



| | | |
|---|--|-------------------|
| Rubrik specificerande dokument | Omfattar område/verksamhet/enhet | Sidan 1 av 18 |
| Handlingsplan för ökad patient-/brukarmedverkan i vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning | Psykiatri samt socialtjänstens stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning | |
| Upprättad av (arbetsgrupp alt. namn, befattning) | Beslutande organ | Gäller från datum |
| Arbetsgrupp med representanter från landstinget, kommunerna, NSPH och Regionförbundet. Ansvarig; Susanne Rydén | Vilgotgruppen | 2014-02-28 |
| Ansvarig för revidering (arbetsgrupp alt. namn, befattning) | Version nr | Reviderad datum |
| Vilmergruppen | 1 | |



Handlingsplan för ökad patient- /brukarmedverkan i vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 3 |
| Inledning..... | 4 |
| Lagstiftning och författningar som reglerar patient-/brukarinflytande | 5 |
| Brukarorganisationernas roll | 5 |
| En evidensbaserad praktik..... | 5 |
| Medverkan och inflytande på olika nivåer..... | 6 |
| Syfte med handlingsplanen..... | 6 |
| Avgränsning..... | 6 |
| Definitioner..... | 7 |
| Handlingsplanens omfattning i Örebro län..... | 7 |
| Ökad patient- och brukarmedverkan på individnivå | 7 |
| Samordnad individuell plan | 8 |
| Integrerad psykiatri | 8 |
| Sammanfattningsvis | 9 |
| Aktiviteter på individnivå | 9 |
| Ökad patient-/brukarmedverkan på verksamhetsnivå | 10 |
| Patient-/brukarråd i den direkta verksamheten | 10 |
| Patient-/brukarråd i länsdelarna | 11 |
| Patienters-/brukares och närståendes medverkan vid utbildningar..... | 11 |
| Brukarrevisioner | 11 |
| Utbildning av professionen, patient-/brukarrepresentanter och brukarorganisationer | 12 |
| Aktiviteter på verksamhetsnivå | 13 |
| Ökad patient-/brukarmedverkan på organisationsnivå | 14 |
| Kartläggning i länet avseende handikapp-/brukarråd på förvaltningsnivå | 14 |
| Aktiviteter på organisationsnivå..... | 17 |
| Källförteckning..... | 18 |

Förord

Personer med psykisk ohälsa är en grupp i samhället som ökar och det är inte ovanligt att dessa personer har omfattande och komplexa behov av vård, behandling och stödinsatser från både landstingets psykiatri samt kommunernas socialtjänst. Det kräver en hög grad av samordning och samarbete mellan berörda aktörer som patient/ brukare, dennes närstående, personal från landstingets psykiatri och kommunernas socialtjänst.

Fler utvecklingsarbeten har nyligen genomförts och pågår i länet för att utveckla samverkan och samarbetet mellan landstingets psykiatri, kommunernas socialtjänst samt brukarorganisationerna.

Landstingets psykiatri i samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, Anhöriga hjälper anhöriga, AHA, Attention och Verdandi utarbetade våren 2012 ett 10-punktsprogram, ”Handlingsplan/strategi för ökad kvalitet i brukarsamverkan och ökad delaktighet” som omfattar psykiatrins hela arbetsfält. Fem av punkterna handlar om förbättringsområden i patientens direkta möten med vården och övriga fem punkter behandlar brukarorganisationernas möjligheter till insyn och påverkan i verksamheterna.

Våren 2012 upprättades och antogs i länet en ”Överenskommelse mellan Örebro läns landsting, kommunerna i Örebro län och NSPH avseende samarbete kring personer med psykiska funktionsnedsättningar”. I överenskommelsen har inriktningen för samverkan och samarbetet fastslagits samt de åtgärder som ska vidtas för att förverkliga målen. En av åtgärderna är att parterna tillsammans ska upprätta en handlingsplan för att ”stimulera till en ökad patient- och brukarmedverkan inom vården/omsorgen”. Det är denna handlingsplan som presenteras här.

Samverkansgruppen Vilmer gav under hösten 2012 i uppdrag till en arbetsgrupp att utarbeta och processa fram ett förslag till en handlingsplan för ett fördjupat samarbete och ökad patient-/brukarmedverkan inom vård och omsorg. Pågående utvecklingsarbeten inom länet som berör detta område har analyserats och integreras i föreliggande förslag till handlingsplan som presenteras på Vilmergruppens sista möte våren 2013.

