



# Kvalitetskrav för vård, stöd och service till personer med psykisk sjukdom



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>FÖRORD .....</b>	<b>5</b>
<b>INLEDNING.....</b>	<b>6</b>
<b>TILLGÄNGLIGHET AV VÅRD, STÖD OCH SERVICE .....</b>	<b>8</b>
<b>BEMÖTANDE.....</b>	<b>10</b>
<b>DELAKTIGHET .....</b>	<b>13</b>
<b>PLANERING OCH DOKUMENTATION .....</b>	<b>16</b>
<b>FYSISK MILJÖ.....</b>	<b>19</b>
<b>KROPPSLIG HÄLSA OCH MUNHÄLSA .....</b>	<b>21</b>
<b>Kroppslig hälsa.....</b>	<b>21</b>
<b>Munhälsa .....</b>	<b>24</b>
<b>BEHANDLING.....</b>	<b>26</b>
<b>Behandling.....</b>	<b>26</b>
<b>Läkemedelsbehandling .....</b>	<b>29</b>
<b>REHABILITERING.....</b>	<b>31</b>
<b>Psykosocial rehabilitering .....</b>	<b>31</b>
<b>Arbetsinriktad rehabilitering och utbildning.....</b>	<b>34</b>
<b>Stöd och service i boende .....</b>	<b>37</b>
<b>NÄRSTÅENDE .....</b>	<b>39</b>
<b>TVÅNGSVÅRD.....</b>	<b>42</b>
<b>LEDNING OCH ORGANISATION.....</b>	<b>45</b>
<b>UPPFÖLJNING, UTVÄRDERING OCH UTVECKLING .....</b>	<b>48</b>

<b>DEFINITIONER AV BEGREPP .....</b>	<b>50</b>
<b>OM RAPPORTEN .....</b>	<b>53</b>
Metod.....	53
Styrgrupp .....	53
Projektgrupp .....	53
Referensgrupp.....	54
<b>BILAGA 1 .....</b>	<b>55</b>
<b>Om regelverket inom landstingets psykiatriska verksamhet och kommunernas stöd och serviceverksamhet.....</b>	<b>55</b>

November 2003

## **Förord**

Dokumentet som du håller i din hand beskriver vad som kännetecknar en god vård och ett väl fungerande stöd till personer med psykisk sjukdom.

Vi människor har behov av integritet, respekt, förståelse och inflytande över våra liv oavsett om vi är sjuka eller friska. I en utsatt position, som vi befinner oss i vid psykisk sjukdom, är det än viktigare att vi möts av medmänniskor som bekräftar och svarar mot dessa behov. Det är dessa djupt mänskliga behov som ligger till grund för kvalitetskraven.

Kvalitetskraven har tagits fram i en bred process. Personer som idag är verksamma inom psykiatrin, huvudmän för sjukvård och omsorg, forskare, vårdutvecklare och patientföreningar är några av dem som varit med om att utforma kraven.

Kvalitetskraven utgår från personen som är i behov av vård, stöd och service. De bygger på att resurser och kompetenser samarbetar utifrån den gemensamma uppgiften. Målet för detta tvärprofessionella samarbete är en bättre vård och bemötande samt ett väl fungerande stöd.

Dokumentet vänder sig till personer som är psykiskt sjuka eller funktionshindrade, och personer som arbetar inom vården och vill utveckla verksamheten. Även beslutfattare kan ha användning av dokumentet eftersom det ger en bra bild av hur ett gott bemötande, ett fungerande stöd och ett bra omhändertagande kan se ut inom en kommun eller ett landsting. Det kan vara ett underlag för politiska beslut. Vårdförbundet hoppas med detta dokument att kunna ge ett redskap, som kan användas såväl i det dagliga arbetet som i den långsiktiga planeringen. Med detta redskap kan sedan kvaliteten utvecklas inom det viktiga område som vård, stöd och service till psykiskt sjuka utgör.

Anna-Karin Eklund, ordförande i Vårdförbundet

## **Inledning**

Att må bra, att känna att livet är värt att leva, att vara en del i ett sammanhang ...

Det finns många sätt att beskriva ett gott liv i generella termer. Men begrepp som hälsa och livskvalitet, glädje och självständighet betyder så olika saker för olika individer.

Varje människa har rätt till ett gott liv, oavsett personlighet och livsstil, vårdbehov och livssituation. Detta till synes självklara påstående är en av de stora utmaningarna både i vården av psykiskt sjuka och för dem som har till uppgift att ge psykiskt funktionshindrade stöd och service. Det är först när vård, stöd och service utformas utifrån varje människas unika behov vi kan tala om god kvalitet. Alla verksamheter med ansvar för vård eller stöd och service för psykiskt sjuka är skyldiga att utveckla kvalitetssystem och bedriva kontinuerligt kvalitetsutvecklingsarbete.

Men vad kännetecknar god vård?

En projektgrupp utsedd av Vårdförbundet har sökt svaret på den frågan – i vetenskapliga artiklar, i litteraturen, i lagar och förordningar. Det här dokumentet är resultatet av arbetet. Under de olika rubrikerna finns olika kvalitetskrav som ska var tillgodosedda för vissa områden (dokumentet omfattar emellertid inte all verksamhet som psykiskt sjuka personer kan beröras av).

### **Ansvar och samordning**

1995 års psykiatrireform medförde ekonomiska och organisatoriska förändringar inom både landsting och kommun. Syftet med reformen var att *integrera* och göra de psykiskt funktionshindrade *delaktiga* i samhället samt att främja en *normalisering*.

Vård och behandling av psykiskt sjuka regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det stöd och den service som personer med psykiskt funktionshinder behöver regleras i Socialtjänstlagen (SoL) och i vissa fall Lagen om stöd och service (LSS). Men det är inte bara olika lagar som styr verksamheten. Också det praktiska ansvaret för vård och omvårdnad, stöd och service är delat. Landstinget ansvarar för vård och behandling av psykisk sjukdom och främjande av psykisk hälsa, medan kommunen ansvarar för boende, stöd och service. Det ställer krav på en väl

fungerande samverkan mellan den specialiserade psykiatrin och dess vårdgrannar. Det gäller naturligtvis primärvården och socialtjänsten, men också verksamheter som arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

”Kvalitetskrav för vård, stöd och service till personer med psykisk sjukdom” är en sammanställning av vad som krävs av vård, stöd och service till psykiskt sjuka.

Materialet vänder sig också till dig som är psykiskt sjuk eller funktionshindrad, och till dig som är anhörig. Här finns underlag som hjälper dig att formulera dina specifika krav på god vård och på bra stöd och service.

Materialet riktar sig till dig som arbetar med psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade personer. Syftet är att det skall vara ett stöd i arbetet med att utveckla verksamheten och även som inspirationskälla för kvalitets- och verksamhetsutveckling, intern utbildning och stöd i handledningssituationer.

Materialet kan också användas för opinionsbildning, till exempel för att påverka intresseorganisationer och politiker, som vägledning för samhällsplanering och beslutsfattande och som ”checklista” i upphandlingar.

Några exempel på användningsområden:

- inspirationskälla för kvalitets- och verksamhetsutveckling,
- utbildningsmaterial,
- stöd i handledningssituationer,
- informationsmaterial för intresseorganisationer och politiker,
- vägledning till samhällsplanering och beslutsfattande,
- instrument för upphandlingsförslag,
- stimulans till och idéer för vårdpolitisk debatt.

För projektgruppen

Agneta Schröder

## Tillgänglighet av vård, stöd och service

### God tillgänglighet innebär att

- den vårdsökande får den vård han eller hon behöver,
- det finns lättillgänglig information, både om de verksamheter, som bedriver vård eller erbjuder stöd och service, och hur man får kontakt med dem,
- vård, stöd och service finns så nära den vårdsökande att avstånden inte är ett hinder,
- öppettiderna underlättar kontakt med vårdgivare.

Vård och tillgång till stöd och service ska vara lättillgänglig – det stadgas både i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och i Socialtjänstlagen, SoL (1, 2). Det lagstiftaren framför allt syftar på är den geografiska närheten och öppettiderna. Men för att vården ska upplevas som tillgänglig krävs så mycket mer.

Den som behöver hjälp ska veta att den finns att få – och det ska vara lätt att ta reda på vart hon eller han kan vända sig för att få den hjälpen. Det gäller både vård och stödjande insatser som kan behövas för att livet ska fungera (3). I praktiken betyder det att information ska finnas i medier som de flesta vårdsökande har omkring sig i sin vardag – i telefonkatalogen, på internet, i lokaltidningen osv. Informationen ska vara enkel att förstå – oavsett om man är svensktalande, har ett annat modersmål, eller har läs- och skrivsvårigheter. Det ska bara behövas ett telefonsamtal till sjukhuset, vårdcentralen eller kommunen för att få reda på vart man ska vända sig med sina problem. Ingen ska behöva vänta länge i telefonväxeln eller lägga på luren utan att ha fått kontakt med en person som kan ge de svar och den vägledning han eller hon söker.

Ofta har själva vetskapen om att det finns en människa som är tillgänglig och redo att hjälpa, stor betydelse för den som är psykiskt sjuk. Motsatsen – att inte veta vart man ska vända sig – kan utgöra en risk för den vårdsökande. Därför måste vården vara tillgänglig för den enskilde, oavsett om resurserna inom akutvården är otillräckliga och slutenvårdsplatserna för få.

Lättillgänglig och begriplig information som underlättar egna val är en viktig förutsättning för att patientens ställning i vården ska stärkas.

#### Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).
2. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453).
3. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. (2003). Socialstyrelsen. Erlanders Gotab AB.



## **Bemötande**

### **Bra bemötande innebär att**

- personen möts av ett professionellt förhållningssätt som är präglad av aktivt lyssnande, kunskap och förståelse,
- personen får bekräftelse och blir bemött med respekt,
- personens integritet och självbestämmande respekteras,
- normalisering främjas och stigmatisering motverkas.

### **Gott bemötande**

Första mötet är ofta avgörande för den fortsatta kontakten. Det är en självklarhet att vuxna människor verkligen bemöts som vuxna, och att integriteten respekteras. Ett gott bemötande ska också bekräfta personen, och se till hans eller hennes speciella behov av integritet och självbestämmande. Personalen ansvarar för att befrämja den unika människans resurser till ett gott liv – uttryckt i termer som välbefinnande och lycka samt ett meningsfullt liv (1).

Mötet mellan personalen och den psykiskt sjuka personen ska bygga på ett bekräftande samspel. Det medverkar till att självkänslan bevaras och ökar, vilket i sin tur ofta är en förutsättning för ökad kapacitet till självbestämmande och upplevelser av självrespekt.

Att ge bekräftelse innebär att man ser personens grundläggande behov och möter personen med ödmjukhet. Bekräftelsen får en speciell betydelse då sårbarheten ökar, till exempel vid ohälsa, och medför att personens existens blir hotad (2).

### **Autonomi**

Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen stadgar att ”vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” (2 § HSL) och att ”verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet” (1 § SoL) (3, 4). Det innebär att autonomi (självbestämmande) och integritet är grundläggande rättigheter för alla – oavsett om man vistas inom vården eller har behov av stöd eller service. På grund av sin sjukdom kan personen under vårdtiden befinna sig i en beroendeställning och har svårt att hävda sin autonomi och sina egna rättigheter. Det är då personalens

uppgift är att stötta och se till att hans eller hennes behov och rättigheter tillgodoses (5).

