



Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Vår medverkan - en förutsättning för god kvalitet

Version 1, november 2011

Innehåll

1. Inledning	3
2. 12 axiom	5
3. Kvalitetsdokument på individnivå: 12 axiom	6
4. Kvalitet och inflytande på organisatorisk och strukturell nivå	16
Arton punkter - kvalitets- och inflytandearbete på organisatorisk och strukturell nivå	16
Mall för en handlingsplan	19
5. Litteratur och länkar	20

*NSPH, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Sedan våren 2007 har NSPH fått statliga medel för att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytandet inom psykiatrin. NSPH rapporterar sitt arbete till Socialstyrelsen. Nätverket består av 13 intresseorganisationer, som tillsammans står bakom en gemensam plattform, en verksamhetsplan, ett måldokument och olika policydokument. I ett tiotal landsting och kommuner finns lokala NSPH-nätverk.
Mer information: www.nsph.se*

Inledning

Inflytande är nödvändigt för att utveckla kvalitetstänkandet

NSPH-nätverket presenterar här ett gemensamt kvalitetsdokument för att ge inspiration och vägledning till våra organisationers arbete med kvalitetsfrågor. Dokumentet kan komma till användning i brukarråd, vid beställning, upphandling, revision, och till exempel när ett nybildat nätverk ska arbeta fram en gemensam plattform.

Utgångspunkten för kvalitetsdokumentet har varit den gemensamma värdegrund som präglar våra organisationer. Mänskliga och sociala värden ska beaktas och patienters, brukares och anhörigas kunskap och erfarenheter av vad som är god kvalitet i vård, stöd och rehabilitering ska tas tillvara. Dokumentet med våra egna kvalitetskrav är tänkt att vara ett viktigt komplement till formella krav, ekonomiska kalkyler och kvantitativa uppgifter som idag ofta används som kvalitetskriterier.

Vår grundsyn är att inflytande är nödvändigt för att utveckla kvalitetstänkandet – på individnivå, dvs. för den enskilde patienten/brukaren och dennes anhöriga eller för en patientgrupp – och på organisatorisk nivå genom våra föreningar och lokala/regionala nätverk.

Patienters, brukares och anhörigas erfarenheter ger en bred kunskap

Rapporten *Så vill vi ha det* som nätverket 2006 överlämnade till Nationell Psykiatri-samordning har varit en grund för vårt arbete. I detta kvalitetsdokument har vi strävat efter att inte gå in på missförhållanden som kan finnas inom vård och omsorg – vi undviker att tala om hur det *inte* ska vara. Istället har vi velat lägga fokus på förutsättningarna för god vård och omsorg.

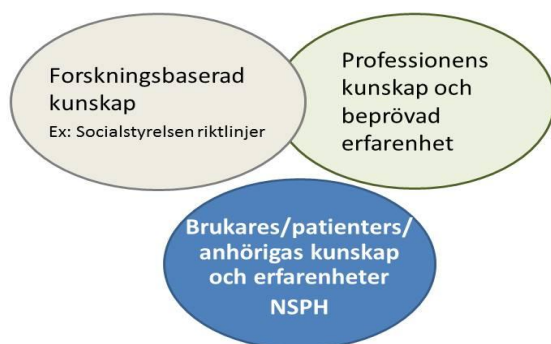
NSPH-nätverket representerar människor med många olika typer av psykisk ohälsa, sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Graden av ohälsa eller funktionsnedsättning kan vara mycket varierande från individ till individ men också över tid. Tillstånd av psykisk ohälsa kan placeras på en glidande skala mellan hälsa/ohälsa. Vård, stöd och rehabilitering till människor med psykisk ohälsa omfattar följaktligen många olika typer av insatser.

Det finns svårigheter med att ta fram ett dokument som ska gälla för människor med olika problem, olika diagnoser och olika grader av dessa diagnoser. De grundsatser, axiom, vi presenterar är generella. När axiomen uttolkas i de efterföljande texterna handlar de ibland om de svåraste tillstånden där kraven på dem som ska ge insatserna är särskilt stora. Det kan göra det svårt för alla grupper att känna igen sig i de exempel som tas upp. En bärande tanke är att detta dokument inte ska vara statiskt utan fortsätta utvecklas och att fler grupper med olika typer av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning ska bidra till att utveckla dokumentet.

Evidensbaserad praktik

Vi ser ett stort behov av att utveckla den evidensbaserade praktiken med tonvikt på patienters, brukares och anhörigas kunskap och erfarenheter, det som ibland kallas det ”tredje benet”. Denna särskilda kunskap måste tas tillvara, bland annat genom ökad forskning, och metoder behöver utvecklas i samverkan mellan forskare, professionella och våra organisationer.

Aktörer som har betydelse för utvecklingen av vård och omsorg är myndigheter som Socialstyrelsen och SBU, forskningens organ, huvudmännen som företräds av SKL, ideella patient-, brukar- och anhörigorganisationer och yrkesorganisationer.



Evidensbaserad praktik. I den här figuren svävar den blå bubblan lite för sig själv. I en utvecklad evidensbaserad praktik överlappar alla de tre enheterna varandra.

Samverkan

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting publicerade under 2010 ett positionspapper med rubriken ”Patient- och brukarmedverkan – för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst”, där man talar om patienter/brukare som ”medskapare”. Det är ett dokument som pekar framåt. Vi vill bidra till att fylla det med ett innehåll.