Det är viktigt att ta tillvara på och integrera de utvecklingsarbeten som redan pågår i länet inom verksamhetsområdet vård och stöd för personer med psykisk ohälsa. Likaså att befintliga brukarforum på både verksamhets-/ läns- och förvaltningsnivå får fortsätta sitt arbete men med möjlighet att vidareutveckla sina arbetsformer, att bjuda in och öka patienternas/brukarnas och brukarorganisationernas möjlighet att medverka och ha inflytande över de verksamheter som ger vård och stöd till personer med psykisk ohälsa.

För att innehållet i handlingsplanen ska kunna förverkligas krävs en gemensam syn mellan berörda aktörer på det som behöver göras. Denna handlingsplan pekar ut tidsplan, ansvarsområden samt de viktigaste aktiviteterna som behöver komma igång år 2014 och 2015 och när insatserna behöver utvärderas.

Inledning

Delaktighets- och inflytandefrågor har under många år diskuterats inom vård- och omsorgsverksamheter och har under senare år alltmer lyfts fram som en viktig och avgörande faktor för att insatserna ska bli av god kvalitet och ge avsedd effekt för den enskilde.

De senaste årens samhällsutveckling har också inneburit att nya synsätt på patienternas/brukarnas ställning och roll har vuxit fram. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) menar att den traditionella synen på patienten/brukaren som mottagare av hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver ersättas med en syn där patienten/brukaren också har rollen som medskapare. Patient- och brukarmedverkan i den enskildes process liksom i utveckling av verksamheten leder med största sannolikhet till förbättrad kvalitet och effektivitet samt nödvändig individualisering av välfärdstjänsterna. Medverkan innebär även att ansvarstagande och engagemang från patienten/brukaren stimuleras. SKL (2010).

Att vara delaktig och att ha inflytande över frågor som berör individens eget liv i form av olika insatser och de verksamheter som ger insatserna framhålls bl.a från Verdandi även som en viktig demokratifråga.

Det finns många argument för att öka brukarnas medverkan och inflytande både på nationell, regional och lokal nivå och brukarorganisationerna arbetar enträget med dessa frågor. Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH (2012) uppmärksammar dock på faran med att ett reellt brukarinflytande kan utebli och att det enbart handlar om ett passivt mottagande av information som sällan leder till att brukarna får mer makt över sina egna liv. Verdandi menar vidare att etiketten ”brukarinflytande” kan dölja ett medvetet eller omedvetet sätt att neutralisera eller manipulera brukare och att det är viktigt att genomskåda om så är fallet.

För att verkligen arbeta utifrån ett perspektiv med reellt inflytande för brukarna presenterar Socialstyrelsen (2013) i sin vägledning en riktning som innebär ett nerifrån-och-upp-perspektiv. Det handlar om att betrakta insatserna från brukarnas perspektiv och att brukarna i så hög grad som möjligt definierar vad som är god kvalitet.

I Socialstyrelsens vägledning och i positionspapper från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2012) framhålls särskilt vikten av flexibilitet och lyhördhet i mötet med personer med nedsatt autonomi. För att möjliggöra delaktighet och medverkan från den gruppen så kräver det särskild hänsyn, stöd och kompetens och särskilda krav på både information, kontinuitet och gott bemötande från personalen vilket i sin tur kräver god kunskap om de konsekvenser som funktionsnedsättningen innebär.

Lagstiftning och författningar som reglerar patient-/brukarinflytande

Den lagstiftning som styr verksamheterna inom hälso- och sjukvården (HSL), socialtjänsten (SoL) inklusive verksamhet inom lagen om stöd och service för vissa personer med funktionsnedsättning (LSS) är mycket tydlig med landstingets och kommunernas skyldigheter att samverka med organisationer som företräder patienter/brukare. Där framgår även att verksamheterna skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och att vård, stöd och behandling så långt möjligt, ska utformas och genomföras i samråd med patient/brukare. Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ges.

Även olika författningar ger kraftfulla anvisningar om att inflytande och delaktighet skall tillförsäkras både utifrån den individuella och den organisatoriska nivån.

För en mer ingående beskrivning av brukarmedverkan och den rättsliga regleringen hänvisas till Socialstyrelsens vägledning (2013), som har ett kapitel som behandlar dessa frågor.

Brucarorganisationernas roll

Intresse- och brukarorganisationerna är viktiga för att stärka individers och grupper inflytande. De önskemål, kunskaper och erfarenheter som dessa har måste tas tillvara och ses som en resurs i arbetet med att utveckla brukarinflytandet. Regionförbundet Örebro (2012)

NSPH's (2011) grundsyn är att inflytande är nödvändigt för att utveckla kvalitetstänkandet – på individnivå, dvs. för den enskilde patienten/brukaren och dennes närstående eller för en patientgrupp – och på organisatorisk nivå genom föreningar och lokala/regionala nätverk.

