

Kvalitet på **dina** villkor!

– En handbok för förändring



Innehåll

Dags att flytta fram positionerna!	3
RSMH:s kvalitetsmätt	4
1. Brukarinflytande	4
2. Information	6
3. Allmänna vårdfrågor	7
4. Öppenvård	8
5. Heldygnsvård	11
6. Psykofarmaka och ECT	13
7. Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT	15
8. Rättspsykiatrisk vård	17
9. Kroppslig hälsa	18
10. Tandvård	20
11. Ekonomi	21
12. Boende	22
13. Arbete/sysselsättning	24
14. Personligt ombud	26
15. God man och förvaltare	27
16. Hjälpmedel	28
17. Tillgänglighet	29
18. Diskriminering	31
Viktiga begrepp	32
Vill du lära dig mer?	34

Dags att flytta fram positionerna!

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, arbetar för att människor med psykisk ohälsa ska jämföras med andra i samhället, och att alla ska ha samma möjligheter till ett bra liv. Så är det inte idag.

Många människor med allvarlig psykisk ohälsa lever 15-20 år kortare än övriga befolkningen. Till detta ska dessutom läggas att livskvaliteten ofta är sämre än för andra grupper. Högst var tionde person med psykiska funktionsnedsättningar har ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Ekonomin och boendet är sämre, utbildningen är eftersatt och den kroppsliga (somatiska) vården är sämre än för andra grupper.

Genom att formulera vad som är kvalitet i verksamheter för personer med psykisk ohälsa kan vi förändra situationen till det bättre. Vi kallar det för kvalitetsmått. Men för att kunna förändra så måste vi ta reda på hur verkligheten ser ut, och därefter bestämma hur det borde se ut och vilka rättigheter vi kan hävda.

Kvalitet på dina villkor kommer här i den femte, reviderade upplagan. Den är ett stöd för dig som till exempel representerar RSMH i brukarråd och samverkansforum. Du kan också på egen hand använda det för att ställa krav och påverka din kommun eller ditt landsting/region. Det gäller att få fram ett underlag som går att följa upp. Kvalitetsmått är viktiga för att vi ska kunna samordna våra krav. Men det går inte att göra allt på en gång. Börja med att välja de kvalitetsmått som är mest angelägna och driv dem.

Ha alltid skriften redo, som en handbok. Läs lite i taget, lär dig om dina rättigheter och vilka lagar som finns (att läsa allt i ett svep kan bli i mastigaste laget). Det finns också en studiehandledning på RSMH:s hemsida, www.rsmh.se. Varför inte ordna en studiecirkel i din lokalförening?

Inflytande för brukare är en viktig fråga för RSMH. Vi vill se ett aktivt brukarinflytande som innebär att brukarna får mer makt över sina liv. Men trots att flera dokument och rapporter slår fast vikten av att samverka med brukare och även ge oss direkt inflytande, så har intresset från olika huvudmän ofta varit svalt. De har sällan metoder för att arbeta med brukarinflytande. Forskning har visat att det också är positivt för rehabiliteringsprocessen.

Hör gärna av dig till RSMH:s förbundskansli med synpunkter. Dokumentet utvecklas, kompletteras och revideras kontinuerligt inom RSMH. Första upplagan fastslogs på RSMH:s förbundsråd 2012. Den femte upplagan antogs av förbundsstyrelsen 2017.

Det är dags att vi flyttar fram positionerna!

Jimmie Trevett,
förbundsordförande RSMH

RSMH:s kvalitetsmått

1. Brukarinflytande

Människor med psykisk ohälsa har genom egna och andras erfarenheter ofta en unik kunskap om vårdens goda sidor och om dess tillkortakommanden. Därför är det viktigt att brukarna – de som får vård och samhällsservice – har mer att säga till om. Vi brukar säga att ”Den som bär på skon vet var den klämmer”. Den här unika kompetensen borde man ta vara på betydligt mer än idag. Det är det som kallas **brukarinflytande**. Här finns mycket att göra för att brukarinflytandet ska få betydligt större genomslag. Det har dock blivit bättre under senare år. Efterfrågan på brukarnas medverkan har ökat.