En viktig princip är att man lokalt enas om vad man vill uppnå och att patienter, brukare och anhöriga, i samverkan med huvudmän och utövare inom vård och omsorg, kommer fram till hur vägen dit ska se ut. En förutsättning för kvalitetsarbete är att det finns strukturer för en återkommande utvärdering som resulterar i förbättringar.

Detta kvalitetsdokument kan vara en bas för kvalitetsarbete. Det kan också vara ett första steg för att formulera en vision för hur arbetet med kvalitetsutveckling skulle kunna se ut i framtiden, när patienters, brukares och anhörigas medverkan är en självklarhet.

NSPH-kansliet tar gärna emot synpunkter som skickas till info@nsph.se

12 axiom

Vi har valt ordet axiom för våra grundläggande utgångspunkter. Ordet axiom har inom matematiken innebörden av en fundamental sats som inte kan bevisas, utan antas sann och som fungerar som utgångspunkt för vidare satser. I en utvidgad betydelse är ett axiom något som antas vara sant utan "bevis", ofta något som anses som självklart.

1. Respektfullt bemötande är grunden för god vård och omsorg
2. Framgångsrik vård och omsorg förutsätter inflytande och delaktighet
3. Bra vård och omsorg kräver välutbildad personal
4. Professionalitet är att ta tillvara brukarnas och de närståendes erfarenheter och kunskap
5. Helhetssyn, tillgänglighet och kontinuitet – nödvändigt för vård och stöd
6. Strategier för återhämtning, utveckling och egenmakt ska stå i centrum för insatserna
7. Svåra situationer kan i regel undvikas med rätt kunskap och förhållningssätt
8. Trivsamma, trygga och säkra miljöer förbättrar den psykiska hälsan
9. Mänskliga rättigheter ska respekteras inom vård och omsorg
10. All framgångsrik verksamhet bygger på ständigt förbättringsarbete
11. För en god livskvalitet krävs bostad, pengar och ett nätverk
12. Alla vill och kan bidra på arbetsmarknaden utifrån sina specifika förutsättningar

Dessa tolv axiom för kvalitet inom vård och omsorg har individen som utgångspunkt. På följande sidor utvecklas tankarna bakom varje axiom. Därefter följer frågeställningar om kvalitet och inflytande på organisatorisk och strukturell nivå.

Kvalitetsdokument på individnivå: 12 axiom

1. Respektfullt bemötande är grunden för god vård och omsorg

Att lyssna på och ha respekt för patienter, brukare och anhöriga och tro på att man tillsammans kan bidra till tillfrisknande, utveckling och återhämtning bör vara en utgångspunkt för alla insatser vid psykisk ohälsa. Bemötandet ska vara inriktat på att få till stånd en dialog.

Den enskilde brukaren och dennes anhöriga/närstående önskar bli sedda, lyssnade på och respekterade i mötet med personal inom vård, omsorg och rehabilitering. Det handlar om personalens grundvärderingar och attityder – att inte tala över huvudet på patienten/brukaren och undvika att tala om personen när han eller hon inte är med. Det handlar också om att visa respekt för och samarbeta med anhöriga/närstående. Kommunikationen, hur personalen informerar och skapar delaktighet och goda relationer har stor betydelse för en bra vård.

Att vara medveten om egna och andras fördomar och negativa attityder och motverka stigmatisering och diskriminering är en viktig del av bemötandet. Tilltro till en individs eller en patientgrupps möjligheter till tillfrisknande, utveckling och återhämtning stödjer en utveckling i positiv riktning. Motsatsen, t ex uppfattningar att vissa problem- eller diagnosgrupper är ”hopplösa fall” kan vara ett stort hinder för vårdens möjligheter att nå tillfredsställande resultat.

Ett bra bemötande innebär också lättillgänglighet och flexibilitet och att verksamheten är organiserad så att den enskilde kan känna sig trygg. För personer med psykisk ohälsa är det av stor betydelse att mötas av medmänsklighet och empati och att ha goda relationer till personalen. Det handlar inte bara om att bli trevligt bemött utan om att relationen blir personlig och tillitsfull.

- *Det går aldrig att göra om ett första möte*
- *Om du som personal har tilltro till min förmåga kan jag känna tillit till dig*

2. Framgångsrik vård och omsorg förutsätter inflytande och delaktighet

Brukarens erfarenhet och kunskap är grunden för framgångsrik vård, stöd och habilitering/rehabilitering. Redan från starten ska inflytandet garanteras.

Alla insatser inom det psykiatriska vårdområdet bör utgå från den enskildes behov, villkor och önskemål. Detta innebär att den enskilde ska vara med och planera behandlingen och vilket stöd och vilken habilitering/rehabilitering som behövs. Viktiga personer i den enskildes sociala nätverk bör identifieras. Anhöriga och vänner bör mobiliseras och ses som resurser som stödjer behandlingen eller rehabiliteringen.

Ovanstående innebär en utveckling mot att patienten/klienten ska inta en ny styrande position i gruppen. Då förändras också de professionellas roller till att i större utsträckning vara stödjare, handledare och konsulter med expertkunskap.

- *Endast om jag själv är med i behandlingen blir resultatet bra*
- *Arbeta med mig – inte för mig*
- *Låt mig välja vad som passar mig bäst*
- *Nothing about us without us*

3. Bra vård och omsorg kräver välutbildad personal

Professionell kunskap bygger på adekvat utbildning och ständig fortbildning baserad på aktuell kunskap samt förmåga att integrera patientens/brukarens erfarenheter och kunskaper.