Psykisk sjukdom kännetecknas av reducerad eller förlorad autonomi (6). Det är därför det är så viktigt att personen möts med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet (7).

### **Motverka stigmatisering**

Stigmatisering innebär att en person identifieras som avvikare från samhället och dess normer (8). Vi vet att det förekommer diskriminering i vårt samhälle, framförallt i arbetslivet som utestänger flera grupper, däribland de psykiskt funktionshindrade (9). Att inte ha ett arbete eller en skälig levnadsstandard, och att uppleva negativa attityder i grannskapet – det är exempel på sådant som kan leda till ett socialt utanförskap och en ekonomiskt svag ställning.

Stigmatisering har varit och är fortfarande ett problem när det gäller att integrera personer med psykiska sjukdomar i samhället (8).

Det är viktigt att känna till att den sjuke själv kan visa tecken på stigmatisering, eftersom det kan leda till ett utanförskap och en ensam tillvaro. Det kan också hindra personen från att söka vård och stöd, eftersom han eller hon kan uppleva sig som mindre värd, misslyckad och hjälplös (9). Därför behöver personalen ha kunskap om psykiskt sjukas stigmatisering i samhället och hur det kan påverka personens livssituation.

Motsatsen till stigmatisering är normalisering, vilket innebär att stigmatiserade grupper och individer blir en självklar del av samhället. Det kan bland annat ske genom att ett självständigt liv underlättas, till exempel i eget eller hemlikt boende och med en vardag som präglas av meningsfull sysselsättning i samma utsträckning som för andra människor (10).

#### Referenser:

1. Gustafsson, B. (1997). Bekräftande omvårdnad. Studentlitteratur.
2. Gustafsson, B. Pörn, I A. (1994). Motivational approach to confirmation. An interpretation of some dysphagic patients' experiences. *Theoretical Medicine* 15:409-30.
3. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763).
4. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453).
5. Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg om äldre. (2001). BraVÅ Version 4, Vårdförbundet.

6. Tranöy, K-E. (1991). Tvang-autonomi-etikk. I: SoS rapport 1991:19. Tvang och autonomi. Etik i vården.
7. Lützen, K. Nordin, C. (1994). Modifying autonomy – a concept grounded in nurse's experiences of moral decision- making in psychiatric practice. *Journal of Medical Ethics* 20:101-7.
8. SOU 1999:21. Lindkvist – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder.
9. Knutsson, G. Pettersson, S. (1995). Psykiskt stördas villkor. Stockholm: Fritzes förlag.
10. Markström, U. (2003). Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälare och byråkrater. Finland: WS Bookwell.

## **Delaktighet**

### **Delaktighet innebär att**

- personen har rätt att själv, i möjligaste mån, bestämma över sin vård och behandling och vara med i planeringen av vård- och stödinsatser,
- personen har tillgång till information och undervisning samt har kunskap om sitt hälsotillstånd,
- det finns system för hantering av klagomål, och att all vårdpersonal vet hur de ska hantera sådana.

Patienten ska så långt det är möjligt erbjudas delaktighet i sin egen vård och behandling och ha inflytande över beslut om sin egen vård (1). Hon eller han ska också vara införstådd med nyttan av de olika insatserna som erbjuds (2).

### **Information**

Personen har rätt att få information om sitt hälsotillstånd och om vilka olika behandlingsmetoder som finns. Informationen ska vara tydlig och individuellt anpassad (1). Personalen ska förvissa sig om att personen har förstått den givna informationen, och upprepa den om det behövs (3). Muntlig information av avgörande betydelse ska om möjligt kompletteras med skriftlig. Inom vården ska en namngiven kontaktperson, omvårdnadsansvarig sjuksköterska eller läkare, finnas till hands för att tillgodose att patientens och närståendes behov av kontinuitet och information tillgodoses (1). För att ytterligare öka informationsutbudet ska det inom olika verksamheter finnas lättlästa informationsbroschyrer, på olika språk, som beskriver psykiska sjukdomar, läkemedelsbiverkningar, lagstiftning och klagomålsrutiner.

### **Kunskap**

Undervisning i och kunskap om den egna sjukdomen är viktig för att personen ska kunna vara delaktig och medverka i sin egen vård, (4) och kunna ta ansvar för beslut om sin hälsa. Kunskapen påverkar också förmågan att styra över sitt eget liv (5). Genom kunskap lär sig personen känna igen symtom – för att öka medvetenheten om när det är dags att söka hjälp. En tidig kontakt med vården,

innebär ofta kortare vårdtid. Kunskap hos personen, närstående, vårdpersonal, vårdgrannar och allmänheten kan bidra till att attityder förändras och normalisering underlättas (6). Hos vårdpersonalen har ökad kunskap och självmedvetenhet lett till att stigmatiserande attityder minskat (7). Det har också visat sig att ju mer kunskap som finns hos allmänheten, desto positivare är attityderna mot psykiskt sjuka personer (8).

### **Möjligheter att överklaga**

Patienten ska veta att det går att överklaga vården om hon eller han känner sig dåligt bemött eller fel behandlad. Personalen inom psykiatrisk verksamhet ska kunna hantera klagomål både från patienter och närstående.

Vid klagomål på vården finns olika vägar att gå. Patientansvarig läkare, patientombudsman, patientnämnd/förtroendenämnd, Socialstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), tar emot anmälningar från patienter och anhöriga som anser sig felbehandlade (9). För patienter som upplever att den medicinska bedömningen inte är riktig finns i vissa fall möjlighet att få en ny bedömning, en ”second opinion”, gjord av en annan läkare inom eller utanför det egna landstinget (10). En del ärenden gäller bemötande, där anmälaren anser sig nonchalant bemött eller har känt sig kränkt. Bemötandearenden överförs normalt till patient/förtroendenämnderna.

Vårdgivare och anställda har skyldighet att anmäla skador eller missförhållanden i vården enligt Lex Maria (11) eller Lex Sara (12). Lex Maria innebär att vårdgivare är skyldiga att snarast göra anmälan till Socialstyrelsen om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Lex Sara innebär att anställd, uppdragsgivare, praktikant eller motsvarande som är verksam inom omsorger om äldre människor eller människor med funktionshinder genast är skyldiga att anmäla allvarliga missförhållanden till socialnämnden (omsorgsnämnden).

Att regelbundet följa upp anmälningsärenden, att registrera de åtgärder som vidtagits och notera om patienten är nöjd med resultatet bör vara rutin, eftersom det bidrar till att säkerhet och kvalitet ökar.

## Referenser

1. Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre. (2001). BraVå Version 3. Vårdförbundet.
2. Candefjord, I L. Lampinen, K. Ängfors, G. (1994). Patienternas upplevelse av psykiatrisk vård. Socialmedicinsk tidskrift 10.
3. Nilsson, C. Delaktighet och kompetens. I: Vågar till delaktighet i vården – om det goda mötet, Referat Vårdförbundets etikkonferens 3 december 1999.
4. Björvell, H. (1998 ). Vad betyder ”patient empowerment” för sjuksköterskan. I: Om vikten av bokstaven K. Vårdförbundet.
5. Björvell, C. (2001). Sjuksköterskans journalföring - en praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur.
6. Schröder, A. Ahlström, G. (2003). Psychiatric care staff and care associates concerning the concept of quality of care: A qualitative study (Submitted).
7. Halter, M J. (2002). Stigma in psychiatric nursing. *Perspect Psychiatr Care* 38:23-9.
8. Vezzoli, R. Archiati, L. Buizza, C. Pasqualetti, P. Rossi, G. Pioli, R. (2001). Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *Eur Psychiatry* 16:451-8.
9. Att stärka patientens ställning – vägledning för patienter och personal (2000). Stockholms läns landsting. Göteborg: Ingemarssons grafiska.
10. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).
11. SOSFS 2002:4 (M). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelshantering.
12. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453).

## **Planering och dokumentation**

### **Bra planering och dokumentation innebär att**

- en vårdplan med konkreta, tidsatta mål på kort och lång sikt formuleras. Planen görs tillsammans med personen och i samverkan med berörda vårdgivare, utifrån personens bakgrund, aktuella situation och prioriteringar,
- bedömningar av olika behov görs tillsammans med personen,
- personen är informerad om möjligheten att få läsa sin journal.

### **Vårdplan, individuell plan**

Ordet ”plan” används i den här texten som ett samlingsbegrepp för olika typer av planer både för att beskriva den vårdplan som används inom hälso- och sjukvården och den individuella plan som stadgas i Lagen om stöd och service (LSS) (1).

Planen syftar till att skapa kontinuitet och säkerhet. Det är personens kontaktperson eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska som, i samråd med personen, ansvarar för att planen hålls aktuell och revideras vid behov.

Planen ska utgå från personens individuella behov och ska beskriva både den planerade vården, behovet av stöd och service, kontakter med bland annat socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården, åtgärder och resultat (2). Både möjligheter, risker och problem ska beskrivas.

I planen bör det även finnas uppgifter om personens sociala nätverk, eftersom många psykiskt sjuka personer har ett svagt socialt nätverk, som dessutom har en tendens till att krympa i takt med antalet sjukhusperioder. Det sociala nätverket har stor betydelse, både för personens möjlighet att få hjälp i krissituationer, och för att dämpa effekter av sjukdomen samt att förhindra en ny sjukhusperiod (3).

### **Samverkan mellan huvudmän**

”Samordnad vårdplanering” kallas den process som syftar till att patienten tillsammans med berörda vårdgivare planerar och samordnar fortsatt vård och omsorg vid överföring från en vårdform till en annan (4).

I den samordnade vårdplaneringen bör personal med olika kompetens delta. Personen och hans eller hennes närstående ska bjudas in till eventuella möten

mellan vården och dess samverkanspartners – för att delta i beslut och för att få information om de åtgärder som föreslås eller planeras (5).

I samband med utskrivning från slutet till öppen vård ska en vårdplan upprättas och justeras av företrädare för de ansvariga enheterna. Vårdplanen ska innehålla uppgifter om hur behovet av insatser bedöms, och om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.

Det är först när en vårdplan är upprättad som betalningsansvaret övergår från landstinget till kommunen. Grundregeln är att betalningsansvaret för vården övergår till kommunen dagen efter det att patienten är utskrivningsklar och en vårdplan upprättats. I vissa fall kan man komma överens om annat. Det finns dock en gräns på trettio vardagar från det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen (6).

Det är viktigt att det finns rutiner och lokala handlingsplaner som följs för informationsöverföring mellan olika vård- och behandlingsformer så att inte brister uppstår i samverkan mellan de olika huvudmännen.

### **Dokumentation**

Patientjournalen ska beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Den ska utformas så att den bidrar till personens säkerhet och ses som en helhet, där olika yrkesgrupper med journalplikt dokumenterar olika delar (7).

En patient ska kunna ta del av sin egen journal. I de allra flesta fall har patienten också den rätten – och kan beställa kopia eller skriva av innehållet i den. Journalen ska vara tydligt utformad och så långt det är möjligt förståelig för patienten. Ibland kan det vara lämpligt att vårdpersonal är närvarande när patienten går igenom sin journal, för att förklara eventuella oklarheter. Det ska ses som en service, och får inte vara ett krav för att patienten ska få läsa sin journal.

Av journalen ska patienten kunna utläsa vilka åtgärder som vidtagits, vem eller vilka som har beslutat om åtgärderna och när beslutet fattats. Även dokumentationsdatum ska framgå.