Målet är att människor skall få mer kontroll och inflytande över sina liv, enligt RSMH (2012) som menar att det är en självklar utgångspunkt, att i centrum för återhämtningsprocessen ska individen själv vara. För att brukaren ska kunna ta makten över sitt eget liv så krävs att de psykiatriska verksamheterna stödjer denna återhämtningsprocess.

Genom att individen och brukarorganisationerna ges möjlighet till inflytande och delaktighet så förbättrar det tillgänglighet, kvalitet och effektivitet i välfärden, vilket framhålls i det regionala sociala välfärdsprogrammet. Regionförbundet Örebro (2012)

En evidensbaserad praktik

Landstingets och socialtjänstens arbete ska präglas av hög kvalitet och ha sin grund i aktuell forskning och verka för ett evidensbaserat arbetssätt. Förespråkare för evidensbaserad praktik (EBP) menar att följande delar måste ingå i modellen: vetenskaplig evidens, klientens önskemål och preferenser, den professionelles kunskap och kliniska erfarenhet, Bergmark A m.fl. (2011). EBP rymmer alltså en klientdimension, en slags etisk ståndpunkt, som föreskriver att klienten har rätt att ta ställning till vilken behandling eller vilka insatser han

eller hon ska få, efter att först informerats om för- och nackdelar med olika alternativ. Evidensbaserad praktik brukar därför beskrivas som ett sätt att öka klientinflytandet.

Ett annat inslag i ett evidensbaserat arbetssätt är att kontinuerligt dokumentera, systematiskt följa upp och utvärdera om insatserna gett avsedd effekt för patienten/brukaren. Detta är en ständigt pågående process som utvecklar ny kunskap till nytta både för individen och för verksamheterna.

Medverkan och inflytande på olika nivåer

Inflytande och påverkan kan beskrivas på fler olika nivåer och nedan beskrivs tre nivåer som utgår från Socialstyrelsens vägledning (2013)

Individuellt inflytande handlar om den enskildes möjligheter att ha inflytande över och kunna påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd han/hon behöver.

Inflytande på verksamhetsnivå innebär möjligheten att medverka i utveckling och beslut inom en viss verksamhet t.ex. i ett boende eller en psykiatrisk klinik eller mottagning. Det kan vara den grupp individer som berörs av verksamheten som är med och påverkar verksamhetens utformning, men det förekommer även att föreningar eller brukarorganisationer som företräder en viss patient-/brukargrupp utövar detta inflytande.

Inflytande på organisations- och systemnivå innebär inflytande och medverkan vid utformande av princip-/vårdprogram, handlingsplaner eller vid politisk påverkan i remissarbete av olika slag. I dessa fall sker medverkan genom föreningar eller brukarorganisationer.

Syfte med handlingsplanen

Genom ett fördjupat samarbete mellan landstingets psykiatri, socialtjänsten i länets kommuner och brukarorganisationerna, utveckla och stimulera till ökad patient-/brukarmedverkan i vården och omsorgen för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Avgränsning

I denna handlingsplan ligger fokus på patient-/brukarmedverkan och inflytande för vuxna inklusive äldre personer med psykisk funktionsnedsättning som har insatser från landstingets psykiatri samt kommunernas socialtjänst i Örebro län. Patient-/brukarmedverkan fokuserar på individ- verksamhets- och organisationsnivå.

Definitioner

Brukarinflytande, medverkan och delaktighet innebär enligt Socialstyrelsen (2013) att individer på något sätt kan ta del av eller påverka beslut som direkt rör dem, eller när de kan påverka utformningen och styrningen av de verksamheter som ger insatserna. Uttrycken brukarmedverkan eller delaktighet anger att personerna som får insatserna på något sätt medverkar och är delaktiga i en process, oavsett vad denna delaktighet leder till. Uttrycket brukarinflytande skulle i så fall förutsätta att brukarnas delaktighet på något sätt påverkar processen.

Med *landstingets psykiatri* avses i denna handlingsplan Örebro läns landstings psykiatriska specialistverksamheter som bedriver vård och behandling riktat till vuxna personer med psykisk ohälsa. I den efterföljande texten kommer dessa verksamheter att benämnas *psykiatrin*.

Med *kommunernas socialtjänst* avses i denna handlingsplan de kommunala stöd- och serviceinsatser som utgår till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning, oberoende av vilket verksamhetsområde som tillhandahåller tjänsten. Det kan tillhandahållas från individ – och familjeomsorgen, från enheter som ger stöd och service till personer med funktionsnedsättning eller från äldreomsorgen. I den efterföljande texten kommer dessa verksamheter att benämnas *socialtjänsten*.