Personalen ska ha god kunskap om psykiska sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar och hur de kan behandlas och kompenseras. Medicinsk, psykologisk, socialvetenskaplig, omvårdnadsvetenskaplig och pedagogisk kunskap bör kombineras med erfarenhetsbaserad kunskap. Det är viktigt att personal förstår att den andre (patienten, brukaren, den anhöriga) har erfarenheter och kunskaper som är ett viktigt komplement till den professionella kompetensen. Det är också viktigt att ha ett perspektiv på kunskap som omfattar brukarens hela livssituation och levnadsvillkor. Det innebär att personalen bör ha god kunskap om det totala utbudet av insatser inom psykisk ohälsaområdet.

Ny kunskap om psykiska sjukdomar/funktionsnedsättningar och om vilka insatser som hjälper utvecklas kontinuerligt. Personal inom vård och omsorg men också andra yrkesgrupper som t ex skolpersonal och arbetsförmedlare som kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa bör få kontinuerlig fortbildning och stöd att ta till sig nya kunskaper och synsätt.

Personer med egen eller anhörig erfarenhet av psykisk ohälsa tillför vården viktig kunskap. De kan t ex arbeta som konsulter i vården, coacher eller revisorer.

De personalgrupper som har den närmaste kontakten med patienten/brukaren och anhöriga ska ha adekvat utbildning. De står för vårdande och stödjande psykosociala insatser som för patient/brukare och anhöriga ofta ses som lika viktiga som medicinsk eller psykologisk behandling.

Att se hela individen och hans eller hennes olika livsområden och sociala nätverk är betydelsefullt. Familjen och det sociala nätverket bör involveras för att vård och stöd ska fungera bra.

- *Jag vill möta professionell kunskap och erfarenhet i vård och omsorg*

4. Professionalitet är att ta tillvara brukarnas och de närståendes erfarenheter och kunskap

När patienter, brukare och anhöriga möter andra med liknande erfarenheter kan de tillsammans ge varandra hopp och lust och hitta strategier för att må bättre. Inte sällan är sådana möten det första steget i en återhämtningsprocess. Det kan vara värdefullt att parallellt med professionell behandling möta andra med liknande erfarenheter i självhjälpgrupper eller föreningar. Där kan man få värdefull praktisk kunskap och en bättre förståelse för sig själv och de egna svårigheterna.

Att arbeta nätverksinriktat är ett bra sätt att nå helhetssyn, göra närstående delaktiga och låta den enskilde styra planeringen av insatserna. Ett exempelvis är nätverkskontrakt, ett strukturerat samarbete mellan patient-närstående-vårdgivare.

Personal bör ha god kunskap om den verksamhet som bedrivs av patient-, brukar- och anhängorganisationer. Det kan vara stödjande, rådgivande, preventiva, rehabiliterande/habiliterande verksamheter, studiecirklar, självhjälpgrupper, friskvårdverksamheter, fritidsverksamheter eller andra aktiviteter som stödjer återhämtning. Dessa aktiviteter fungerar som ett viktigt komplement eller ibland ett alternativ till den professionella vården.

Föreningarna kan också spela en viktig roll när det gäller att utveckla god samverkan och bemötandekultur på vårdenheterna. Särskild fortbildning för personalen behövs inom detta område. Patienter, brukare och anhöriga har en given roll som föreläsare och resurspersoner vid sådan fortbildning. Även vid yrkesutbildning och annan fortbildning är det viktigt att patienter, brukare och anhöriga medverkar.

- *Individens nätverk är nödvändigt för återhämtning*
- *Den dagen vår dotter fick kontakt med en brukarförening förändrades allas våra liv*

5. Helhetssyn, tillgänglighet och kontinuitet – nödvändigt för vård och stöd

Helhetssyn innebär att den enskilde bör möta professionella som ser till individens hela livssituation, exempelvis boendet, familjen, det sociala nätverket, intressen, somatisk hälsa, sexualitet, ekonomi. Det är av stor vikt att psykiatrisk verksamhet är tvärvetenskaplig och att alla kunskapsområden betraktas som likvärdiga och kommer till användning.

Särskilt viktigt är att den enskildes somatiska ohälsa och tandohälsa uppmärksammas och behandlas. Likaså ska uppmärksamhet hela tiden finnas på eventuella biverkningar av den medicinska behandlingen.

Då brukaren hamnar i centrum blir det lättare för var och en att fokusera på sin del av uppgiften att erbjuda den enskilde bra vård, stöd och rehabilitering samt goda levnadsvillkor.

Helhetssyn innebär också att vården och omsorgen uppmärksammar de anhöriga och deras behov av information och stödinsatser. Anhöriga och närstående till personer med psykisk ohälsa tar ofta ett stort ansvar för den enskildes hälsa, försörjning och livssituation. De har också en god kännedom om den enskildes problematik och utgör en värdefull resurs som bör tas tillvara i vård och omsorg. Av största vikt är att anhöriga och närstående snabbt får information, inte minst gäller detta när problemet uppstår för första gången. Det är viktigt att även syskon räknas till anhöriggruppen.