Om personen anser att några uppgifter inte stämmer kan hon eller han vända sig direkt till den person som fört journalanteckningen för att få den ändrad.

För att utplåna felaktiga uppgifter ska patienten vända sig till Socialstyrelsen. Vid eventuellt avslag kan beslutet överklagas i kammarrätten.



Om det finns en uppenbar risk att en person som nämns i journalen kan komma till skada eller om behandlingen bedöms kunna bli lidande kan det vara olämpligt att patienten läser sin journal. Ärendet ska överlämnas till Socialstyrelsen för prövning om den som är ansvarig för patientjournalen anser att den inte kan lämnas ut (8, 9).

Socialtjänsten är skyldig att dokumentera all handläggning av ärenden som rör enskild person i en personakt. Dokumentationen ska ske med respekt för personens integritet och ska tydligt beskriva fattade beslut och vad som ligger till grund för dem, samt vilka insatser som ska ges.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), innehåller inga särskilda regler om hur olika insatser ska dokumenteras. Men viss dokumentation är ändå nödvändig, bland annat av rättssäkerhets- och omvårdnadsskäl och som underlag för uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och tillsyn av verksamheten (1).

En gemensam dokumentation för LSS-insatser och hälso- och sjukvård är inte möjlig med nuvarande lagstiftning. De olika dokumentationerna kan inte heller förvaras tillsammans. Men att de olika verksamheternas uppgifter inte samordnas bör inte hindra samarbetet. Genom den enskilde personen eller hennes eller hans ställföreträdare kan personal ändå få del av information över verksamhetsgränserna (10).

#### Referenser

1. SOSFS 2002:9 (S). Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Föreskrifter och allmänna råd.
2. Patientjournalagen 1993:20 (M). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.
3. Omvårdnad och arbetsterapi i den psykiatriska vården. Psykiatri uppföljningen 1997:6. Socialstyrelsen.
4. Lag om ändring i lagen (1990:1440) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS2003:193).
5. Nyström, M. (2003). Vilka önskemål har psykiskt funktionshindrade människor? Vård i Norden 23:10-15.
6. Sprirapport 231. (1991). Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar. Stockholm: Sprit.
7. Björvell, C. (2001). Sjuksköterskans journalföring - en praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur.
8. Agrell, A. Evelius, K. Lagerlund, K. Lagstiftning med den psykiskt funktionshindrade i fokus. Schizofreniförbundet (2002). Skefteå: Skefteå Tryckeri AB.
9. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453).
10. Socialstyrelsen (2003). Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Erlanders Gotab AB.

## Fysisk miljö

### God fysisk miljö inom vård, och särskilt boende innebär att

- miljön inger trygghet och säkerhet,
- miljön främjar mötet med och kontakten mellan personen, anhöriga och personal,
- personen har möjlighet till avskildhet,
- miljön främjar förutsättningar för aktivitet och rehabilitering.

Personens tolkning och upplevelse av miljön är subjektiv och påverkas av tidigare personliga erfarenheter. Avgörande är också personens aktuella hälsotillstånd. För att kunna ge en professionell god vård krävs kunskap om miljöns betydelse och dess utformning (1).

God fysisk miljö kännetecknas av att den ger trygghet och igenkännande och att den underlättar mötet mellan personal, patient och närstående. Vård ska alltid bedrivas i en miljö med så öppna och normaliserade former som möjligt, och med tillgång till olika aktiviteter (2).

Vårdavdelningarna bör inte vara större (inräknat personal och patienter) än att alla kan etablera en personlig relation. Vid vård av svårt psykiskt sjuka, särskilt psykotiska patienter, bör lokalen vara liten och överskådlig för att kunna utgöra en trygg miljö (3).

Många vårdavdelningar har höga krav på säkerhet och kontroll med bland annat låsta ytterdörrar. Det är i sig inget hinder från att inreda avdelningarna till trivsamma miljöer. Erfarenheter visar att förändringar i miljön, som att ersätta färglösa gardiner till mer färggranna, måla om väggarna och skapa samlingsplatser för personal och patienter påverkar atmosfären mellan personal och patienter, till exempel så har våldet mot personalen och mellan patienter minskat.

God fysisk miljö i särskilt boende ska stötta vardagliga rutiner och underlätta olika aktiviteter. Se vidare under avsnitt Rehabilitering –Stöd och service i boende.

#### Referenser

1. Fridell, S. (1998). Rum för vårdens möten, om utformning av fysisk vårdmiljö för god vård. Stockholm: Kungliga Tekniska Högskolan.
2. Psykiatri uppföljningen 1997:4, God kvalitet i den psykiatriska vården. Socialstyrelsen.
3. Gordan, K. Palmgren, L. (2000). Miljöterapi, personal och patienter i samspel. Stockholm: Nordstedts Tryckeri.

## **Kroppslig hälsa och munhälsa**

### **Kroppslig hälsa**

#### **För att främja kroppslig hälsa bör**

- personen få kunskap, stöd och uppmuntran till en hälsosam livsstil,
- personen får kunskap om aktuell psykisk sjukdom,
- personen informeras om att farmakologisk behandling kan påverka den kroppsliga hälsan,
- personen få kroppslig ohälsa bedömd av läkare,
- personalen ha tillräcklig kompetens för att kunna uppmärksamma tecken på försämrad kroppslig hälsa hos personen.

Personer med psykiska funktionshinder är överrepresenterade när det gäller hjärt-, kärl- och lungsjukdomar. En del av dessa överrisker beror på att människor med psykisk sjukdom röker i större utsträckning än befolkningen i övrigt (1) och att många har problem med övervikt. Viktuppgång som orsakas av medicinering är en allvarlig riskfaktor för schizofrena patienter och kan vara en avgörande orsak till denna patientgrupps ökade kroppsliga sjuklighet och dödlighet (2, 3). Det är därför viktigt att personen får information och kunskap om hur hon eller han kan påverka sin egen fysiska hälsa.

Långtidssjuka personer bör ha en fast kontakt med primärvården som erbjuder undersökning av den kroppsliga hälsan minst en gång om året, och som vid behov konsulterar psykiatrin (1).

Det är viktigt att det finns rutiner för samarbete mellan olika vårdgivare. Särskilt viktigt är det för psykiskt långtidssjuka med eget boende (4).

Det finns flera orsaker till att den somatiska vården av psykiskt långtidssjuka kan vara eftersatt. Det här är personer som ibland har negativa erfarenheter av kontakter. Många tycker inte att det är någon idé att söka sig till vården, eftersom de känner att de inte alltid blir trodda eller bemötta med respekt. Om personen har svårt att uttrycka sina vårdbehov i ord kan hon eller han behöva stöd av personal för att uppmärksamma tecken på kroppslig ohälsa och för att komma i kontakt med sjukvården. Somatisk kompetens bland personal är också viktig för att övertolkningar av psykiatriska symtom, som kan vara kroppsliga, ska undvikas (4).

Personens hälsosituation omfattar också frågor som rör sexualiteten, både de kroppsliga funktionerna och de nära relationerna. Det är frågor som personalen ofta förbiser och undviker, trots att personen kan ha behov av samtal, råd och kanske även vidare hänvisning (5).

Psykiskt långtidssjuka kan behöva kunskap och stöd i sin kosthållning för att undvika nutritionsstörningar som kan bero på olika faktorer, till exempel

- medicinering som påverkar aptit, smakupplevelse, vakenhet och kan leda till uttorkning, viktuppgång och förstoppning mm,
- svårigheter att sköta sitt hushåll, till exempel matinköp och tillagning,
- påverkan av den psykiska ohälsan, som vanföreställningar och ätstörningar,
- svår ekonomisk situation,
- svårigheter att följa medicinsk ordination, till exempel vid insulinbehandling,
- otillräckligt med aktiviteter och motion (2).

En person som både har psykiska funktionshinder och är kroppsligt sjuk kan få särskilda problem med att sköta sin kosthållning. Det gäller till exempel vid sjukdomar som diabetes, cancer, födoämnesintolerans, tarmsjukdomar och övervikt.

Det är viktigt att komma ihåg att malnutrition kan vara ett problem för både över- och underviktiga (4).

Övervikt och psykisk sjukdom är var för sig stora folkhälsoproblem, som ofta sammanfaller och som behöver utredas vad det gäller samband, orsaker och riktlinjer (3,6). Body Mass Index (BMI) bör därför noteras och följas (2).

- Följande faktorer är viktiga för att patientgruppen ska få rätt stöd och behandling så att viktuppgång kan undvikas eller behandlas:
- regelbundna kontroller,
- rådgivning om livsstil, diet och medicinering,
- noggranna bedömningar av patientens medicinering,
- beteendeträning,
- rätt medicinering (3, 6).

## Referenser

1. Hälso- och sjukvårdsrapport. (2001). Socialstyrelsen.
2. Sullivan, A. Tucker, R. (1999). Meeting the nutritional needs of people with mental health problems. *Nursing Standard* 13, 47:48-3.
3. Kurzhailer, I. Fleischhacker, W W. (2001) The clinical implications of weight gain in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 62, Suppl 7:32-7.
4. Somatisk sjukdom och tandvårdsbehov hos personer med psykiska funktionshinder. (2001). Socialstyrelsen.
5. Mc Cann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *J o Advanced Nursing* 32 (1), 132-8.
6. Aquila, R. (2002). Management of weight gain in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 63, Suppl 4:33-6.

## **Munhälsa**

### **Bra mun- och tandvårdshälsa innebär att**

- det finns rutiner för hur personalen ska agera när mun- och tandhälsoproblem identifieras,
- personens munhälsa fortlöpande dokumenteras,
- personens möjligheter till munhälsobedömning och nödvändig tandvård utreds,
- personen får särskild information om munhälsa i samband med viss medicinering.

Munhälsa är ett problem för många människor med psykisk sjukdom. Det finns flera orsaker till det; Den psykiska sjukdomen kan göra det svårt att klara av grundläggande rutiner i det dagliga livet. Vissa mediciner minskar salivmängden och bidrar till muntorrhet, vilket i sin tur kan leda till ökat kariesangrepp. Ekonomiska problem, felaktiga kostvanor, drogmissbruk och tandläkarrädsla kan vara andra orsaker som kan leda till försämrad mun- och tandhälsa. Patienter inom psykiatrisk slutenvård har i allmänhet större problem med munhälsan än andra. Det brister i informationen om de risker för ökade kariesangrepp som finns vid medicinering med psykofarmaka. Behovet av vardagligt stöd för att upprätthålla mun- och tandhygien bör därför uppmärksammas. Det är viktigt att arbetet med att utbilda personal i munvård intensifieras, så de kan informera patienterna om de risker som finns (1, 2, 3).

### **Tandvårdsstöd**

Det är landstinget som ansvarar för den uppsökande verksamheten för munhälsobedömning och tandvård av personer med funktionshinder. Så har det varit sedan 1999 då det nya tandvårdsstödet började gälla. Syftet med stödet är att de som själva har svårt att ta sig till tandläkaren ska erbjudas uppsökande och nödvändig tandvård. Stödet innebär bland annat att en munhälsobedömning av en tandhygienist kan göras i hemmet. De personer som får avgiftsfri munhälsobedömning har också rätt till nödvändig tandvård. Kostnaderna är samma som till den öppna hälso- och sjukvården (4, 5).

Socialstyrelsen har visat att olika landsting tolkar reglerna olika (6).  
Tandvårdsstödet ser alltså olika ut i landet och personer med psykiskt funktionshinder har därmed olika möjligheter att få tillgång till insatser beroende på var i landet de bor.