Ett **brukarråd** är ett forum för möten mellan å ena sidan personal och chefer inom en verksamhet och å andra sidan brukare, som oftast är representanter för en organisation. Syftet är ge möjlighet för frågor, synpunkter, kritik och förslag till förbättringar. För att ett brukarråd ska fungera bra är det viktigt att organisationerna får utse sina egna företrädare. Det är bara då man kan vara säker på att de för fram medlemmarnas åsikter och att de har stöd från sin organisation i arbetet. Det händer dock att vårdgivare och andra själva utser representanter, vilket bör kritiseras. Det är dock inte alltid som brukarrepresentanternas inflytande får effekt. Ett sätt att undersöka om arbete leder till förändring är att följa upp och fråga hur förra mötets synpunkter har åtgärdats. Och inför omorganisation, nedläggning, öppnandet av nya lokaler, minskning av personalstyrkan, start av interna utbildningar etc, så är det extra viktigt att verksamheten tar in brukarnas synpunkter. De som deltar i brukarrådet bör få ekonomisk ersättning. Brukarna ska ha ett skäligt arvode för de kunskaper och livserfarenheter som de bidrar med. Inte minst eftersom människor med psykisk ohälsa är den grupp i samhället som är ekonomiskt mest utsatt. De bör också få reseersättning.

En så kallad **brukarinflytandesamordnare, BISAM**, är anställd av kommunen eller landstinget/regionen. Den personen har till uppgift att samordna inflytandet och kan till exempel ta initiativ till att skapa patientråd, delta i styrelsen, utbilda ny personal, vara med i råd, vara med vid rekrytering av ny personal, anordna konferenser och publicera skriftligt material. Närvaron av en brukarinflytandesamordnare tycks göra att frågan om inflytande för brukare, patienter och anhöriga kommer upp på agendan (skriver Socialstyrelsen i en rapport, 2011). Men det varierar över landet vad en BISAM ska göra eller om det ens är ett meriterande krav att ha egna erfarenheter av psykisk ohälsa. RSMH anser att egen erfarenhet bör vara ett krav.

En **brukarrevison** går ut på att brukare, före detta brukare eller anhöriga granskar en psykiatrisk verksamhet, intervjuar de som använder den och analyserar svaren i en rapport. På så sätt får den psykiatriska verksamheten en effektiv revision, eftersom brukare som talar med brukare får andra svar än personalen. En brukarrevison ger också ett inifrånperspektiv om hur det är att leva med psykiska funktionshinder; en tillgång både när frågor tas fram och när svaren analyseras.

Delat beslutsfattande är en metod för medbestämmande i den egna vården och behandlingen. Den psykiatriska verksamheten ska se till att samarbeta med brukaren, inte bara informera och fatta besluta. I delat beslutsfattande får brukaren information om alternativ, även sådant som vården/socialpsykiatrin själv kanske inte kan erbjuda. Den ska ges på det sätt som brukaren vill, till exempel skriftligt eller genom att andra brukare berättar om sina erfarenheter. Sedan diskuterar personalen och brukaren om vilka alternativ som kan vara bäst, och personalen måste fråga brukaren om vad hen anser är viktigt. En tid efter att beslutet har fattats så träffas man igen och pratar om hur det har gått och om något behöver ändras. Det finns flera stöd för Delat beslutsfattande. Ett exempel är det amerikanska dataprogrammet Common ground. Den svenska forskaren Petra Svedberg jobbar med att utveckla stöd för delat beslutsfattande inom socialpsykiatrin i Sverige.

Runt om i landet finns flera exempel på verksamheter som har förstätt vikten av att anställa personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Det kallas **peer support** eller **mentorskap**. I Göteborg har till exempel Arbetsförmedlingen ett avtal med den ideella organisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH (där RSMH ingår). Fyra brukarcoacher har anställts på två heltidstjänster för att stötta personer med psykisk ohälsa att söka jobb. I och med att de har egna erfarenheter kan de lättare prata med brukarna och sätta sig in i deras situation.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Finns det permanent inrättade brukarråd för den psykiatriska organisationen?*
- *Vem utser representanterna i brukarrådet?*
- *Får brukarrepresentanterna tillgång till relevanta skriftliga underlag i god tid innan mötena?*
- *Hur kommer brukarrepresentanternas synpunkter in i beslutsprocesserna och hur påverkas verksamheten?*
- *Får brukarrepresentanterna arvode och reseersättning?*
- *Finns BISAM eller motsvarande i kommunen/landstinget?*
- *Hur många verksamheter har genomfört en brukarrevison?*

- *Hur ofta används metoden Delat beslutsfattande?*
- *Hur många brukare anställs på grund av deras speciella kompetens?*

2. Information

För att kunna vara aktiv i din vård är det viktigt att du får information, och du ska dessutom få den på det sätt som du behöver. Informationen kan till exempel handla om vilken vård och behandling som finns och om eventuella risker för komplikationer eller biverkningar. Om du har svårt att förstå vad som sägs så har du rätt att få den **skriftligt**. Har du svårt att ta till dig text har du rätt att be om bilder eller möta en återhämtad patient som kan förklara enklare. Det gäller även, och är inte minst viktigt, vid tvångsvård (det står i Patientlagen, läs mer på www.1177.se). Utifrån informationen ska du sedan kunna göra ett medvetet val om till exempel din behandling. Det kallas **informerat samtycke**.