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa bör erbjudas särskilt stöd. Även personer med psykisk ohälsa som är föräldrar till barn och ungdomar bör erbjudas särskilt stöd.

I vissa fall kan dock samarbete med anhöriga vara direkt olämpligt; om de anhöriga är delaktiga i den enskildes problematik, som när våld, hot eller sexuellt utnyttjande förekommit. Vården och omsorgen har ett stort ansvar för att utreda relationerna till närstående och se till att den enskildes integritet och bräckliga autonomi inte kränks.

Tillgänglighet och kontinuitet kan handla om tid, rum, person och attityd. För den enskilde och dennes anhöriga, och för vårdresultatet, är det viktigt att vården är lätt tillgänglig och att man snabbt kan få hjälp och stöd utan att behöva vänta på telefontider, läkartider, utredningar och möten. Det är också viktigt med flexibilitet och anpassning till individernas behov och önskemål och att insatser differentieras med tanke på kön och etnicitet. Möjlighet till byte av behandlare bör vara möjlig.

Alla ska tillförsäkras en sammanhängande vård- och rehabilitering med en ansvarig samordnare. Det är av stor vikt att det finns en kontinuitet i det behandlingsupplägg eller den strategi man tillsammans har valt. Stabilitet vad gäller utförare och personal underlättar också vårdssituationen. Detta ska beaktas t.ex. inför beslut om vårdens organisation och upphandling av insatser.

En annan viktig aspekt av tillgänglighet är förebyggande och tidiga insatser. Ju tidigare riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa uppmärksammas och bearbetas desto bättre blir förutsättningarna för att den psykiska ohälsan kan begränsas. Förebyggande, uppsökande, motiverande och tidiga insatser behöver komma till stånd och det är viktigt att vården och omsorgen når ut till arenor där personer med psykisk ohälsa finns, t.ex. skolor, föreningar eller träfflokaler.

- *Det är viktigt att perspektivet omfattar hela min livssituation*
- *Bra psykiatri för mig är att få stöd av vettiga människor som jag känner och som är lätt tillgängliga*
- *Det har varit lapp på lapp men ingen söm – nu vill jag ha ett helt tygstycke och inget lappverk*

6. Strategier för återhämtning, utveckling och egenmakt ska stå i centrum för insatserna

Individen själv och hans eller hennes inre process spelar en viktig roll vid återhämtning. Det kan t.ex. handla om att upptäcka, acceptera och integrera nya tankar och förhållningssätt hos sig själv, och utifrån dessa formulera nya livsmål. Återhämtning eller utveckling är en process som uppstår i mötet mellan individens eget arbete och behandlande och stödjande insatser från andra, anhöriga, vänner och professionella. Återhämtning/utveckling handlar inte i första hand om symtomen eller funktionsnivån utan om hela individen i sitt sammanhang.

Egenmakt handlar ofta om att komma till rätta med sin negativa självbild, få tillbaka självkänslan, känna hopp och uppleva att det finns en mening i tillvaron. Det går att leva ett bra liv trots kvarvarande symtom och funktionsnedsättningar. Egenmakt innebär att individen skaffar sig makt över sitt liv. Makten måste erövrats över symtomen och/eller funktionsnedsättningarna och i förhållande till professionella och närstående.

När brukare får frågan om vad som har varit till hjälp blir svaret ofta mänskliga relationer, självbestämmande och hopp. En viktig fråga är hur detta kan kombineras med evidensbaserade insatser. Vad kan professionella göra för att underlätta återhämtning, utveckling och egenmakt? Vi efterlyser en dialog där de professionella erbjuds möjligheter att se på sitt arbete med patientens, brukarens och de anhörigas ögon.

Det är viktigt att verksamheten präglas av flexibilitet och anpassning till den enskildes förutsättningar, behov och önskemål och att insatserna tidigt inriktas på att stödja återhämtning och utveckling till ett självständigt och aktivt liv med meningsfull sysselsättning, utbildning och/eller arbete.

Bäst fungerar ett professionellt återhämtningsinriktat arbetssätt när den enskilde samtidigt har tillgång till aktiviteter eller möten i patient-, brukar- eller anhörigorganisationer. Det kan handla om en studiecirkel eller självhjälpsgrupp eller samtal med någon som har liknande erfarenheter.

Personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar använder ibland begreppet ”funktionsvariant”. I vissa avseenden kan dessa funktionsvarianter betraktas som nedsättningar men i andra avseenden kan de utgöra en kapacitet eller förmåga utöver det vanliga. För personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och deras närstående är det viktigt att få hjälp och stöd att hitta konstruktiva strategier för hur man ska förhålla sig till omgivningen och hantera och utveckla sin funktionsvariant.

- *Lust och sammanhang ger ”nyhämtning”. Det handlar inte om återhämtning till något som var tidigare utan om att utvecklas till något nytt*
- *Återhämtning kan vara att fundera över saker som man mår bra av och bör göra oftare och saker som man mår dåligt av och bör undvika*

7. Svåra situationer kan i regel undvikas med rätt kunskap och förhållningssätt

Svåra situationer kan undvikas genom ett aktivt förebyggande arbete. Personalen måste ha kunskap och färdighet i att hantera särskilt svåra situationer för patienten och dennes anhöriga. Det kan handla om självmordsbenägenhet, hotfullhet och våldsamhet.