Handlingsplanens omfattning i Örebro län

I handlingsplanen anges ett antal utvecklingsområden för att öka patienternas och brukarnas möjligheter att medverka och vara delaktiga i de processer som berör dem själva på individnivå och på verksamhetsnivå, d.v.s. i de verksamheter som ansvarar för de insatser som patienterna och brukarna erhåller. Även utvecklingsområden på den organisatoriska nivån lyfts fram i handlingsplanen då det måste finnas en direkt koppling mellan patienternas/brukarnas möjlighet till påverkan och inflytande på den övergripande och politiska nivån där beslut tas som direkt får konsekvenser för både individer och grupper.

Ansvariga aktörer ansvarar för genomförandet av handlingsplanen vilket måste ske utifrån psykiatrin, varje kommuns och verksamheternas olika förutsättningar.

Brukarorganisationerna är en given aktör och måste ges stöd och förutsättningar från psykiatrin samt socialtjänsten för att aktivt kunna delta i föreliggande utvecklingsarbete.

Handlingsplanen omfattar perioden år 2014 till 2015.

Ökad patient- och brukarmedverkan på individnivå

En förutsättning för att vara delaktig och ha inflytande över den behandling, vård- och de stödinsatser som den enskilde erhåller så kräver det 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. Då patienten/brukaren är delaktig så leder det till att öka individens motivation att arbeta för att uppnå de uppsatta målen med

insatserna, vilket i sin tur leder till bättre kvalitet och högre tillfredsställelse för individen. Individens resurser tas tillvara, självförtroendet ökar vilket i sin tur kan leda till högre livskvalitet.

Samordnad individuell plan

I 3 f § Hälso- och sjukvårdslagen, HSL samt 2 kap. 7 § Socialtjänstlagen, SoL finns sedan år 2010 två liktydiga formuleringar införda i lagtexterna som ger landstingen och kommunernas socialtjänst skyldighet att upprätta samordnade individuella planer (SIP) om en person har insatser från båda huvudmännen som behöver samordnas. En bedömning av behovet av samordning skall göras samt den enskildes samtycke skall alltid inhämtas. I den samordnade individuella planeringen förutsätts att brukaren medverkar och är delaktig och i de fall patienten/brukaren önskar, kan även närstående bjudas in till planeringen.

Utvecklingsarbete gällande samordnad individuell planering pågår för närvarande i länet på olika nivåer. En överenskommelse har nyligen antagits, ”Överenskommelse mellan kommunerna i Örebro län och Örebro läns landsting för samordnad individuell planering (SIP) enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL”. I överenskommelsen framgår utgångspunkterna för samarbetet, vilka målgrupper som omfattas och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen tydliggörs.

En rutin har utarbetats för hur arbetet med den samordnade individuella planen skall gå till samt framtagande av länsgemensamma dokument för genomförandet av planeringen.

Denna handlingsplan utgår från att alla aktörer tar sitt ansvar och arbetar med samordnad individuell planering då kriterier för detta är uppfyllda. Det stärker patientens/brukarens medverkan och delaktighet på den individuella nivån.

Integrerad psykiatri

Utifrån de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som Socialstyrelsen presenterade 2010, så är en av de evidensbaserade metoder som rekommenderas ”intensiv case management” enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment). Metoden är avsedd för personer som ofta är inlagda på psykiatrisk vårdavdelning och/eller har svårt att behålla kontakten med vården. Personer med något mindre omfattande kontakt med vården skall erbjudas mindre intensiv case management enligt resursmodellen, vilken benämns integrerad psykiatri.

Psykiatrin och kommunernas socialtjänst i samråd med NSPH har tidigare beslutat att gemensamt verka för att Socialstyrelsens riktlinjer skall införas och att integrerad psykiatri skall implementeras i berörda verksamheter. Arbetet med integrerad psykiatri har pågått under några år och arbetssättet har vidareutvecklats under hand. I länet omfattar denna modell även personer med omfattande psykiska funktionsnedsättningar.

Integrerad psykiatri bygger på individens medverkan och delaktighet och att en resursgrupp bildas runt patienten/brukaren där en central utgångspunkt är att individen själv anger vilka som ska ingå i resursgruppen. Insatser och behandling beslutas i dialog med individen.

Denna handlingsplan utgår från att alla berörda aktörer tar sitt ansvar och arbetar utifrån modellen integrerad psykiatri då kriterierna för denna är uppfyllda. Modellen stärker patientens/brukarens medverkan och delaktighet på den individuella nivån.

Sammanfattningsvis

Båda samordnad individuell planering och integrerad psykiatri utgår från individens medverkan, delaktighet och inflytande och från individens behov och önskemål. Att arbeta med samordnad individuell planering är lagstadgat och skall alltid följas utifrån de krav som anges om vad som skall framgå i planen.