Har du svårt att förstå svenska så har du rätt att få en **tolk**. Att inte få uttrycka sig på sitt modersmål vid psykisk ohälsa är ytterligare en belastning.

RSMH anser också att vården bör erbjuda **information om brukarorganisationer** (vilket för det mesta inte görs). Organisationer som RSMH kan erbjuda kamratstöd som hjälp i återhämtningen, och kan även berätta om vilka rättigheter man har. Informationen ska inte bara finnas tillgänglig i ett väntrum eller liknande utan erbjudas aktivt av personalen.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Får du informationen skriftligt när du behöver det?*
- *Får du och andra tolk när det behövs?*
- *Hur många är i behov av tolk, och hur ofta får de det?*
- *Får alla brukare och anhöriga skriftlig information om brukarorganisationer?*

3. Allmänna vårdfrågor

RSMH arbetar för att man ska ha möjlighet att välja sin egen behandling. Patienten har ofta stor kunskap om sitt tillstånd och vad det är som hen behöver. Att patienten är motiverad och tror på behandlingen är viktigt för återhämtningen. En annan sak som har betydelse för resultatet väntetider. Långa väntetider till läkare eller annan behandlare kan få tillståndet att bli långvarigt och återkommande och risken för självmord ökar dessutom. Det är också nödvändigt att kötiderna på akuten är korta. Lång väntan kan försämra tillståndet och även bli en risk för våld, tvångsåtgärder eller självmord. När man väl har fått en kontakt inom vården så är det angeläget att ha täta möjligheter till samtal med sin behandlare. Det här finns dokumenterat i många patientenkäter och gäller alla sorters patienter.

En människa som får behandling inom psykiatri har tyvärr ofta många behandlare, allt från läkare och sjuksköterskor till personal inom socialtjänsten. Ständiga byten och dålig samordning mellan behandlarna kan också göra att det blir svårare att få en trygg, kontinuerlig vård. Och är man missnöjd med sin behandlare så kan man alltid byta. Man behöver inte motivera varför. Det går till och med att byta till ett annat landsting, bara de har resurser att ta emot dig. Det fria vårdvalet har blivit ännu tydligare genom Patientlagen som kom 2015.

Är man inte nöjd med diagnos eller behandling så har man även rätt till en **ny medicinsk bedömning**, det som tidigare kallades för second opinion. Det gäller när man har en allvarlig eller livshotande sjukdom eller skada. Då kan du bli undersökt av en annan läkare. Och om det inte går att få på samma vårdinrättning så ska landstinget bekosta ett besök hos en annan vårdgivare eller rentav ett annat landsting (gäller dock ej inom privat vård). Det är bäst om den nya läkaren inte får se ens tidigare journaler.

Om du vill veta vad som står om dig i din **journal** så har du rätt att få en kopia (enligt Personuppgiftslagen, 26 §). Det finns dock en del begränsningar som gör att alla inte tillåts läsa sin journal. Den del som är digitaliserad kan du ta ut utan avgift en gång om året. Äldre journaler, innan digitaliseringens tid, kan ibland vara lite knepigare att få ut, men du kan alltid få ut dem som en allmän handling. Vissa delar av sin journal kan man idag läsa på nätet via Vårdguidens hemsida. Då krävs en e-legitimation. Inte alla landsting har idag den tjänsten men den utökas successivt. Vad händer om man hittar rena felaktigheter i sin journal? Då kan man höra av sig till den som skrivit anteckningen för att få den ändrad. Patient och vårdgivare måste då vara överens, men det ska alltid framgå i journalen att patienten vill ha en ändring. Man kan begära hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att få sin journal, helt eller delvis, förstörd. Men då ska man ha godtagbara skäl och journalen ska heller inte behövas i framtida vård.

Om du inte är nöjd med vården så kan du klaga hos **Patientnämnden**. En patientnämnd finns i varje landsting eller region. Om de inte tar upp ditt ärende, eller om du är frihetsberövad, kan du vända dig till den statliga myndigheten Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO. De ska se till att patientsäkerheten höjs genom att undersöka vad som har gått fel och varför, och vad man kan göra för att det inte ska hända igen. Om många anmälningar har gjorts mot en vårdgivare så kan det betyda att där finns flera brister. Men många brukare orkar heller inte anmäla.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur stor del av behandlingen sker utifrån patientens önskemål?*
- *Hur länge måste man vänta på ett första besök hos läkare?*
- *Hur lång är (den genomsnittliga) väntetiden på den psykiatriska akuten?*
- *Hur ofta får patienter en avsatt tid för ett samtal med sin behandlare?*
- *Hur mycket personal har varje patient?*
- *Är det lätt att byta läkare?*
- *Är det krångligt att få en ny medicinsk bedömning?*
- *Hur lätt är det att få ut, eller ändra i, sin journal?*
- *Hur stor del av patienterna känner sig nöjda med behandlingen?*
- *Hur många anmälningar har Patientnämnden eller IVO fått?*