Personalen måste utveckla kunskap om hur tvång kan undvikas. Det är vårdgivarens ansvar att se till att humana och säkra rutiner upprättas och tillämpas i de fall då tvångsåtgärder är nödvändiga. Särskilt viktigt är att personalen inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården får sådana kunskaper.

Att kunna hantera kriser av olika slag och att följa upp svåra eller traumatiska händelser är viktiga kunskapsområden som professionen måste tillägna sig. Debriefing med den enskilde, berörd personal samt närstående bör göras till en rutin vid alla tvångs-ingripanden eller andra hotfulla eller våldsamma situationer.

- *Kunskap minskar behovet av tvångsåtgärder*
- *När tvångsåtgärder följs upp med samtal kan man gå vidare*

8. Trivsamma, trygga och säkra miljöer förbättrar den psykiska hälsan

En god vårdmiljö innebär säkra, inbjudande, ljusa och varma lokaler som är trivsamma och känns trygga att vistas i. Det ska finnas gott om utrymme för både umgänge och enskildhet. Patienten ska behandlas med respekt för sitt människovärde och vårdmiljön ska också ge uttryck för denna syn.

Heldygnsvård ska bedrivas på små, hemlika enheter och gärna med en flexibilitet som ger möjlighet att differentiera och dela upp vårdenheten i mindre enheter med 4-6 vårdplatser. Lugn och ro, möjlighet till avskärmning från störande ljud och ljus och begränsning av antalet kontakter är viktiga kvalitetskrav för vissa diagnosgrupper. Det ska också finnas bra hygienutrymmen, särskilda utrymmen för män och kvinnor och tillgång till särskilda utrymmen, till exempel familjerum för övernattnings, som kan användas när anhöriga eller närstående kommer på besök.

Det är även viktigt att öppenvårdsenheter har miljöer som inte avskräcker från att söka hjälp och där man som patient/klient känner sig välkommen.

Säkerheten i vårdmiljöerna handlar om att det ska vara miljöer där suicidrisken minimeras men där hänsyn samtidigt tas till den enskildes integritet. Säker läkemedelshantering och minimering av risken för att droger kommer in på avdelningen är en annan fråga där säkerhetsrisken måste vägas mot vilka integritetskränkande ingrepp som kan göras.

Säkerheten på en enhet ska inte sättas med utgångspunkt från den patient som bedöms ha störst behov av restriktioner. Det måste finnas flexibilitet så att individer som inte har behov av restriktioner inte behöver passera flera låsta dörrar för att komma ut eller vara förhindrade att använda elektroniska kommunikationsmedel.

Om säkerhetstänkandet får dominera i heldygnsvården förstärks inte sällan patienternas oro och rädsla av säkerhetsarrangemang som kortlåsta dörrar, pansarglas och larmanordningar.

Det viktigaste området för trivsel, trygghet och säkerhet handlar om hur personalen bemöter patienterna, hanterar problem eller uppmärksammar hotfulla situationer eller avvikelser från det normala.

Trivseln på en vårdenhets beror ofta på vilka möjligheter den enskilde har att själv bestämma över sin tillvaro på enheten. Måste man alltid delta i alla aktiviteter? Får man lägga sig och vila en stund på eftermiddagen eller är rummet låst? Kan man gå ut på promenad på kvällen eller är detta begränsat till vissa tider? Kan man göra i ordning en macka på kvällen eller är köket låst? Finns det möjlighet att röka?

Avvikelseberapportering och rutiner att följa vid olika risksituationer bör utvecklas och användas men de måste alltid balanseras med hänsyn till den enskildes bekvämlighet och värdighet. Särskilt viktigt är att den enskilde skyddas mot trakasserier, mobbning och övergrepp från personal eller medpatienter.

- *Bra miljö för patienter är också bra miljö för personal*
- *Nöjda människor kostar mindre*

9. Mänskliga rättigheter ska respekteras inom vård och omsorg

Konventioner om mänskliga rättigheter syftar till att främja, skydda och säkerställa människors rättigheter och grundläggande friheter. I Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning betonas vikten av att bekämpa fördomar och undanröja hinder som kan motverka den enskildes fulla och verkliga deltagande i samhället på samma villkor som andra. Trots det pågår en påtaglig diskriminering och stigmatisering av personer med psykisk ohälsa. Personer som arbetar inom vård, stöd och rehabilitering till personer med psykisk ohälsa måste bli medvetna om denna diskriminering och om att de integritetskränkande situationer som enskilda personer utsätts för (sekretessbrott när information sprids till andra vårdgivare, inte får läsa sin journal eller hindras från att kommunicera med omvärlden) kan vara brott mot de mänskliga rättigheterna.

Den enskildes samtycke bör alltid inhämtas innan information förs in i register eller skickas till andra vårdgivare eller myndigheter. Den enskilde bör ha rätt att läsa och godkänna sin journal samt ha utökade möjligheter att korrigera felaktiga eller irrelevanta uppgifter i journalhandlingen samt att tillföra kommentarer till journalen. Generella förbud mot att använda mobiltelefon eller annan elektronisk kommunikation på en vårdenhets bör inte vara tillåtet.

Tvång inom den psykiatriska vården och beroendevården ska begränsas och man bör skilja på frihetsberövande och tvångsåtgärder. Beslut om frihetsberövande får inte automatiskt leda till att vården vidtar åtgärder som tvångsmedicinering och behandling

med ECT mot patientens vilja. Tvångsåtgärder som isolering och bältesläggning bör och kan också undvikas.