Att arbeta utifrån integrerad psykiatri är ett sätt att ytterligare vidareutveckla och förfinas individens möjligheter att vara en aktiv medaktör i sitt eget liv. En förutsättning är dock att de krav på innehåll i planen som anges i HSL, SoL samt i länets överenskommelse om samordnad individuell planering, är uppfyllda.

För att kunna förverkliga en ökad patient-/brukarmedverkan liksom ökat inflytande och delaktighet på individnivå så förutsätter det chefernas aktiva medverkan och stöd i detta utvecklingsarbete.

Aktiviteter på individnivå

| Aktiviteter | Påbörjas | Ansvar | Partner | Utvärderas |
|---|----------|------------------------------|-------------------------|------------|
| Utbildning för personal om SIP, rutiner m.m. | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Utbildning för brukarorganisationer om SIP, rutiner mm | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Fortlöpande utbildning för personal i integrerad psykiatri | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Utbildning för brukarorganisationer om integrerad psykiatri | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |

Ökad patient-/brukarmedverkan på verksamhetsnivå

En enklare kartläggning har gjorts i länet över vilka former för patient-/brukarmedverkan som förekommer på verksamhetsnivå inom kommunernas socialtjänst samt inom landstingets psykiatriska verksamheter. Kartläggningen visar att det pågår många olika aktiviteter och insatser som syftar till att öka inflytandet och patient-/brukarmedverkan inom verksamheterna, där framförallt de patienter-/brukare som direkt nyttjar verksamheterna ska kunna påverka innehållet i verksamheten.

Inom socialtjänsten beskrivs forumen som brukarråd, brukarmöten, boenderåd, borådsmöten, husmöten, månadsmöten samt brukarträffar och frekvensen på mötena är mycket skiftande. Strukturer, former och innehåll i dessa forum är även av olika karaktär.

Gällande de psykiatriska verksamheterna benämner några enstaka verksamheter forumen för brukarträffar, brukarråd, patientråd men endast få kliniker/mottagningar verkar ha någon regelbundenhet i frekvensen av mötena. Beroendecentrum har ett brukarråd och ytterligare ett brukarråd finns gemensamt för allmänpsykiatriska öppenvården, akut- och heldygnsvården samt psykiatrisk rehabilitering och rättspsykiatri.

Två verksamheter anger att de ingår i ett NSPH- projekt för kvalitetsutveckling ur ett patient-, brukar- och anhörigperspektiv medan några verksamheter uppger andra former för samverkan som t.ex. anhörigkvällar, patient-/brukar- och anhörigcirkel och samarbete med olika brukarföreningar.

Fler verksamheter från psykiatrin uttrycker dock att det finns behov och intresse för att starta mer formaliserade former för att öka patienternas medverkan och inflytande i vården.

En allmän psykiatrisk rehabiliteringsverksamhet i norra länsdelen utmärker sig positivt genom att ha brukarträffar två gånger per termin med den psykiatriska slutenvården, mottagning samt med två kommuner och olika brukarorganisationer.

Även inom de psykiatriska verksamheterna så är strukturer, former och innehåll i patient-/brukarråden av skiftande karaktär.

Patient-/brukarråd i den direkta verksamheten

För att starta upp eller utveckla redan befintliga patient-/brukarråd (eller motsvarande) som ger patienter och brukare reellt inflytande så rekommenderas att vissa formella minimikrav är uppfyllda som bör formaliseras. Dessa formalia bör ange syftet med rådet, hur ofta råden ska sammanträda, vem/vilka som upprättar dagordningen, hur och när den kommuniceras och var. Likaså vilka deltagare som ska ingå i rådet, vem som utses till ordförande, vice ordförande och sekreterare. Det bör även framgå vilken typ av frågor som ska avhandlas under sammanträdena, vilka mandat patienterna/brukarna har och hur besluten dokumenteras.

Vid dessa patient-/brukarråd rekommenderas att patienterna/brukarna innehar majoriteten i antalet ledamöter samt om möjligt innehar ordförandeposten.

En rekommendation kan även vara att bjuda in en eller ett par av psykiatrins respektive socialtjänstens representanter som samarbetar med aktuell verksamhet. Likaså kan en eller ett par av NSPH's representanter bjudas in att delta i råden.

Patient-/brukarråd i länsdelarna

För att utveckla en fördjupad samverkan mellan psykiatrin, socialtjänsten samt NSPH på en mer övergripande verksamhetsnivå kan även den modellen utvecklas som redan pågår i norra länsdelen. Att samlas länsdelsvis några gånger per termin med representanter från psykiatrin, både de slutna och öppna verksamheterna, med representanter från socialtjänsten i aktuella kommuner samt med representanter från NSPH.

