommenderas att använda det läns gemensamma utbildningsmaterialet för SIP, läns gemensamma riktlinjen och mallen för SIP, när socialtjänst och hälso- och sjukvård ska arbeta med samordnade individuella planer.

Erfarenheter hos de som är närstående till någon med psykisk ohälsa tas inte alltid till vara. Därför av vikt att uppmärksamma anhöriga/närstående. NSPH och andra brukar- och närståendeorganisationer har gett ut broschyrer med information som ska stödja närstående.

Verksamhetsnivå - brukar- och närståendemedverkan/inflytande

Den basala verksamhetsnivån för brukare- och närståendeflytande bör vara ett brukarråd med representation från föreningar och verksamhet/er. Forumet beskrivs i kartläggningen som brukarråd, inflytanderåd, brukarträffar och frekvensen på mötena är mycket skiftande. Strukturer, former och innehåll i dessa forum är även av olika karaktär.

Beskrivning av roller, mål, syfte och överenskommelser om vad som förväntas av de inblandande parterna underlättar arbetet. För att starta upp eller utveckla redan befintliga brukarråd som ger patienter och brukare reellt inflytande ska vissa formella minimikrav vara uppfyllda och formaliseras i ett skriftligt avtal. Dess formalia ska ange:

- Syftet med rådet
- Sammansättning - vilka som ska deltagare ska ingå i rådet. Deltagande kan ske såväl från patient-/brukarorganisationer som av enskild patient/brukare.
- Hur ofta råden ska sammanträda, minst 2 ggr per termin
- Dagordningen upprättas tillsammans
- Hur och när dagordningen kommuniceras och var
- Vem som utses till ordförande, sekreterare och justerare
- Vilken typ av frågor som ska avhandlas under sammanträdena
- Vilket mandat mötesdeltagarna har behöver klargöras
- Hur beslutet dokumenteras
- Arvodering – enhetlig i regionen enligt NSPH:s nationella riktlinjer.

Vid dessa brukarråd rekommenderas att brukarna innehar majoriteten i antalet ledamöter. Ytterligare en rekommendation är att ha en avsatt resurs, en samordnare i verksamheten. Det förutsätter även att medel avsätts för brukarorganisationernas delaktighet i form av arvoden, reseersättning mm i verksamhetsbudgeten.

Vidare rekommenderar arbetsgruppen på verksamhetsnivå:

- **Brukarrevisioner.** Vård som bedrivs ska utvärderas av de personer som nyttjar den. Det är en av grundstenarna i arbetet med brukarrevisioner. Syftet med en brukarstyrd brukarrevision är att förbättra kvalitén i den vård som är föremål för revision och här spelar brukarna en nyckelroll. Personer med egen erfarenhet av vård besitter dels stor kunskap och erfarenhet om verksamheten, dels har de ett unikt inifrånperspektiv. Denna kunskapsresurs utgör en riklig förbättringspotential för verksamheten. Brukarrevisioner görs för verksamhetens skull, för de aktuella brukarnas skull och för framtida brukares skull. En brukarstyrd brukarrevision är verklighetsförankrad och förbättringsinriktad och bidrar till utveckling och förståelse hos den aktuella verksamheten.
- **Utbildning av Peer support** (=brukarcoach, självfarenhetsexpert m.fl.) I Sverige pågår en utveckling mot att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa blir verksamma som

⁵ Ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området, som startade 2007 och idag har 12 medlemsorganisationer.

Koncernstab hälso- och sjukvård/Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR (KPH)

erfarenhetsexperter i verksamheter som ger vård, stöd eller rehabilitering till personer med psykisk ohälsa. NSPH vill skapa en nationell utbildning för erfarenhetsexperter. Utbildningen ska, efter kontroll av kunskaper och färdigheter, leda fram till ett certifikat eller motsvarande. Den funktion utbildningen leder fram till ska i första hand ses som ett komplement och ett nytt inslag eller en ny dimension i behandling, stöd eller service till personer med psykisk ohälsa. Dessutom är utbildningen ett stöd för både brukare och brukarorganisationers utveckling. Peer support kan användas i öppen-, och heldygnsvård. En pilot initieras i Västra Götaland våren 2016.