- *När jag är som svagast behöver jag dem mest – mina rättigheter och min integritet*

10. All framgångsrik verksamhet bygger på ständigt förbättringsarbete

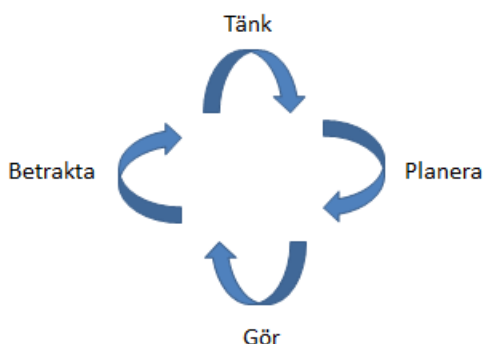
Klimatet inom verksamheten ska vara sådant att det uppmuntrar till öppenhet och dialog och att patienters, brukares och anhörigas synpunkter efterfrågas efter varje vårdtillfälle eller insats. Medlen för detta kan vara förslagslådor, enkäter eller avslutande värderande samtal.

Kvalitetssäkring av vård, omsorg och habilitering/rehabilitering, förutsätter en dialog med patienter, brukare och anhöriga. Ett system behöver byggas upp för att säkra kvaliteten i verksamheten och kontrollera att den utveckling och förändring som sker är den önskvärda. Ett sådant system bör innehålla moment där verksamheten granskas och utvärderas och en återkoppling sker till de uppsatta målen. För att kunna genomföra en sådan uppföljning är det en fördel med målformuleringar/kvalitetsindikatorer som är mätbara. Inom vissa utvecklingsområden kommer det att vara svårt att avläsa om kvaliteten förbättrats utifrån en sådan utvärdering. Det behövs ett system som innebär kontinuerliga utvärderingar/mätningar som över tid kan visa om kvaliteten förbättrats. Det är viktigt att lägga ner tid på att konstruera bra kvalitetsindikatorer så att rätt saker mäts. Metoderna för utvärdering kan vara kvantitativa eller kvalitativa och det kan handla om statistiska uppgifter eller mer komplicerade frågor som är lämpade för intervjuer.

Det är av största vikt att patienter, brukare och anhöriga är med i alla led i förbättringssystemet.

- *Man får vad man mäter*

Process för kontinuerligt förbättringsarbete
kvalitet - återkoppling



11. För en god livskvalitet krävs bostad, pengar och ett nätverk

Människor med psykisk funktionsnedsättning ska garanteras en god bostad. Stöd ska ges för att möjliggöra att alla ska kunna skapa sig ett eget hem.

Tillfrisknande, återhämtning och habilitering/rehabilitering förutsätter en rimlig ekonomisk standard. Människor med psykisk ohälsa har generellt sämre levnadsstandard än andra grupper i samhället vilket i sig medför en risk för att deras psykiska ohälsa förvärras. Den lägre levnadsstandarden visar sig på många områden: utbildningsnivå, arbete, bostad, fysisk hälsa, tandhälsa, delaktighet i samhället och internetanvändning. De sociala stödsystemen bör utformas så att man garanteras en trygg levnadsstandard och inte riskerar att bli beroende av anhöriga eller av Socialtjänsten för sin försörjning under längre perioder.

Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, psykiatri och socialtjänsten ska ta ett gemensamt ansvar och samverka för att lösa situationen för människor med psykisk ohälsa. Individuellt anpassade bedömningar ska vara möjliga inom ramen för de principer och regelverk som styr den allmänna sjukförsäkringen. Ambitionen ska vara att sjukskrivna personer med psykisk ohälsa ska erhålla effektiv behandling och rehabilitering på samma sätt som andra grupper. Annars drabbas de ännu hårdare än andra – mänskligt, psykologiskt, socialt och ekonomiskt.

- *Liv ska levas*
- *Först livsförmåga och sedan arbetsförmåga*
- *Precis som andra människor behöver jag bostad, pengar, vänner och makt över mitt liv*

12. Alla vill och kan bidra på arbetsmarknaden utifrån sina specifika förutsättningar

Människor med psykisk ohälsa ska ha samma rätt som andra till arbete. Orsaken till att människor med psykisk ohälsa diskrimineras på arbetsmarknaden kan sökas i uppfattningen att de inte klarar av att jobba utan bara är en belastning. I själva verket är det tvärtom. Varje människa har sin unika kompetens och erfarenhet och kan med rätt anpassade arbetsuppgifter och ett långsiktigt stöd bli en tillgång i arbetsgruppen och bidra till verksamheten. Med anpassning och stöd klarar många personer med psykisk ohälsa också av studier på alla nivåer.

Arbetsgivare som är beredda att anställa personer med psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas långsiktigt stöd som minskar det ekonomiska risktagandet. Genom text coaching kan också etableringen på arbetsplatsen underlättas.

Rehabilitering måste få ta tid och anpassas till psykisk ohälsagruppens behov av att börja försiktigt och gradvis komma ut på arbetsmarknaden.

För den som inte klarar av ett arbete ska samhället erbjuda meningsfull sysselsättning där individen får stöd i återhämtning, utveckling och egenmakt. Sådan verksamhet kan med fördel bedrivas av patient-, brukar- eller anhörigorganisationer och har då ett viktigt mervärde. Patienter eller brukare som återhämtat sig och som arbetar i sådana verksamheter blir positiva levande exempel på att återhämtning är möjlig.