#### Referenser

1. Sjögren, R. Nordström, G. (2000). Oral health status of psychiatric patients. *Clin Nurs* 9:632-8.
2. Thomas, A. Lavrentzou, E. Karouzos, C. Kontis, C. (1996). Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Spec Care Dentist* 16:84-6.
3. Hede, B. (1995). Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalised psychiatric patients in Denmark. *Acta Odontol Scand* 53:35-40.
4. Tandvårdslagen (1985:125).
5. Tandvårdsförordningen (1998:1338).
6. Uppföljning av landstingens tandvård enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning. Statistik (2001), Socialstyrelsen.

#### Lästips

Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg om äldre, (2002). BraVÅ, avsnittet om Munhälsa, Version 4. Vårdförbundet.

Borg, A C. Ericson, D. (2000). Missbruk, syns det i munnen? Förlagshuset Gothia, Växjö.



## **Behandling**

### **Bra behandling innebär att**

- patienten får information om de vård- och behandlingsalternativ som finns att tillgå,
- behandlingen så långt som möjligt sker i samråd med patienten,
- behandlingen är individuell och att den utvärderas, revideras och uppdateras kontinuerligt.

Inom psykiatrin kan vården delas in i behandling, omvårdnad, rehabilitering och habilitering. För att få rätt behandling och god omvårdnad krävs adekvat diagnostik (1).

## **Behandling**

Vård och behandling ska alltid ske utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd och om tillgängliga behandlingsmetoder. När det finns flera likvärdiga metoder ska patientens val i möjligaste mån avgöra (2). För att behandlingsresultatet ska bli bra är det viktigt att patienten varit delaktig i beslut om sin egen behandling, och upplever att han eller hon har fått den bästa tänkbara individuella vård och behandling (3).

Behandling handlar inte enbart om att använda rätt teknik och resultatet påverkas inte bara av personalens kunskande och attityder utan även av det sociokulturella sammanhanget i vården.

Det finns flera synsätt inom psykiatrin som grundar sig på olika förklaringsmodeller.

- Den medicinsk-biologiska förklaringsmodellen ser människan som en biologisk varelse, där skador och funktionsfel uppstått i hjärnan.
- Den psykodynamiska förklaringsmodellen utgår från Sigmund Freuds teori om psykoanalys och att alla symtom beror på olösta konflikter och kriser tidigare i livet
- Den socialpsykologiska modellen betonar sociala problem som orsak till psykisk sjukdom

- Den inlärningspsykologiska modellen bygger på att beteende är inlärt och att psykiska problem beror på felinläring hos individen (4).

Med de olika synsätten följer olika behandlingsformer som läkemedelsbehandling, elbehandling (ECT=Electro Convulsive Therapy) och olika former av terapi som samtalsterapi, miljöterapi, bildterapi etc. Idag tolkas individens behov av behandling utifrån fysiologiska, psykologiska och sociala behov, varför det inte går att dra skarpa gränser mellan olika behandlingsformer. Detta förstärker behovet av samverkan mellan olika professioner inom vården.

Riktlinjer finns framtagna för utredning och behandling av vissa sjukdomstillstånd, däribland förstämningssjukdomar, schizofreni och schizofreniliknade tillstånd samt ångestsyndrom. Men det räcker inte med riktlinjer – de måste också utvärderas och revideras kontinuerligt, och nya erfarenheter tas till vara.

### **Omvårdnad**

Psykiatrisk omvårdnad är en aktiv, planerad och målinriktad process som ska leda till att patienten ska kunna leva ett oberoende liv, i ett socialt sammanhang och med en tillfredsställande livskvalitet. Psykiatrisk omvårdnad bygger på ett bra samarbete mellan patient, närstående och vårdpersonal, och grunden är en trygg relation mellan vårdare och patient (5).

### **Rehabilitering**

Med rehabilitering menas att återvinna förlorad förmåga. Syftet är att minimera effekter av de funktionshinder som psykiska sjukdomar kan ge. Inom hälso- och sjukvården har rehabilitering både ett medicinskt och ett socialt mål.

Rehabilitering innebär insatser som är samordnade utifrån olika kompetensområden och verksamheter där medicinska, psykologiska, sociala, pedagogiska och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes intresse, behov och förutsättningar. Rehabilitering är en målinriktad process som ska ge den enskilde möjlighet till inflytande vid planering, genomförande och utvärdering av rehabiliteringsåtgärder (1). Se vidare under avsnitt Rehabilitering.

#### Referenser

1. Socialstyrelsen 1997:8. God psykiatrisk vård på lika villkor. Stockholm: Gotab tryck.
2. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).
3. Björvell, H. (1998), Vad betyder "patient empowerment" för sjuksköterskan. I: Om vikten av bokstaven K. Vårdförbundet.
4. Bonde, M. Johansson, M. (1994). Psykiatri för omvårdnads- och omsorgspersonal. Kristianstad: Kristianstads boktryckeri AB.
5. Rahm Hallberg, I. (1998 ). Patientens inflytande i framtidens psykiatri. I: Om vikten av bokstaven K. Vårdförbundet.

## **Läkemedelsbehandling**

### **Bra läkemedelsbehandling innebär att**

- information om individuella vanor och rutiner kring läkemedelsintag och hantering delges nästa led i vårdkedjan,
- personen får regelbunden information om läkemedelsbehandlingen och de biverkningar som kan vara förknippade med behandlingen,
- personal har god kunskap om, och handlingsberedskap kring, läkemedelsbiverkningar och förgiftningssymtom,
- läkare minst en gång årligen ser över läkemedelsbehandlingen för optimal individuell anpassning.

### **Läkemedelshantering**

Rätt läkemedel ska ges i rätt dos och vid rätt tid och effekten av det givna läkemedlet ska följas upp och dokumenteras. Det är särskilt viktigt då andra än den enskilde sköter medicineringen. Läkemedelshantering omfattar enligt Socialstyrelsens föreskrifter (1) bland annat ordination, iordningställande och administration samt rekvisition och förvaring av läkemedel (2, 3, 4).

Läkemedelshantering bör skötas av så få personer som möjligt för att minimera risker i hanteringen. Det ställs och ska ställas stora krav på väl genomarbetade rutiner och klart definierade ansvarsområden för att läkemedelshantering ska bli säker för den enskilde personen. Ett enkelt sätt att öka säkerheten är att utföra en identitetskontroll av den person som ska få det ordinerade läkemedlet.

### **Information**

Att informera och motivera en person till läkemedelsbehandling är ibland nödvändigt för att undvika återfall och inläggning på sjukhus. Det kan emellertid vara svårt då många upplever biverkningar och andra negativa effekter av medicinerna som allt för stora, till exempel minskad sexuell lust. Likaså kan höga kostnader för läkemedel bidra till låg motivation för att genomföra läkemedelsbehandling. Noggrann information är inte minst viktig vid nedtrappning och utsättning av neuroleptika, då även detta kan medföra negativa effekter.

## Kunskap om läkemedel

Antipsykotiska läkemedel – olika typer av neuroleptika – används vid flera tillstånd av psykisk sjukdom och utgör tillsammans med ångestdämpande och antidepressiva läkemedel samt sömnmedel de vanligaste medicinerna inom området (5). Det är viktigt att uppmärksamma biverkningar av läkemedel. Personalen måste därför ha god kunskap om och handlingsberedskap för läkemedelsbiverkningar och förgiftningstillstånd. Undersökningar har visat att många är ordinerade flera neuroleptika, trots att det inte är bevisat bättre än medicinering med endast ett preparat (monoterapi) (6). Detta visar vikten av att personens läkemedelsbehandling ses över regelbundet, minst en gång per år. Inom den psykiatriska vården används neuroleptika även i injektionsform både vid akuta tillstånd och som depåmedicinering. Det är viktigt att personens upplevelse av smärta eller obehag i samband med och efter injektionen tas på allvar och att alla ansträngning görs för att undvika obehag (7). Forskning om patienters upplevelser i samband med intramuskulära injektioner av neuroleptika vore önskvärd. Det gäller också förhållandet mellan teknik och upptag av den verksamma substansen. Det finns ett stort behov av kvalitetsarbete då det gäller läkemedelshantering i psykiatrisk heldygnsvård (8) och öppen vård. Det gäller även läkemedelshantering inom kommunernas arbete med personer med psykiskt funktionshinder. Därför är det av stor vikt att forskning inom detta område lyfts upp och att riktlinjer tas fram.

### Referenser

1. SOSFS 2001:17 (M). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården och i den enskilda hälso- och sjukvården inklusive tandvård.
2. SOSFS 1997:10 (M). Socialstyrelsens allmänna råd. Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.
3. SOSFS 1997:14. (M). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Delegering inom hälso- och sjukvård och tandvård.
4. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. (1998:531).
5. Läkemedelsboken 2001/2002.
6. Svensk Psykiatrisk förening och Spri nr 1. (1997). Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – kliniska riktlinjer för utredning och behandling.
7. Rodger, M A. King, L. (2000). Drawing up and administering intramuscular injections: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 31(3), 574-82.
8. Socialstyrelsen 2000:3. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Kvalitetsperspektiv på läkemedel i psykiatrisk slutenvård.

# Rehabilitering

## Psykosocial rehabilitering

### Bra psykosocial rehabilitering innebär att

- personens behov och önskemål är utgångspunkt för insatserna som ska underlätta återhämtningsprocessen,
- personen får hjälp att återintegreras i samhällslivet genom att utveckla och återta olika roller i samhället,
- rehabiliteringsinsatserna grundas på kontinuitet, flexibilitet och långsiktiga lösningar,
- de olika huvudmännen tar ett formaliserat och organisationsöverskridande samarbetsansvar,
- information ges aktivt om möjlighet att ansöka om olika former av stöd, till exempel Personligt Ombud, LSS-insatser och kamratstöd.

Målet med psykosocial rehabilitering är att göra det möjligt att kompensera funktionsbrister och återta förmågan till ett så oberoende liv som möjligt utifrån egna förutsättningar. Det innebär att personen får stöd att klara av och känna sig nöjd i miljöer som hon eller han själv, i möjligaste mån, valt och med minsta möjliga individinriktade samhällsinsatser. Behovsinventering bör utgå ifrån den enskildes egna mål, intressen och önskemål (1, 2).

### Återhämtning

Återhämtning är ett begrepp som ofta används när man vill beskriva en positiv utveckling. De flesta som drabbas av svår psykisk sjukdom återhämtar sig tillräckligt mycket för att kunna leva ett tillfredsställande liv utanför slutenvårdsinstitutionerna. Återhämtning kan inte alltid sättas i samband med en specifik behandlingsinsats, utan måste ses i ett vidare livsperspektiv, där egna och det sociala nätverkets ansträngningar ingår (3).

Intervjuer med personer med psykiska funktionshinder har visat att de största behoven finns inom området ”rollåteruppbyggnad” – dvs. att på nytt bygga upp en fungerande roll i arbetslivet, i nära relationer och på fritiden (4).

## **Rehabilitering - habilitering**

Eftersom behovet ser olika ut från person till person, beroende på skiftande hälsotillstånd och livssituation, finns vissa svårigheter förknippade med rehabiliteringen. Ambitionen måste vara att rehabilitera så långt det är möjligt. Insatserna ska utgå från personens faktiska förutsättningar, vilket innebär att ett rehabiliteringstänkande ibland måste kompletteras med ett habiliteringstänkande (5, 6). För habiliterings- och rehabiliteringsområdet kan klassifikationen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) vara en bra modell, eftersom den använder neutrala termer som gör det möjligt att inte bara inventera brister, utan även tillgångar och resurser (7, 8).