- **Andra aktiviteter**, t ex deltagande i arbetsgrupper inför förändringar i verksamheten, i arbets-, projekt-, och fokusgrupper som syftar till utveckling av vårdens rutiner/arbetsätt, i utveckling av patientrelaterade utfallsmått, i utbildning av personal, i rekryteringsprocess, event och studiecirkelverksamhet.

Systemnivå - brukar- och närståendemedverkan/inflytande

Allt fler verksamheter arbetar utifrån både vårdprocesser och värdebaserad vård, som möjliggör brukar- och närståendemedverkan/inflytande på ett systematiskt sätt i hälso- och sjukvården, där patientens perspektiv får större utrymme. Satsningen leder till bättre kvalitet, större möjligheter att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete, högre kvalitet på den vård och omsorg som ges, större valmöjligheter för individen samt större möjlighet för individen att påverka sina insatser.

I enlighet med den regionala utvecklingsplanen för allmänpsykiatri (RUP) kommer KPH att på en övergripande nivå hålla 3-4 möten/år för avstämning kring regionala uppdrag, s.k. regionala medicinska riktlinjer (RMR) och skriva årlig verksamhetsberättelse om vilka brukaraktiviteter som äger rum i regionen.

Brukarmedverkan i delregionala samverkansorgan är en viktig utveckling som ger möjlighet till långsiktighet och därmed bättre förutsättningar för utvecklingsarbetet. Det finns i dag, men är oftast begränsad till en enhet/verksamhet och behöver utvecklas än mer. Att vara delaktig i forum där samverkansfrågor diskuteras är en nödvändighet om brukarinflytande ska gälla hela individen, som ofta har insatser från flera huvudmän.

Handlingsplan för brukar- och närståendemedverkan/inflytande

Aktiviteter på individnivå	Aktiviteter på verksamhetsnivå	Aktiviteter på systemnivå
Utbildning för personal och patient/brukare om PAL, vårdplan, SIP, rutiner m.m.	Upprätta formalia för att systematisera formerna för brukarråden.	KPH anordnar 3-4 brukaremöten per år för avstämning kring regionala uppdrag, s k regionala medicinska riktlinjer (RMR).
Fortsatt satsning på individcentrerad samverkan – personcentrerad psykiatri	Starta brukarråd i alla vuxenpsykiatriska verksamheter.	Fastställa regiongemensamma kvalitetskrav för brukarråd, se formella minimikrav på sid 4.
	Identifiera lämpliga verksamheter för brukarrevisioner.	KPH följer upp och skriver en årlig regional verksamhetsberättelse.
	Utbilda berörd personal om brukarrevisioner.	Utbildning av Peer support (=brukarcoach, självfarenhetsexpert m.fl.)
	Andra aktiviteter, se uppslag på sid 4.	

BILAGA 1 - Nominerade deltagare till arbetsgruppen:

Annakarin Bergström/Annica Larsson	Personligt Ombud, Bräcke diakoni
Anna-Lena Slibar	Personligt Ombud, Bräcke diakoni
Bengt Fernström	VGR:s brukarråd
Camilla Larsson	Södra Älvsborgs sjukhus
Christer Johansson	NU-sjukvården
Christina Lapins	NSPHiG - IBIS
Elisabet Hurtado Lundberg	NSPHiG, projektsamordnare
Lars Alfredsson	Sahlgrenska universitetssjukhuset/Psykiatri Psykos
Lena Molin	Sahlgrenska universitetssjukhuset/Beroende
Lisbeth Mensas	Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli, Borås
Mai Winter	Sahlgrenska universitetssjukhuset/Neuropsykiatri
Margareta Gren	Kunskapscentrum Jämlik vård (KJV)
Marlen Österman,	Sahlgrenska universitetssjukhuset/Rättspsykiatri
Mats Möller	Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli, Uddevalla
Per Johan Ekelöf	NSPHiG - Anhörigföreningen Göteborg
Petri Rantavuori	RFHL/RSMH
Sara Widin Dahlström/Eva Hellquist	Sahlgrenska universitetssjukhuset/Psykiatri Affektiva
Uno Billmark	NSPHiG - FUSiG
Viola Lindén	VGR:s brukarråd
Lise-Lotte Risö Bergerlind	Kunskapscentrum för psykisk hälsa (KPH)
Mia Harty	KPH