- *Alla behöver något att vakna upp till*
- *Arbete ger mening och stärker min självkänsla*

Kvalitet och inflytande på organisatorisk och strukturell nivå

En utgångspunkt för NSPH:s arbete är att vård och stöd blir bättre om de som närmast berörs, dvs patienter, brukare och anhöriga, kan vara med och påverka – som individer och genom de organisationer som företräder dem.

Inflytande och påverkan inom vård och omsorg kan delas upp i tre nivåer: *individnivå*, *verksamhetsnivå* och *systemnivå*.

På individnivå avses den enskildas möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd han, hon eller någon i familjen behöver. Det kan gälla rätten att överhuvudtaget få adekvat vård och stöd, individuell vårdplanering, medicinering, val av vårdkontakt/vårdgivare, individens rättigheter i ett boende eller på en vårdklinik. Detta inflytande får patienter, brukare och anhöriga ofta kämpa sig till. De kan då ha stöd av att vara medlemmar i en organisation som företräder deras intressen.

Den andra nivån av inflytande gäller till exempel en verksamhet som en klinik eller ett boende. Det är då oftast en grupp av individer som närmast berörs av verksamheten som vill vara med och påverka verksamhetens utformning. Ibland kan det också vara föreningar eller nätverk av organisationer som har detta inflytande.

Den tredje typen av inflytande rör påverkan på organisations- eller systemnivå, exempelvis vid utarbetande av vårdprogram inom ett landsting, nationella riktlinjer som tas fram av Socialstyrelsen eller politisk påverkan som kan ske i remissarbete eller vid direkta kontakter med politiker och andra beslutsfattare. Inflytande på organisations- eller systemnivå drivs oftast genom intresseorganisationer. NSPH på nationell nivå och de regionala nätverken ombeds allt oftare ge synpunkter som gäller beslut på denna nivå. Alltmer tas nätverken också in tidigt i processer som leder fram till förändring.

Arton punkter – kvalitets- och inflytandearbete på organisatorisk och strukturell nivå

Vi har här formulerat frågor angående kvalitets- och inflytandearbetet på organisatorisk och strukturell nivå som kan bidra till att tydliggöra vilken roll och ställning intresseorganisationerna har i det lokala eller regionala samverkansarbetet.

1) Vilken roll har intresseorganisationerna?

- Intresseorganisationernas roll i samarbetet bör tydliggöras. En analys av vilken ställning patienter, brukare och anhöriga har i samarbetet kan göras genom att besvara ett antal frågor:
- Är man där för att få information, för att besvara frågor som formulerats av samarbetsparten eller för en ömsesidig diskussion om frågor som samarbetsparten vill ta upp?
- Har information getts om frågorna innan och har denna information varit muntlig eller skriftlig? Vilket underlag finns före mötet?
- Har intresseorganisationerna möjlighet att ta upp frågor på dagordningen och om så är fallet – hur hanteras dessa frågor?
- Kommer intresseorganisationerna in tidigt i processen eller kallas de in när de övergripande planerna redan är fastställda?

2) Omfattning av samverkan

- Deltar intresseorganisationerna i samverkanspartens alla verksamhetsområden eller är det enbart på vissa enheter eller kliniker där det finns eldsjälur?

- 3) **Samverkanspartens organisation**
 - Hur är verksamheten organiserad och vilka effekter har organisationen på vårdklimatet?
I vilken utsträckning finns tydlighet i beslutsgångar och fördelningen av makt, mandat och ansvar?
 - Vilken balans råder mellan olika yrkesgrupper/vetenskapsområden?
 - Finns det jämlika team?
 - Kan personalen påverka sin arbetssituation och vårdens utformning?
 - Vilket stöd har personalen i sitt arbete – exempelvis i form av handledning?
- 4) **Ersättning**
 - Får intresseorganisationernas representanter arvode och ersättning för sina omkostnader för att kunna delta i samrådsförfarandet?
- 5) **Utbildning av våra representanter**
 - Får intresseorganisationernas representanter någon utbildning för att kunna fullgöra sitt uppdrag?
 - Vilken utbildning ges, av vem och vilken omfattning har den?
- 6) **Ekonomiska resurser**
 - Vilka ekonomiska resurser finns för att intresseorganisationerna ska ha möjlighet att förbereda sig och bereda frågor som ska tas upp?
 - Har samarbetsparten bidragit ekonomiskt för att möjliggöra anställning eller arvodering av personer som fungerar som samordnare?
- 7) **Intresseorganisationernas samarbete**
 - Hur fungerar samarbetet mellan intresseorganisationerna?
 - Träffas organisationerna enbart på de möten som samverkansparten kallar till?
 - Förekommer förmöten med intresseorganisationerna eller någon annan form av samråd för att undersöka om det finns gemensamma ståndpunkter som kan ge en starkare ställning på mötet?
- 8) **Samverkanspartens kunskap och kompetens**
 - Hur bedömer ni kompetensen hos de som företräder samarbetsparten?
 - Har de tillräcklig kunskap om den verksamhet de representerar?
 - Har de tillräckliga kunskaper om samverkan och inflytandearbete?
 - Har de kunskaper om metoder som kan användas för att utveckla inflytandet?
- 9) **Medverkan i fortbildning**
 - Medverkar intresseorganisationerna vid samverkanspartens fortbildningar?
 - I vilken utsträckning?
 - Bjuds de alltid in eller är det vid speciella tillfällen?
- 10) **Medverkan i rekryteringsprocesser**
 - Finns intresseorganisationerna med i rekryteringsprocessen när samverkansparten anställer personal?
 - Vilka typer av tjänster handlar detta om?
 - På vilket sätt är intresseorganisationerna med – vid formulerandet av befattningsbeskrivning och annons, vid uttagning av personer som ska kallas till intervju, vid intervjuerna eller enbart i form av en information om vilka man intervjuat och vem man tänker anställa?