## **Samverkan**

En meningsfull rehabilitering kräver parallella, samverkande insatser av kommun, landsting, försäkringskassa, utbildningsinstitutioner, aktörer på arbetsmarknaden, arbetsförmedling samt brukar- och anhängargorganisationer (1, 2).

Rehabiliteringsprocessen kan styras av en rehabiliteringsplan (Försäkringskassans ansvar) (9).

## **Stödinsatser**

Stöd ska erbjudas i olika former. Det professionella etiska förhållningssättet bör vara att aktivt stödja och stärka enskilda att utkräva och få tillgång till sina rättigheter. Målet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är goda levnadsvillkor (i socialtjänsten är målet skälig levnadsnivå). Personer med psykiska funktionshinder kan behöva hjälp att planera och strukturera vardagen, trots att de fysiskt kan utföra själva uppgiften. Olika uppföljningar av LSS har visat att denna lag inte kommit psykiskt funktionshindrade till del i den omfattning det var tänkt (10). Därför är en översyn på sin plats (11).

Den enskilde kan begära en individuell plan. Det kan vara ett sätt att tillförsäkra dennes inflytande över LSS-insatserna. I planen ska även redovisas insatser från andra än kommun och landsting. Planen ska omprövas fortlöpande, dock minst en gång per år (10).

Ett Personligt Ombud ska tillsammans med personen identifiera och formulera hans eller hennes behov av vård, stöd och service utifrån personens egna önskemål

och lagliga rättigheter. Ombudet ska tillsammans med personen bevaka att insatser planeras, samordnas och genomförs samt bistå och företräda den enskilde i myndighetskontakter vid behov (12).

Kamratstöd från brukarföreningar kan vara ett sätt att bryta isolering och ensamhet och stimulera till fritids- och kulturaktiviteter. Verksamheten ska utformas av och bedrivs i brukarorganisationen regi, men behöver ekonomiskt stöd från kommun och landsting (6).

#### Referenser

1. Antony, W. Cohen, M. Farkas, M. (1996). Rehabilitering av människor med psykiska funktionshinder, Malmö: Psykiatrin. MAS.
2. Ljungberg, L-O. (1997). Rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Socialstyrelsen.
3. Topor, A. (2001). Återhämtning från svåra psykiska störningar. Stockholm: Natur och Kultur.
4. Konsten att förmedla hopp, ha is i magen och stå kvar. Idéskrift om samverkan och stöd till människor med psykisk ohälsa. (2002). Svenska Kommunförbundet & Landstingsförbundet.
5. Lundin, L. Ohlsson, O S. (2002). Psykiska funktionshinder – stöd och hjälp vid psykiska funktionshinder. Riga: Preseš Nams.
6. Reformens första tusen dagar. Årsrapport från psykiatrireformen (1998). Linköping: Linköpings Tryckeri AB.
7. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF. (2003).
8. Grimby, G. (2002). ICF som utgångspunkt för rehabilitering. Socialmedicinsk tidskrift 79:e årg. häfte 6.
9. Björkman, T. (2000). Case management for individuals with severe mental illness. A process-outcome study of ten pilot services in Sweden. Division of Psychiatry Lund University, Lund.
10. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS – Stöd för rättstillämpning och handläggning. (2002). Socialstyrelsen.
11. Markström, U. (2003). Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälur och byråkrater. Finland: WS Bookwell.
12. Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000.



## **Arbetsinriktad rehabilitering och utbildning**

### **Bra arbetsinriktad rehabilitering och utbildning innebär att**

- personen får möjlighet till arbetsträning i verklig eller skyddad arbetsmiljö,
- personer med psykisk sjukdom/funktionshinder vid behov får stöd av konsulent från Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS),
- det finns ett flexibelt utbud av utbildningsmöjligheter för att ge eller komplettera grundutbildningen,
- det finns tillgång stöd på högskolan/universitetet så att psykiskt funktionshindrade kan genomföra utbildningar där.

Psykiatriutredningen poängterar att personer med psykisk störning (en bredare målgrupp än de psykiskt funktionshindrade som psykiatrireformen i övrigt riktade sig till) måste omfattas av arbetslinjen på samma sätt som andra funktionshindrade grupper.

### **Arbetsinriktad rehabilitering**

Arbetsinriktad rehabilitering bör starta och löpa som en integrerad process med behandling och stöd (1, 2) samt ha en stark anknytning till arbete med egen försörjning, ett lönearbete (3).

Att ha en utbildning, ett arbete eller en sysselsättning ger struktur åt vardagen och ökar välbefinnandet, samtidigt som känslan av att stå utanför samhället motverkas (4, 5). Det ska finnas alternativ för att tillgodose olika individers behov, allt från strukturerade aktiviteter – som med tiden kan leda till arbetsinriktad rehabilitering – till daglig sysselsättning och utbildning på olika nivåer.

Metoder och arbetssätt med anknytning till arbetslivsinriktad rehabilitering måste fortsätta att utvecklas och positiva erfarenheter uppmärksammas (3). En sådan metod är SIUS (Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd) som AMS kan erbjuda som stöd till funktionshindrade inför anställning. SIUS-konsulenten är ett stöd för den enskilde på arbetsplatsen och garanterar arbetsgivaren att aktuella arbetsuppgifter blir utförda. Denna form av stöd har visat sig fungera bra för personer med psykisk sjukdom/funktionshinder. Det finns också olika former av anställningsstöd och lönesubventioner (3, 6).

### **Grundläggande skolutbildning**

Det finns stora behov av utbildningsinsatser för personer med psykiska funktionshinder som fått avbryta sin grundläggande skolutbildning på grund av tidigt insjuknande. Kommunal vuxenutbildning, folkhögskoleutbildning och folkbildning som bedrivs av studieförbunden har visat sig vara bra sätt att komplettera grundutbildningen. Här har man möjlighet att forma utbildningen utifrån individens förutsättningar, i en mindre grupp, i en trygg miljö och med lärare med förståelse och inlevelseförmåga (4, 5).

### **Högskoleutbildning**

Högskolan ska främja studenters lika rättigheter oavsett kön, etniskt ursprung, sexuell läggning eller funktionshinder. En förändrad lagstiftning och det utvecklingsarbete som bedrivs på flera högskolor ska göra dem bättre rustade att stödja studenter med psykisk sjukdom/funktionshinder. Handikappsamordnaren på högskolan ska tillsammans med studenten besluta om lämpliga stödåtgärder, till exempel personligt ombud, mentor, kompensatoriskt pedagogiskt stöd, anpassad studietakt och anpassad studiemiljö (7).

Den studerandes ekonomi upplevs ofta som ett grundläggande problem, bland annat därför att studiemedelssystemet (med krav på studiepoäng inom viss tid) inte är anpassat till personer med psykiska sjukdom/funktionshinder. Därför borde det finnas möjlighet att kombinera sjukskrivning och studielån, och vid behov få slutföra studier med finansiering från annat håll än Centrala studiemedelsnämnden (7).

#### Referenser

1. Lag om stöd och service – LSS – LSS och psykiska funktionshinder. Socialstyrelsen.
2. Markström, U. (2003). Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater. Finland: WS Bookwell.
3. Psykiatriuppföljningen 1998:3. Gränsöverskridande rehabilitering. En studie av 111 verksamheter för personer med psykisk störning.
4. SOU 1992:73. Valfärd och Valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. Stockholm: Nordstedts tryckeri AB.
5. Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Regeringens proposition 1999/2000:79.
6. Arbetsmarknadspolitiska program. Årsrapport 2000. Rapportserie; Pora 2001:2.
7. Holmlid, A. (2002). För en öppen högskola. Om förutsättningar för studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder. Studentbyrån. Stockholms universitet.

#### Lästips

Andersson, A C. Markström, U. (1997). Anpassad utbildning – en studie av tre alternativ för psykiskt funktionshindrade i Umeå. Umeå Socialtjänst.

#### Filmtips

A Beautiful mind.

## **Stöd och service i boende**

### **Bra stöd och service i boende innebär att**

- individen är delaktig i planeringen av sitt boende,
- personen får individuellt anpassat stöd och service för att klara sitt boende,
- grupp- och servicebostäder erbjuds i olika bostadsområden,
- stöd och service kan varieras så att individen kan bo i samma bostad oberoende av om behovet av stöd växlar,
- personer som bor i gruppboende har inflytande över boendesituationen,
- möjligheten till bostadsanpassningsbidrag används.

### **Stöd i boendet**

Alla med psykiska funktionshinder klarar inte ett eget boende. Även om man inte kan bo i ett ordinärt boende, vilket ska eftersträvas, ska den enskilde ha möjlighet till ett eget hem med allt vad det innebär av trygghet och trivsel. Stöd och service ska anpassas efter personens behov. Enligt LSS kriterier för bostad med särskild service (gruppboende och serviceboende) ska bostaden vara fullvärdig, vara den enskildes privata och permanenta hem och inte ha institutionell prägel (1).

### **Boendeformer**

Boendeformerna kan ha olika namn i olika kommuner, men gemensamt för service- och gruppboenden är att det finns personalstöd dygnet runt, dagtid eller vid behov (1, 2). Antalet boende i en gruppboende bör inte vara mer än, tre till fem personer. Så långt som möjligt bör hänsyn tas till de boendes önskemål när det gäller sammansättningen av den grupp som ska bo där (3).

En serviceboende kan bestå av ett antal lägenheter med gemensam service samt tillgång till personal med dygnet runt-stöd utifrån de enskildas behov.

Serviceboendet bör integreras i bostadsområdet (1).

### **Avvisande av stöd**

Det finns personer som avvisar stöd trots stora behov. Det är därför viktigt att boendestödsteam, med respekt för den personliga integriteten, fortsätter att erbjuda hjälp. Teampersonalen bör ha kunskaper om funktionshinder,

förhållningssätt, bemötande, kompletterande åtgärder (medicinska, sociala, ekonomiska, m fl) och lagstiftning (1, 2).

### **Bostadsanpassning**

Kommunen kan ge bostadsanpassningsbidrag om det finns en direkt koppling mellan funktionshindret och åtgärden, och om personen med funktionshindret har nytta av anpassningen. Det har visat sig svårt för personer med psykiskt funktionshinder att få detta bidrag, trots att det finns tillfällen när det skulle kunna förhindra att en person måste flytta. Ljudisolering av lägenhet för att inte störa grannar, slippa konflikter och i värsta fall vräkning borde till exempel vara en anledning till att bevilja bidrag (2).

#### Referenser

1. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. (2003). Socialstyrelsen.
2. RSMH, IFS, Kommunförbundet (1999). Vägen till ett värdigt boende. Om särskilt boende och boendestöd för psykiskt funktionshindrade. Stockholm: Kommentus förlag AB.
3. SOSFS 2002:9 (S). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

#### Lästips

Rundberg, B. (2002). Psykiatrireformen i Halland. En uppföljning av 1995 års psykiatrireform.

## Närstående

### Bra samverkan med närstående innebär att

- de närstående är en resurs som ska mötas med respekt och ges tid,
- närstående erbjuds att delta i planeringen och att deras synpunkter dokumenteras och tillvaratas,
- närstående erbjuds möjligheter till ökade kunskaper genom utbildning,
- personalen uppmärksammar barn till psykiskt sjuka, kartlägger sociala nätverk och inleder samarbete med socialtjänsten när detta krävs,
- det finns speciellt utformad information och stöd till barn med psykiskt sjuka föräldrar,
- det finns ett utbud av stödåtgärder till personer med psykisk sjukdom, i deras föräldraroll.