En förutsättning för detta bör även vara att utveckla formalia som anger syftet med råden, mandat och innehåll mm. enligt beskrivningen i avsnittet ovan. Det förutsätter även att medel avsätts för brukarorganisationernas delaktighet i form av arvoden, resersättning mm.

Patienters-/brukares och närståendes medverkan vid utbildningar

För att öka kunskapen även hos patienter-/brukare och deras närstående så är det viktigt att bjuda in dem då psykiatrin eller socialtjänsten anordnar utbildningar för sina personalgrupper inom relevanta ämnesområden. Det bidrar även till att vidga perspektiven för personalen då patienter-/brukare och närstående deltar i dialog och diskussioner och innebär med största sannolikhet en kvalitetshöjning av utbildningen.

Brukarrevisioner

Inom missbruksvården har brukarrevisioner genomförts framgångsrikt under senare år. I brukarrevisionen är det brukarna själva och/eller brukarorganisationerna som aktivt tar ansvar för och granskar verksamheten utifrån vissa fastställda frågeområden. Brukarrevision förutsätter att den är förankrad hos personalen och att de kan se brukarorganisationerna som en resurs och ett stöd – som en jämlik part. Fokus för brukarrevisionen är att förbättra kvalitet och insatserna inom aktuellt verksamhetsområde. (Verdandi)

För att utveckla och pröva formerna för brukarrevision från missbruksvårdens område så vore det intressant att prova metoden för brukarmedverkan och inflytande även inom den psykiatriska och/eller socialtjänstens verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Om verksamheter visar intresse för att utveckla sin verksamhet genom brukarrevision så bör det på olika sätt stödjas och uppmuntras.

För att genomföra brukarrevision framhåller Verdandi vikten av att det avsätts resurser för arbetet. De kostnader som uppstår i samband med planering och genomförande av brukarrevision är bl.a arbetsinsatsen för projektledare och revisorer, utbildning av revisorer, resor, material, bearbetning och sammanställning av svaren.

Utbildning av professionen, patient-/brukarrepresentanter och brukarorganisationer

För att systematiskt och reellt kunna utveckla patienters-/brukares och brukarorganisationernas medverkan och inflytande inom vård och omsorg så krävs stora utbildningsinsatser. Det handlar om att ändra både professionens, patienternas-/brukarnas och brukarorganisationernas attityder och förhållningssätt till att tänka nytt och i andra banor.

Maktbegreppet bör definieras, mandatet klargöras samt formerna för hur patient-/brukarmedverkan, inflytande och delaktighet kan öka och utvecklas. Både professionen, patienter-/brukare och brukarorganisationerna behöver gedigen kunskap om formerna för demokratiska processer, kunskap i sammanträdesteknik, formerna för genomförande av ett utvecklingsinriktat arbete samt vad det innebär att vara representant för en grupp i dessa sammanhang.

Ett troligtvis framgångsrikt koncept skulle kunna vara att anordna gemensamma utbildningar för ovan nämnda parter, lämpligtvis i de olika länsdelarna.

Aktiviteter på verksamhetsnivå

| Aktiviteter | Påbörjas | Ansvar | Partner | Utvärderas |
|---|----------|--------------------------------------|-------------------------|------------|
| Upprätta formalia för att systematisera formerna för patient-/brukarråden | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Starta patient-/brukarråd i länsdelarna | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Bjud in patient-/brukarrepresentanter till utbildningar | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Identifiera lämpliga verksamheter för brukarrevisioner | 2014 | NSPH Psykiatrin Socialtjänsten | Regionförbundet | 2015 |
| Utbilda berörda i brukarorganisationerna och berörd personal om brukarrevisioner | 2014 | NSPH Psykiatrin Socialtjänsten | Regionförbundet | 2015 |
| Utbilda professionen, patient-/brukarrepresentanter och NSPH kring demokratifrågor, mötesteknik mm | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Utarbeta reglemente - arvode o reseersättning för brukarrepresentanter som ingår i patient-/brukarråd | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH | 2015 |

Ökad patient-/brukarmedverkan på organisationsnivå

För att möjliggöra ett reellt inflytande för brukarorganisationerna så krävs tillträde på den arena där besluten tas d.v.s. där politiker ingår.

Socialstyrelsen genomförde 2012 en nationell kartläggning av kommunernas och landstingens former för samråd med organisationer som företräder äldre och personer med funktionsnedsättning. Kartläggningen innefattade 65 kommuner, 19 landsting och intresseorganisationer.

Resultatet visar att det ser olika ut i landets kommuner och landsting när det gäller organisation av samråd samt vilket syfte samråden har. Det är t.ex skillnader när det gäller antal möten per år, rådets uppgifter samt antal ledamöter. Det är även skillnader när det gäller arvode, reseersättning och utbildning för brukarorganisationernas representanter.