- 11) **Medverkan i kvalitetsarbete**
 - Medverkar intresseorganisationerna i utvecklings- och förbättringssystem, t ex. förslagsverksamhet, avvikelserapportering och klagomålshantering?
- 12) **Medverkan i revisioner**
 - Medverkar intresseorganisationerna i granskningar eller revisioner och på vilket sätt?
 - Får man ett uppdrag – att med fria händer – genomföra en revision inom ett visst område och kommer överens om en ersättning för detta uppdrag? Eller vill samarbetsparten vara med och planera hur revisionen ska läggas upp och vad den ska innehålla?
 - I vilka delar av processen är man med – vid planering, genomförande, presentation, återkoppling samt övervägande av åtgärder?
- 13) **Andra metoder för inflytande**
 - Används andra metoder för inflytande hos er?
- 14) **Medverkan i projekt**
 - Medverkar intresseorganisationerna i andra projekt?
- 15) **Medverkan i budgetarbete**
 - Medverkar intresseorganisationerna i budgetarbetet?
- 16) **Medverkan i beställning och upphandling**
 - Medverkar intresseorganisationerna vid upphandlingar eller beställningar?
 - Är de med och tar fram underlaget, i beslutsprocessen och vid utvärderingen?
- 17) **Medverkan vid organisationsförändringar**
 - Är intresseorganisationerna med när organisationsförändringar ska göras?
- 18) **Plan för inflytande- och kvalitetsarbete**
 - Finns en gemensam plan för inflytande- och kvalitetsarbetet?

Mall för en handlingsplan

För att förverkliga målsättningar om påverkan och förändring är det bra att formulera delmål och att ganska detaljerat gå igenom vilka mindre steg som behöver tas för att nå till målet.

Skriv ner vilka aktiviteter som behövs för att nå målet och gör en tidsplan.

Här är en enkel mall:

1. Vad vill vi ska förändras? _____
 2. Så här vill vi arbeta för förändring: _____
 3. De här stegen behöver vi ta: _____
- Vem ansvarar för vad?
 - Hur ser finansieringen ut?
 - När ska det vara klart?
 - Hur ofta ska vi träffas för avstämning?
 - När ses vi nästa gång?

Och när aktiviteten är avslutad betraktar ni resultatet, gör en utvärdering och drar lärdomar för nästa steg, enligt modellen Tänk – Planera – Gör – Betrakta (se sidan 14).

Den här handlingsplanen är hämtad ur studiematerialet *Med starkare röst*, del 1 sidan 52-57 som NSPH gett ut. Där kan du läsa mer om påverkan, samverkan och inflytande. Boken tar upp de olika nivåer av inflytande som nämns i detta avsnitt. Materialet ger vägledning om hur man blir en bra företrädare för andra i en förening och hur föreningar kan samverka för att påverka vård och omsorg inom psykiatriområdet. Framför allt är det en grund för bra och utvecklande diskussioner.

Litteratur och länkar

Depression och ångestsyndrom – vad du kan göra och vad vården bör göra.

Patientversion av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen 2010.

www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-17

Din egen makt - ett studiematerial om att ta makten över sitt liv. Maria Nyström Agback, NSPH 2008. www.nsph.se

Kvalitetsregister för psykiatri

KCP Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister. Register på psykiatriområdet: Bipolär, ECT, PsykoksR, RättspsyK, SÖK (sexuella övergrepp mot barn och ungdom), BUSA (behandlingsuppföljning adhd), LAROS (opiatberoende), RIKSÄT (ätstörningsbehandling), SBR (Svenskt beroenderegister), Kvalitetsstjärnan (uppföljning av psykiatrisk vård). www.kcp.se/index.php/vara_kvalitetsregister/

Med starkare röst. Påverkan, samverkan, inflytande. Om hur du, genom att företräda andra, kan vara med och påverka vård och omsorg inom psykiatriområdet. Studiematerial, NSPH 2009. www.nsph.se

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem, Socialstyrelsen 2007.

www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerformissbruks-ochberoendevard

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen 2011. Indikatorer för god vård och god kvalitet i socialtjänsten på det psykosociala området, sid 61-69.

www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-3

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen 2010. Indikatorer finns i bilaga 4. www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4

Om öppna jämförelser, Socialstyrelsens hemsida.

www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/omoppnajokforelser

Patient- och brukarmedverkan. Positionspapper för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst, SKL Sveriges Kommuner och Landsting 2010.

www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/brukarinflytande

Så vill vi ha det. Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet, Rapport 2006:6 från Nationell psykiatrisamordning, SOU 2006. Kan beställas från NSPH www.nsph.se

Öppna jämförelser om stöd till personer med funktionsnedsättning 2011,

Socialstyrelsen oktober 2011.

www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/funktionsnedsattning