### Närstående - en resurs

De första kontakterna med närstående bör ske så snart som möjligt och präglas av ett gott samarbetsklimat. Ett bra förhållande mellan personalen och de närstående där den närstående möts med respekt och ges tid och utrymme, bör resultera i en överenskommelse om samarbete som syftar till att hjälpa personen. Det är viktigt att inhämta information om personen och hans/hennes historia. De närstående har viktiga kunskaper om personens behov och hur dessa kan tillgodoses på bästa sätt (1). Det är viktigt att personalen har en ödmjuk inställning till de problem och konflikter som kan uppstå när den psykiskt sjuke personen och de närstående utsätts för stress. Personalen bör vara medveten om att närstående och personal kan uppfatta personens behov på olika sätt. I en nyligen genomförd studie om öppenvårdspatienter med schizofreni visade det sig att personalen och föräldrarna upplevde flera och andra behov än personen själv (2).

Personalen måste också uppmärksamma varje enskild närståendes behov, och skaffa sig en bild av vilka resurser de har att klara av de problem som sjukdomen innebär, vilka strategier de använder för att klara av sin situation och vilket behov av stöd de har (3). Flera studier visar att välbefinnandet i hög grad påverkas av att en närstående är psykiskt sjuk (4, 5).

Många patienter föredrar att involvera närstående i sin behandling medan andra inte vill det. Därför är det viktigt att personalen från första början tar reda på vilken information som får ges och till vem samt dokumentera detta. Det finns närstående som av olika skäl väljer att inte engagera sig i patientens vård och behandling, vilket personalen ska vara lyhörd för och respektera.

Närstående ska även erbjudas utbildning, eftersom kunskap ger ökad delaktighet och djupare förståelse för den sjukets svårigheter. Undervisningen kan genomföras av professionella utbildare tillsammans med intresseorganisationer. Stöd till närstående kan också ges i form av så kallade självhjälsgrupper (6).

### **Barnens situation**

Problematiken att vara barn till en person med psykisk sjukdom har på senare år uppmärksammats alltmer. Barnen måste ses i sitt sammanhang och en noggrann bedömning görs mellan skyddande faktorer och riskfaktorer. Skyddande faktorer kan vara en nära och kärleksfull relation med föräldrar eller någon annan inom familjen, ett engagerat nätverk med vuxna som bryr sig på ett djupare plan inom förskola, skola eller i närmiljön. Fritidsintressen som kan ge självkänsla och stolthet samt andra möjligheter till att förstå och påverka sin situation kan också vara skyddande. Riskfaktorer för barnet är att leva ensam och isolerad med en eller två sjuka föräldrar, och att växa upp i en familj med svåra samlevnadsproblem och konflikter (7).

Vuxenpsykiatrien har en central ställning när det gäller att upptäcka dessa barn och se till att andra professioner kontaktas – förskola, barnvårdscentral, fritidsverksamhet, skola och socialtjänst. Enligt Socialtjänstlagens § 71 är alla som arbetar i en yrkesmässig verksamhet skyldig att anmäla misstankar om att barn far illa till socialtjänsten. Tidiga insatser minskar behovet av omfattande insatser eller långtgående åtgärder, till exempel omhändertagande. Det är därför av central betydelse att den myndighet som har det övergripande ansvaret för att hjälpa utsatta barn, d v s socialtjänsten, får information om vilka barn som behöver hjälp (8).

Idag pågår flera projekt om barnens utsatta situation. Inom Socialstyrelsen pågår projektet ”Psyiskt sjuka föräldrar och deras barn”, som syftar till att öka kunskaperna om föräldrarnas omsorgsförmåga och konsekvenserna för minderåriga barn (9).

Psykosvården i Jönköping bedriver projektet "BUSTER" och psykosvården i Örebro har utvecklat en samlingsplats på webben – <http://www.kulingen.nu> – med information till barn som lever med en psykiskt sjuk förälder.

#### Referenser

1. Anderson, C M. (1990). *Patienter med schizofreni och deras föräldrar*. Falkenberg: Guilford Press.
2. Foldemo, A. Ek, A C. Bogren, L. Need assessment of outpatients with schizophrenia and by their staff and parents. (*Submitted*).
3. Östman, M. Hansson, L. (2001). The relationship between coping strategies and family burden among realities of admitted psychiatric patients. *Scand J Caring Sci* 15: 159-64.
4. Spaniol, L. Zipple, A. Lockwood, D. (1992). The role of family in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bullentin* 18: 341-48.
5. Perring, C. Twigg, J. Atkins, K. (1990). *Families caring for people diagnosed as mentally ill*, ed. T.I. re-examined. London: SSRU HMSO.
6. *Reformens första tusen dagar*. Årsrapport från psykiatrireformen 1998.
7. Skerfving, A. *Barn till psykiskt störda föräldrar*. 1996:11, FoU enheten psykiatri: Västra Stockholms sjukvårdsområde.
8. Hindberg, B. *När omsorgen sviktar*. (2000). Stockholm: Studentlitteratur.
9. Socialstyrelsen 1999:11. *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*.

#### Lästips

<http://www.kulingen.nu>

Sigling, I. L. Att möta barn till psykiskt sjuka föräldrar. (2002). Stockholm: Katarina Tryck AB.



## **Tvångsvård**

### **Tvångsvård är reglerad i lag. God kvalitet innebär att**

- patienten får information om sina rättigheter och den konkreta innebörden av tvångsvård samt möts av personal som har goda kunskaper om detta,
- patientens behov så fort som möjligt tydliggörs i en vårdplan, som utformas i största möjliga samråd med patienten,
- det finns rutiner som förhindrar att tvångsvård fortgår längre än nödvändigt,
- patienten kontinuerligt får möjlighet att ge synpunkter på och samtala om sina upplevelser av att vara utsatt för tvångsvård och eventuella tvångsåtgärder,
- patienten får samtala med ordinerande läkare inför en tvångsåtgärd,
- tvångsåtgärder utförs av kvalificerad personal som patienten känner förtroende för,
- övriga patienter får stöd och information när tvångsåtgärder utförs på enheten,
- patienten möts av personal som kontinuerligt får handledning för att bearbeta upplevelser av att arbeta med tvångsvård,
- patientens närstående får information och stöd i samband med intagning och vård enligt tvångslag, om detta inte strider mot gällande sekretesslagstiftning.

### **Rättigheter och begränsningar**

Oavsett om en person vårdas frivilligt i den psykiatriska vården eller under tvång gäller vissa grundläggande principer som slås fast i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det är viktigt att beakta detta, då tvångsvård annars skulle kunna uppfattas som att patienten mister all möjlighet till frivillig behandling, medbestämmande och integritet (1). I lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) betonas att tvångsåtgärder ska undvikas om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga, och att patienten genom individuellt anpassad information ska förmås att frivilligt medverka till vård. Den tvångsvård som kan bli aktuell är framför allt hinder att lämna vårdinrättningen, medicinering, visitering, avskiljning och fastspänning. Däremot inskränker inte tvångsvården generellt rättigheten att fritt kommunicera med omvärlden, till exempel via Internet eller telefon.

Chefsöverläkaren ansvarar för att patienten informeras om sina rättigheter. Det kan vara att överklaga beslut, rätten till offentligt biträde eller stödperson, men

också information om patientorganisationer, som Förtroendenämnden och Patientnämnden. Information till patienten ska vara individuellt anpassad och tydliggöra vad tvångsvården konkret innebär när det gäller begränsningar av självbestämmandet. Informationen bör vara både muntlig och skriftlig och finnas tillgänglig på flera språk. Det är också viktigt att patienten känner sig väl informerad inför eventuella länsrättsförhandlingar och att hon eller han har fått möjlighet att förbereda sig tillsammans med ett offentliga biträde.

En individuell vårdplan ska utarbetas så snart som möjligt. Vårdplanen ska utifrån ett helhetsperspektiv tydliggöra patientens medicinska, omvårdnadsmissiga, sociala, psykologiska och existentiella behov. Ett övergripande mål är att patienten snarast ska kunna acceptera vården under frivilliga former. Rutiner och ansvarsförhållanden ska vara tydliga vid bevakning av tidsfrister (2). Vårdplanen ska om möjligt upprättas i samråd med patienten och eventuella närstående. Lagtexten för LPT och LRV ska finnas uppsatta så att de är väl synliga för patienterna. Verksamhetschefen ansvarar för lokala instruktioner för rutiner och ansvarsfördelning vid tvångsvård, där särskild vikt ska läggas vid de som används vid tvångsåtgärder. Det gäller i synnerhet inför intagningsbeslut och vid behandlingar som kan upplevas som särskilt kränkande för patienten.

### **Kunskaper och etik**

Personalen ska ha god kännedom om de lagar som styr tvångsvården, så att inte godtyckliga tolkningar om rättigheter och begränsningar förmedlas till patienter och närstående. Patienterna ska kunna få hjälp med förklaringar och förtydligande av information och frågeställningar som kan vara svåra att förstå.

Vårdpersonal kan uppleva ett etiskt dilemma när en förtroendefull relation till patienten ska byggas upp samtidigt som begränsningar och ordinationer måste utföras mot patientens vilja. Det försöker man ibland lösa genom att använda ett mer subtilt tvång, till exempel i form av övertalning eller vädjan (3). Personal som arbetar med tvångsvård uttrycker ofta ett behov av ökat tvärprofessionellt stöd och samarbete, framför allt i form av handledning, kring etiska reflektioner, i samband med konfrontationer med patienten (4) och i samarbetet med polis och socialtjänst.

## **Patientens upplevelse av tvång**

Det måste finnas rutiner för att ta hand om patientens eventuella klagomål och synpunkter på tvångsvården (2). Våld och tvångsåtgärder tycks förekomma i mindre utsträckning när patienten och personalen har haft möjlighet att bygga upp en god och förtroendefull relation. Därför måste patienten få möjlighet att fortlöpande samtala och diskutera med personalen om sin upplevelse och reaktion på att vårdas mot sin vilja (5, 6, 7). Det kan även ske i form av uppföljning efter utskrivning.

Om tvångsåtgärder blir aktuella ska den utföras av den personal som patienten har mest förtroende för, och dessförinnan ska patienten ha fått möjlighet att samtala med ordinerande läkare. Efter tvångsåtgärden ska patienten få möjlighet att beskriva sina upplevelser av den, ställa frågor och återigen få ta del av den bedömning som ledde till tvångsåtgärden. Medpatienter ska inte vara i närheten när tvångsåtgärd utförs, eftersom det kan upplevas som mycket besvärande. Men medpatienter kan också behöva stöd och information i samband med tvångsåtgärder (5, 6, 7).

## **Närstående och brukarinflytande**

Stöd och information i samband med tvångsintagning och vård ska ges till närstående, när det inte strider mot gällande sekretesslagstiftning. Enheter som bedriver tvångsvård ska föra en regelbunden dialog med brukar- och anhörigorganisationer om frågor som rör tvångsvård (7).