Intresseorganisationerna anser att deras kunskap inte tas tillvara i tillräckligt stor utstäckning och att deras synpunkter inte beaktas tillräckligt i de beslut som tas (Socialstyrelsen 2012).

Kartläggning i länet avseende handikapp-/brukarråd på förvaltningsnivå

För att få underlag till handlingsplanen genomförde arbetsgruppen en enklare kartläggning i länet om hur det såg ut på förvaltningsnivå gällande handikapp-/brukarråd och ställde bl.a frågan om politiker ingick i rådet. Kartläggningen gör inte anspråk på att vara heltäckande men har ändå gett viss vägledning i arbetet med handlingsplanen.

Inom *samverkansstrukturen* Marit-/Vilgot finns en arbetsgrupp med fokus på missbruks- och psykiatrifrågor, benämnd Vilmergruppen. Gruppen träffas vid tre tillfällen per termin och ledamöter är cheftjänstemän från landstingets olika psykiatriska verksamheter, primärvården samt socialchefer eller motsvarande från socialtjänsten som representerar de olika länsdelarna. I gruppen ingår inga politiker utan de finns i Maritgruppen som är den högsta beslutande politiska gruppen inom samverkansstrukturen.

Från 2012 så ingår även representanter från NSPH i Vilmergruppen. Vid terminens sista möte bjuds dessa representanter in och har möjligheter att föra upp angelägna frågor på agendan, samt delta i de diskussioner som förs.

Inom *landstingets psykiatri* har nyligen ett brukarråd startats på förvaltningsnivå där representanter från NSPH ingår. Psykiatrichefen leder rådet och även biträdande psykiatrichef deltar. Inga politiker finns representerade men andra personer/professioner kan adjungeras vid behov. Brukarrådet ska träffas två gånger per år, men formerna för brukarrådet för övrigt är ännu inte fastställda.

Inom *kommunernas socialtjänst* finns på förvaltningsnivå inom alla kommuner ett handikappråd eller motsvarande benämning. I fler kommuner är handikapprådet hopslaget

med pensionärsrådet. I den fortsatta texten kommer även dessa blandade råd att benämnas för handikappråd.

I alla handikappråd finns politiker representerade och vanligt är att socialnämndens ordförande tillika är ordförande i handikapprådet. I råden ingår tjänstemän från socialtjänsten och några kommuner anger även att tjänstemän från andra nämnder/förvaltningar ingår i rådet. Exempel på andra nämnder kan vara kommunstyrelsen, tekniska förvaltningen, barn- och utbildningsförvaltningen, kultur- och fritidsförvaltningen och byggnadsnämnden.

Fyra kommuner uppger även att en representant från landstinget deltar i handikapprådet. I kartläggningen framgår det dock inte från vilken verksamhet inom landstinget som representanten kommer från.

I handikappråden är olika intresse- och brukarorganisationer representerade. Vad som dock framkommer är att i flera handikappråd i länet så saknas representanter från brukarorganisationer med inriktning mot psykisk ohälsa, vilket i detta sammanhang kan anses vara en stor nackdel.

I diskussioner med representanter från NSPH och även vissa verksamhetsföreträdare, så framkommer stora svårigheter att bemanna alla handikapp- patient-/och brukarråd med representanter från brukarorganisationerna. Orsakerna till detta är flera. En orsak kan vara att personer med psykisk ohälsa och sårbarhet under perioder har svårigheter att kunna utföra uppdraget då hälsan sviktar. På grund av den livssituation dessa personer kan ha hamnat i så är det inte ovanligt att personer med psykisk funktionsnedsättning har lågt självförtroende och har tappat tron på sin egen förmåga. I dessa fall kan det vara en alltför stor utmaning att åta sig ett representantskap och uppdrag i ett handikappråd eller liknande råd.

En annan orsak kan vara att representanterna från brukarorganisationerna upplever att de inte får särskilt mycket stöd och uppbackning i sina uppdrag och att uppdragen i sig inte sällan är otydliga. Representanterna får för lite information om verksamheterna, om vilka mandat man har, samt kunskap om mötesstrukturen samt sammanträdesteknik.

För att få till en jämbördig relation i dessa råd så krävs utbildnings- och informationsinsatser för att ge brukarrepresentanterna möjlighet att sätta sig in i uppdragen och formalia kring dessa så att uppdragen kan utföras på ett korrekt sätt.

Förutom information och kompetenshöjande insatser behöver även de ekonomiska förutsättningarna förbättras för de brukarrepresentanterna som deltar i handikapp-/brukar- och patientråd. Sammanträdesarvode samt reseersättning bör utgå för att möjliggöra deltagande av brukarrepresentanter och det kan även fungera som en ”morot” att få en viss ersättning för det arbete representanterna utför.