### Referenser

1. Hollstedt, C. (Red.). (2000). Lokal instruktion LPT/LRV. Psykiatriska kliniken Sydväst, Södra länets produktionsområde, Stockholms läns landsting.
2. Socialstyrelsen. (2001). Psykiatrisk tvångsvård – Resultat av nationell tematisk verksamhetstillsyn.
3. Lützen, K. (1998). Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5:101-7.
4. Olofsson, B. (2000). Use of coercion in psychiatric care, as narrated by patients, nurses and physicians. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 655.
5. Svensson, J. (1996). Patienters erfarenhet av tvångsvård. FoU-enheten/psyk, Västra Stockholms sjukvårdsområde, RSMH.
6. Haglund, K. Von Knorring, L. Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (1):65-2.
7. RSMH:s Rättsliga Råd. (2000). Rapport.

## Ledning och organisation

### Bra ledning och organisation innebär att

- ledningen fastställer övergripande mål för verksamheten och formulerar tydliga mål för samverkan med huvudmännen,
- vård, stöd och service utvecklas mot större flexibilitet med betoning på förebyggande och tidiga insatser,
- ledningen ställer krav på och uppmuntrar personalens delaktighet i utvecklingen av en gemensam värdegrund,
- verksamhetens behov av olika kompetenser är definierat, och att samarbetet mellan yrkesgrupper upprätthålls och utvecklas,
- all personal har adekvat utbildning,
- resurser finns för personalens fortbildning, att varje medarbetare har en kompetensutvecklingsplan och får kontinuerlig handledning,
- riktlinjer finns för hur ny kunskap och forskning tillvaratas, samt att studenter har tillgång till kliniska utbildningsplatser,
- introduktionsprogram finns för nyanställda, elever och studenter och att de följs inom alla verksamheter.

### Driva och medverka

Ledningen ska formulera tydliga mål för samverkan mellan olika huvudmän. Ett utvecklat samarbete mellan vårdgivare tjänar flera syften. Förutom att resurserna kan utnyttjas optimalt, underlättar det självklart för den enskilde att ha så få kontakter som möjligt (1).

Förutsättningar för utveckling av verksamheten är att ledningen driver och aktivt medverkar i projekt och förändringsarbete, där medarbetarnas kunskap och erfarenheter tas tillvara och där patienten alltid är i fokus. Ledningen ska även arbeta fram tydliga mål och handlingsplaner för utbildningsnivå och kompetens (2).

### **Ansvar och befogenheter**

Chefens roll är att leda arbetet så att verksamhetens mål uppfylls, att skapa delaktighet i personalgruppen och verka för ett arbetsklimat som gör det möjligt att bedriva ett gott arbete. Målen måste vara tydliga och kända hos alla medarbetare. Chefens uppgift är att tillsammans med sina medarbetare utforma innehåll, metoder och arbetssätt (3).

Ledarskapet har avgörande betydelse för att verksamheten ska utvecklas och att yrkesgrupperna värderas rätt i lön och inflytande. Därför räcker det inte att ha ansvaret, chefen måste också ha befogenheterna. En bra chef fungerar också som förebild för sina medarbetare, en förebild som kan inspirera och entusiasmera. Därför är det viktigt att både kvinnor och män är chefer, och att de själva har nätverk och mötesplatser där de kan utveckla sin ledarroll (4).

### **Yrkesansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar regleras i Lagen (1998:531) om yrkesansvar på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Lagen behandlar bland annat det självständiga yrkesansvaret och skyldigheten att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (5).

Personalens delaktighet är en förutsättning för utveckling av verksamheten, liksom ledningens förmåga att uppmuntra och ta tillvara vårdpersonalens engagemang. Vårdgivaren ansvarar för att verksamhetens behov av olika kompetens är tillgodosedd. Vårdtagaren eller brukaren ska ha rätt att förvänta sig att möta en professionell, kunnig, och tillmötesgående personal, som arbetar i överensstämmelse med vetenskap och beprövade erfarenhet. Personalen ska tillämpa ett preventivt arbetssätt för att minimera risker och missförhållanden (3).

### **Stimulans och handledning**

På varje arbetsplats ska det finnas ett introduktionsprogram för nyanställd personal, elever och studenter som alla ska gå igenom, oavsett om man är korttidsvikarie eller tillsvidareanställd.

Samarbete med gymnasieskolor, högskolor och universitet bidrar till utveckling av verksamheten och till att stimulera personalen till kompetensutveckling. Det behövs också tillgång till kliniska lektorat och adjunktstjänster i vården för att

utbilda och handleda studenter, men också för att ta tillvara forskning, så att den kommer den kliniska verksamheten tillgodo. Även egen forskning och utveckling behöver stimuleras och ges utrymme.

Handledning och konsultation ger kunskap som kan förbättra kvaliteten i det dagliga arbetet. Vikten av adekvat handledning kan inte nog betonas. Det gäller också möjlighet till debriefing efter traumatiska situationer, som är viktigt, inte minst för att kunna utveckla och behålla professionen (6).

#### Referenser

1. Närvård – en vårdpolitisk idé. Vårdförbundet, artikelnr.: 601029.
2. Tylefors, I. (1992). Ledarskap i vård omsorg och utbildning. Stockholm: Natur och kultur.
3. Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre. (2001). BraVå Version 3 Vårdförbundet.
4. Andersson, C. Organisationsteorier. (1994). Lund: Studentlitteratur.
5. Lag (1998:531) om yrkesansvar på hälso- och sjukvårdens område.
6. Socialstyrelsen 1997:8. God psykiatrisk vård på lika villkor. Stockholm: Gotab tryck.

## Uppföljning, utvärdering och utveckling

### Aktuell huvudman ska se till att

- specifika behov hos brukare och patienter uppfylls genom fortlöpande mätningar,
- brukarnas erfarenheter aktivt tillvaratas, till exempel genom så kallad brukarrevision,
- verksamhetsmål följs upp och utvecklas i takt med nyvunnen kunskap,
- kvalitetskriterier fastställs och enhetliga mätinstrument används,
- det finns gemensamma utvärderingar för att granska insatserna,
- synpunkter från brukare/patient och närstående dokumenteras och återförs till verksamheten.

Under de senaste åren har intresset ökat för att värdera och säkerställa vårdkvaliteten och åtgärder har vidtagits såväl nationellt (1) som internationellt (2, 3). Att höja hälso- och sjukvårdens kvalitet betonas i ett av de 38 mål som WHO:s Europakommitté antagit. Såväl Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som Socialtjänstlagen (SoL) betonar detta. Enligt HSL ska vården vara av god kvalitet, den ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och kvaliteten stärkas (4). SoL anger att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet (5) och i Lagen om stöd och service (LSS) är goda levnadsvillkor ett övergripande kvalitetsbegrepp (6). Patientens bedömning av vårdens kvalitet och innehåll har inte efterfrågats i någon större utsträckning (7). Orsaker som anförts har varit metodproblem, men också tvivel på värdet av att fråga psykiskt sjuka med störd verklighetsuppfattning eller patienter som varit tvångsintagna. En genomgång av olika studier har visat att problemet i första hand inte ligger hos de tillfrågade patienterna, utan snarare i att det saknas enhetliga metoder och instrument (8). Det är därför av stor vikt att enhetliga utvärderingssystem, nationella instrument och jämförande standards utvecklas för psykiatrisk vård.

Såväl vårdgivare som kommunala verksamheter för stöd och service är skyldiga att bedriva ett kontinuerligt kvalitetssäkrings- och utvecklingsarbete. Det finns fastslaget i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1, 9). För att utvärdera patientens/brukarens syn på verksamheten finns flera patientenkäter och metoder. Det finns också ledningsinstrument för att utvärdera verksamheten (se lästips).

Brugarrevision är ett relativt nytt begrepp, som innebär att personer med egen erfarenhet av att vara patient i psykiatri, eller klient i socialtjänsten, genomför en kvalitetsgranskning. Tillvägagångssättet är ofta att brukarna intervjuar andra brukare. Då är det viktigt att referensramen är brukarnas uppfattning av vad som är god vård och omsorg. Brugarrevisioner är betydelsefulla för att skapa och upprätthålla verksamheter för psykiskt funktionshindrade och kan användas för att öka brukarnas makt och inflytande (10).

#### Referenser

1. SOSFS 1996:24 (M). Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Föreskrifter och allmänna råd.
2. World Health Organization. (1988). Quality assurance for health service. World Health Organization, Regional Committee for Europe, Thirty-eight Session. Copenhagen.
3. World Health Organization (1991). Updating of the European HFA targets. World Health Organization, Regional Committee for European. Forty – first session. Lisbon.
4. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).
5. Socialtjänstlagen (SFS1980:620).
6. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Socialstyrelsen. (2003). Erlanders Gotab AB.
7. Steinholtz Ekecrantz, L. (1995). Patienternas psykiatri. En studie av institutionella erfarenheter. Studie in Art and Science, 135. Linköping: Carlsson Bokförlag. (Avhandling).
8. Patientens syn på vården inom psykiatri – exempel på undersökningar. Förstudie. Projektet-PM Spri (1990) I: God kvalitet i den psykiatriska vården, Psykiatriuppföljningen 1997:4.
9. SOSFS 1998:8 (S). Socialstyrelsens allmänna råd. Kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade.
10. RSMH:s rättsliga råd. Rapport, 2002.

#### Lästips

Spri rapport 332. (1992). Fråga patienterna på psykiatriska vårdavdelningar: frågorna, metoderna, problemen och möjligheterna. Stockholm: Spri.

Spri rapport 362. (1993). Fråga patienterna på psykiatriska mottagningar: frågorna, metoderna, problemen och möjligheterna. Stockholm: Spri.

Wilde Larsson, B. Larsson, G. Larsson, M. Starrin, B. (2001). KUPP-boken - Kvalitet Ur Patientens Perspektiv. 4:dje upplagan. Stockholm: AB Grafiska gruppen.

Qualitet Utveckling Ledarskap (QUL) 2003/2004. Ett instrument för verksamhetsutveckling, Stockholm 2003.



## **Definitioner av begrepp**

### Arbetsinriktad rehabilitering

Alla medborgare i arbetsför ålder ska erbjudas arbete eller rehabiliteringsåtgärder.

### Brukare

En person som använder kommunens eller landstingets tjänster.

### Brukarinflytande

När de som använder kommunens eller landstinget tjänster har inflytande över tjänsternas utformande.

### Funktionshinder

Förlust av förmåga.

### Habilitering

Att främja utveckling för att uppnå en förmåga som individen aldrig haft.

### Individ och person

I det här materialet används begreppen om patient eller brukare som får någon eller flera av följande tjänster: vård, omsorg, stöd och service enligt HLS, SoL, LSS, LPT eller LRV.

### Individuell vårdplan/ individuell plan

Dokument som beskriver de insatser som behövs och hur de ska utföras. Upprättas av personal tillsammans med personen och, om så önskas, även närstående.

### Konvertering till tvångsvård

Övergång från frivillig vård till tvångsvård.

### Kvalitet

Inom hälso- och sjukvården definieras kvalitet som ett uttryck för i vad mån vården motsvarar uppsatta mål, krav eller standards för god vård.

### Kvalitetssystem

Hjälpmiddel för ledningen att styra verksamheten mot uppsatta kvalitetsmål. En organisatorisk struktur, rutiner, processer och resurser som är nödvändiga för ledning och styrning av verksamheten med avseende på kvalitet.

### Kvalitetssäkring

Att på ett systematiskt sätt beskriva, mäta och värdera samt vid behov vidta åtgärder för att förbättra kvaliteten.

### Normalisering

Ingå i samhället på samma villkor som andra människor.

### Närstående

En person, inom eller utom familjen, som har en nära relation till individen.

### Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Sjuksköterska som är ansvarig för patientens omvårdnad.

### Personligt ombud

En person som kan vara stöd för och bistå individen i olika sammanhang, samt företräda individen i myndighetskontakterna.

### Psykiatrisk omvårdnad

Psykiatrisk omvårdnad är en aktiv, planerad och målinriktad process som ska leda till att patienten ska kunna leva ett oberoende liv, i ett socialt sammanhang och med en tillfredsställande livskvalitet. Psykiatrisk omvårdnad bygger på ett bra samarbete mellan patient, närstående och vårdpersonal. Grunden för god omvårdnad är en trygg relation mellan vårdare och patient.

### Psykiskt funktionshinder

I princip kan alla långvariga psykiska sjukdomar förorsaka ett funktionshinder. Det är dock vanligast förekommande vid långvariga funktionella psykosjukdomar.

### Psykosocial rehabilitering

Insatser som psykiskt funktionshindrade behöver för att återvinna förlorad eller nedsatt social funktionsförmåga.

### Rehabilitering

Någon enhetlig definition av begreppet finns inte och i praktiken skiljer man mellan medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad rehabilitering. Det innebär att olika aktörer arbetar utifrån sina egna definitioner. Begreppet används både för att fånga en process och för att peka ut olika åtgärder. I dagligt tal står rehabilitering för återanpassning och normalisering i samhälls- och arbetslivet.

### Rehabilitering – behandling

Rehabilitering avser att minska funktionshinder och handikapp, medan syftet med behandling är att minska eller avlägsna sjukdom och symtom.

### Stigmatisering

När man ser en person som avvikare.

### Stödperson

Person som har till uppgift att stödja patient inom den psykiatriska tvångsvården i personliga frågor.

### Vårdgivare

Juridisk person, t ex landsting, kommun, bolag, stiftelse, eller fysisk person som bedriver vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Med vårdgivare menas inte enskild yrkesutövare.

### Vårdgrannar

Den specialiserade psykiatrins främsta samverkanspartners t ex kommunala verksamheter, arbetsförmedling, försäkringskassa och primärvård.

### Vårdkvalitet

Ett uttryck för i vad mån olika insatser och åtgärder stöder uppsatta mål eller standarder på vad som anses vara god vård.

### Vårdplanering

Diskussion där patienten och i vissa fall närstående tillsammans med personal från en eller flera huvudmän, planerar vilka insatser som ska ske.

## **Om rapporten**

### **Metod**

Metoden som använts är litteraturstudier. Sökningar har gjorts via databaserna Libris, Cinahl, Medline, PubMed och Psykinfo. Därutöver har lagar studerats som är grundläggande för den psykiatriska hälso- och sjukvården samt för kommunens verksamheter för psykiskt sjuka, såsom hälso- och sjukvårdslagen (HSL), lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service (LSS) och lagen om assistens stöd (LASS). Kunskap om vårdens kvalitet har inhämtats från, forskningsrapporter, vetenskapliga artiklar, kvalitetshandböcker, utvecklingsarbetet, skönlitteratur, bedömningsinstrument, författningar och föreskriften samt Vårdförbundets politiska skrifter. Därutöver har egna kunskaper och erfarenheter inom området tillvaratagits. Dokumentets innehåll har under arbetets gång kontinuerligt diskuterats med både en styrgrupp och en referensgrupp samt även presenterats vid en Workshop under Vårdstämman våren 2003.

### **Styrgrupp**

Eva Fernvall, ordförande Vårdförbundet

Margareta Albinsson, vice ordförande Vårdförbundet

Anna-Karin Eklund, vice ordförande Vårdförbundet

Kristina Malm Janson, samordnare gruppen Yrke – Villkor, Vårdförbundet

### **Projektgrupp**

Agneta Schröder, projektledare, doktorand, Vårdförbundet och Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro

Hans Andersson, utvecklingssekreterare, Rättspsykiatriska Vårdkedjan, Hisings Backa

Kerstin Belfrage, Förbundsombudsman, Vårdförbundet, Stockholm

Anna Björkdahl, utvecklingsjuksköterska, doktorand, Psykiatriska kliniken SV, Huddinge Universitetssjukhus, Stockholm

Anniqa Foldemo, universitetsadjunkt, doktorand, Hälsouniversitetet Linköpings universitet, Linköping

Monica Hansson, psykiatrisjuksköterska, ordförande Vårdförbundet, Halland

Maine Lundberg, föreståndare, Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum, Umeå

Bente Nilsen, psykiatrisjuksköterska, arbetsledare, Socialpsykiatrin, Örebro

Cecilia Wilstrand, vårdutvecklare, klinisk adjunkt, Umeå

## **Referensgrupp**

Siv Aronsson, Akademikerförbundet, SSR

Monica Asplén, Psykiatriska riksföreningen

Anita Enger, Sveriges Psykologförbund

Lena Haglund, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Jerker Hanson, Sveriges läkarförbund

Bo Ivarsson, Svenska psykiatriska föreningen, SPF

Ulla Karlsson, Lindesberg, Hällefors, Nora, Ljusnarsbergs kommuner,

Rullaenheten, Lindesberg

Gabriella Kollander Fällby, Svenska kommunförbundet

Merja Linqvist, Stiftelsen Stora Sköndal, Stockholm

Rakel Lundgren, Schizofreniförbundet

Gunilla Nordin, Svenska psykiatriska föreningen för skötare, SPFS

Liza di Paolo-Sandberg, Kommunalarbetatarförbundet, Kommunal

Gunilla Roman, Landstingsförbundet

Eva Ryden, Svenska kommunaltjänstemanna förbundet, SKTF

Ann Helen Westerdahl, Vård och Omsorg, Malmö

Anna Wiksten, Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH

Ann-Charlott Ågren, Svenska föreningen för psykisk ohälsa, Sfph

Svensk sjuksköterskeförening, SSF har bidragit med synpunkter

### **Om regelverket inom landstingets psykiatriska verksamhet och kommunernas stöd och serviceverksamhet**

Psykiatriska verksamheter regleras i flera olika lagar. De viktigaste är:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:762, HSL)
- Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)
- Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)
- Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)
- Socialtjänstlagen (2001:453, SoL)
- Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

I, HSL och SoL finns bestämmelser om landstingens och kommunernas generella ansvar för att tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvård och sociala insatser. Personer med stora och varaktiga funktionshinder kan dessutom ha rätt till särskilda insatser enligt LSS. Bestämmelser om tvångsvård finns i LPT och LRV.

Psykiatrisk verksamhet bedrivs således av flera olika huvudmän (landsting, kommuner och enskild verksamhet). När psykiatrireformen genomfördes 1995 övergick en stor del av de psykiatriska verksamheternas innehåll till kommunernas ansvarsområden. Det gällde framförallt boende, boendestöd och sysselsättning.

#### **Hälso- och sjukvård**

De grundläggande bestämmelserna för hur hälso- och sjukvården skall vara utformad i Sverige finns i HSL. I HSL anges de övergripande målen för hälso- och sjukvården och vilka krav som kan ställas på vården. Dessa bestämmelser gäller all hälso- och sjukvård, såväl offentlig som enskild.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för

den enskilde människans värdighet. Vidare skall den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården.

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bl.a. att vården skall vara av god kvalitet, vara trygg och säker för patienten, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Ytterligare bestämmelser i HSL som omfattar all hälso- och sjukvård är föreskrifter om patientansvarig läkare, ledningen av hälso- och sjukvården, kvalitetssäkring m.m.

Landstingens och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar definieras också i lagen. Varje landsting skall erbjuda dem som är bosatta där en god hälso- och sjukvård, dock inte sådan vård som en kommun ansvarar för. Kommunerna bedriver hälso- och sjukvård främst inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionshindrade. Sådan vård som ges av läkare är landstingens ansvar.

Huvudprincipen i svensk rätt är att hälso- och sjukvård skall vara frivillig. Bestämmelserna i HSL gäller därför vid all psykiatrisk vård. Vården skall så långt som möjligt bedrivas i samråd med patienten och med respekt för dennes självbestämmande och integritet.

LYHS är den lag där bestämmelser ges om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och bland annat tar upp:

- Hälso- och sjukvårdspersonalens egna yrkesansvar
- Respekt för patientens rätt till säkerhet, integritet, värdighet och delaktighet
- Skyldigheten att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ibland kan det vara nödvändigt att ge psykiskt störda personer tvångsvård, dvs. vård mot deras vilja. I LPT ges kompletterande föreskrifter om sådan psykiatrisk vård som innebär frihetsberövande och annat tvång (t.ex. tvångsmedicinering, kroppsvisitering).

Tvångsvård får ges endast om patienten lider av allvarlig psykisk störning, patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och övriga personliga förhållanden har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och patienten motsätter sig ovan nämnda vård eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

I LPT finns därutöver bestämmelser bl.a. om intagning för tvångsvård, hur vården skall ges och om tvångsvårdens upphörande.

I LRV finns bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård bl.a. för den som efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård. Sådan vård kan under vissa förutsättningar komma ifråga om en person har begått ett brott och lider av en allvarlig psykisk störning. I vissa fall kan även den som är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt eller ett särskilt ungdomshem överlämnas till rättspsykiatrisk vård.

För samtliga patienter som vårdas enligt LRV gäller samma regler för själva vården som för de personer som vårdas enligt LPT. Det innebär att HSL gäller och att vården i möjligaste mån skall ske i samråd med patienten. Reglerna om intagning, tillåtelse att vistas utanför sjukhuset eller vårdavdelningen samt utskrivning skiljer sig dock åt beroende på vilken kategori patienten tillhör. För den som dömts till rättspsykiatrisk vård kan rätten i vissa fall föreskriva att en särskild utskrivningsprövning skall ske.



Inom all hälso- och sjukvård är man skyldig att följa en rad andra lagar och föreskrifter. Några sådana av central betydelse för psykiatrin är patientjournalagen (1985:562), sekretesslagen (1980:100), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001:17) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Detta inskränker inte andra huvudmäns ansvar.

Till socialnämndens arbetsområden hör omsorger om människor med funktionshinder. Det handlar bl.a. om att verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl har betydande svårigheter i sin livsföring får möjligheter att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

LSS är en rättighetslag och ett komplement till andra lagar (t.ex. SoL). Den skall stärka den enskilde funktionshindrades ställning som samhällsmedborgare. Målsättningen är att underlätta det dagliga livet för personer med omfattande funktionshinder och främja full delaktighet i samhällslivet. Den enskilde skall så långt möjligt ges inflytande och medbestämmande över insatserna.

Lagen innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och service åt personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som inte beror på normalt åldrande, om de är stora och orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

I lagen beskrivs tio särskilda insatser som samhället skall svara för. Det kan t.ex. röra sig om stöd av en personlig assistent för den som behöver hjälp med att sköta

sin hygien, klä sig, äta, kommunicera med andra osv. Andra stödinsatser som funktionshindrade kan få är ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice i hemmet, bostad med särskild service för vuxna eller daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar arbete och inte utbildar sig m.m. I de flesta av insatserna ingår omvårdnad.

För en av de tio insatserna – personlig assistans – kan försäkringskassan besluta om assistansersättning för den del av behovet som överstiger 20 timmar per vecka. I *lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS)* regleras statens ansvar för kostnader i samband med personlig assistans.

VÅRDFÖRBUNDET  
Adolf Fredriks Kyrkogata 11. Box 3260, 103 65 Stockholm.  
Tel 08-14 77 00  
[www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)