Handikapp-/brukarråden på förvaltningsnivå bör utvecklas både inom socialtjänsten samt inom psykiatrin. Ett första steg kan vara att koppla politiker till psykiatrins brukarråd på förvaltningsnivå.

Inom socialtjänsten bör ett första steg vara att verka för att brukarorganisationer som representerar personer med psykisk ohälsa, finns representerade inom alla kommuners handikappråd. För att möjliggöra det så måste brukarrepresentanterna ges förutsättningar och stöd för sitt deltagande.

Ytterligare en åtgärd kan vara att upprätta formalia för handikapprådets syfte, vilka mandat representanterna har, vem som är ordförande, sekreterare, vem/vilka som sätter agendan för mötet, hur anteckningar från mötet kommuniceras, frekvensen på mötena mm.

Ytterligare en utveckling av samrådsförfarandet kan vara att i länsdelarna utveckla befintliga samrådsgrupperingar med landstings- och kommunpolitiker, med chefstjänstemän från berörda verksamheter inom psykiatri och socialtjänsten samt med NSPH. Det skulle kunna innebära snabbare och mer förankrade beslut, bättre inblick i verksamhetsfrågorna, en mer förankrad helhetsbild då kommunikationen sker direkt mellan politiker och brukarrepresentanter. Sammantaget skulle detta utveckla kunskapen om livssituationen för personer med psykiska funktionsnedsättningar hos både politiker och chefer. Brukarrepresentanterna skulle få större kunskap och inblick i verksamheternas olika förutsättningar, lagstiftning och på vilka grunder beslut tas och vara delaktiga i de beslut som tas och som rör den målgrupp de representerar. Tillsammans kan det bidra till att öka kvalitén inom de olika verksamheterna.

Aktiviteterna på organisationsnivå

| Aktiviteterna | Påbörjas | Ansvar | Partner | Utvärderas |
|--|----------|------------------------------|-------------------------|------------|
| Aktivt verka för att politiker deltar i psykiatrins förvaltningsövergripande brukarråd | 2014 | Psykiatrin | NSPH | 2015 |
| Aktivt verka för att kommunernas handikappråd besätts med representanter från NSPH | 2014 | NSPH Socialtjänsten | | 2015 |
| Utbilda brukarrepresentanter för att kunna ingå i förvaltnings övergripande råd | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Utarbeta formalia för handikapp-/ brukarrådets genomförande | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH Regionförbundet | 2015 |
| Verka för att utveckla samverkansgrupperna i länsdelarna med landstings- och kommunpolitiker, chefstjänstemän från socialtjänsten och psykiatrin samt representanter från NSPH | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH | 2015 |
| Utarbeta reglemente - arvode och reseersättning för brukarrepresentanter som ingår i förvaltnings övergripande råd | 2014 | Psykiatrin Socialtjänsten | NSPH | 2015 |

Källförteckning

Bergmark A, Bergmark Å, Lundström T (2011) *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Natur & Kultur, Stockholm.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH (2011), *Vår medverkan – en förutsättning för god kvalitet*.

Regionförbundet Örebro (2012), *Regionalt program för social välfärd*
<http://www.regionorebro.se/download/18.28e17de9137ef7b93d81016/1344426274297/RFC3%96+Social+v%C3%A4lf%C3%A4rd+webb+120807.pdf>

Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH (2012) *Kvalitet ur ett brukarperspektiv*

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010 - stöd för styrning och ledning*.

Socialstyrelsen (2012) *Kartläggning av kommunernas och landstingens former för samråd – med organisationer som företräder äldre och personer med funktionsnedsättning*.

Socialstyrelsen (2013) *Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarmedverkan och inflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010) *Patient- och brukarmedverkan. Positionspapper – för ökad kvalitet och effektivitet i Hälso- och sjukvård och Socialtjänst*.

Verdandi. *Brukarstyrd brukarrevision, en väg till ökat brukarinflytande – metodhandledning*.

Örebro läns landsting (2012). *Överenskommelse mellan Örebro läns landsting, kommunerna i Örebro län och NSPH avseende samarbete kring personer med psykiska funktionsnedsättningar*. http://www.orebroll.se/Files-sv/%c3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%c3%A5rd%20och%20h%c3%A4lsa/F%c3%B6r%20v%c3%A5rdgivare/OVK/Dokument/Psykiatri_Missbruk_2011/Avtal_%c3%96K_PsykiatriMissbruk/%c3%96verenskommelse%20om%20samarbete%20psykiatri%20maj%202012.pdf

Örebro läns landsting, psykiatri (2012). *Handlingsplan/strategi för ökad kvalitet i brukarsamverkan och ökad delaktighet*.