4. Öppenvård

RSMH verkar för att det ska vara lätt att få hjälp i ett tidigt skede. Därför behöver det satsas mer på öppenvården. Ju lättare det är att få hjälp i den, desto mindre risk för att krisen fördjupas och brukaren till exempel behöver läggas in akut i slutenvården. Det är också viktigt att brukaren erbjuds olika behandlingsformer att välja mellan, då detta gör att man känner sig mer delaktig i sin egen vård. Enligt **Patientlagen** så har patienten rätt att välja den behandling i öppenvården som hen föredrar, bara det ligger inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet. Erbjuds inte behandlingen där du bor så kan du pröva att söka den i ett annat landsting. Inom RSMH vill vi att det öppnas för fler **alternativa behandlingar** inom psykiatrin, det kan vara allt från trädgårdsterapi till kultur på recept, som kan fungera som ett komplement till den ordinarie vården.

Det är också viktigt att man får sin behandling snabbt, innan tillståndet riskerar att bli värre. Psykiatrin ska då följa **vårdgarantin**, som innebär att man ska få komma till specialistvården inom 90 dagar. Det gäller också för remiss till

terapi, om du har blivit utredd och fått veta att du kan behandlas inom den så kallade **rehabiliteringsgarantin**. Ofta ser det dessvärre ut som att vårdgarantin bara följs så att patienten får ett första möte inom tre månader - men själva vården och hjälpen kommer först väldigt långt senare. Allt fler landsting har i och med rehabiliteringsgarantin börjat erbjuda **kognitiv beteendeterapi (KBT)** men denna behandling är kort, endast 5-20 gånger och passar inte alla. I rehabiliteringsgarantin ingår också **interpersonell psykoterapi**, men inga andra terapiformer. Möjligheten att själv välja den terapi som man tror sig bli hjälpt av måste öka. Psykodynamisk terapi behöver till exempelvis göras tillgänglig för många fler.

Om du inte kan resa med kollektivtrafiken när du ska besöka vården så har du möjlighet att få **sjukresa**. Den sker med taxi, rullstolstaxi eller egen bil och det är det medicinska behovet som styr. Du måste dock alltid betala en del av kostnaden själv (ring landstingets/regionens växel för att få veta mer). Det är möjligt att be om så kallad **samordnad individuell plan (SIP)**, om du har behov av insatser från både vård och socialtjänst. Den görs tillsammans med dig och de personer som du vill ska vara med. Det är kommunen och landstinget som ska se till att planen görs, enligt Hälso- och sjukvårdslagen liksom Socialtjänstlagen. **Socialtjänstlagen** är en så kallad ramlag som reglerar vilken hjälp du kan få från socialtjänsten och vilket ansvar som kommunen har.

En **case manager**, eller vård- och stödsamordnare, hjälper personer med psykisk ohälsa som har stora behov av stöd. Samordnaren har bland annat ansvar för att utredning, planering och insatser utförs och följs upp. Rollen påminner om **personligt ombud** (se kapitel 13), men ingår som en del i vården eller socialtjänsten, medan personliga ombud ska ha en fristående ställning. Det verkar tyvärr vara brist på case managers.

Ett annat sätt att få ett mer omfattande stöd, är av ett så kallat **ACT-team** (ACT står för Assertive Community Treatment). Det består av till exempel socialarbetare, sjuksköterska och psykiater och de hjälper den med svår psykisk ohälsa och komplexa behov (till exempel om man även har ett missbruk). De arbetar uppsökande och det går att kontakta någon ur teamet nästan när som helst på dygnet. Socialstyrelsen uppmanar kommunerna och landstingen att ha ACT-team, men trots det finns de bara på ett fåtal ställen i Sverige.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, är tänkt att förbättra vardagen för personer med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar. Men i verkligheten är det få med psykisk ohälsa som beviljas LSS. En stor del av stödet finns visserligen också inom

Socialtjänstlagen. LSS ska också ge ett stöd som innebär "goda levnadsvillkor" - medan det inom socialtjänstlagen räcker med "skälig levnadsnivå". Orsaken att så få psykiskt funktionsnedsatta beviljas LSS kan vara att personalen inom socialtjänst tolkar lagen för strikt, och inte tar hänsyn till att psykisk funktionsnedsättning kan variera över tid. Om du klarar av att äta, klä på dig, och kommunicera nekas du till exempel **personlig assistans** som kan ingå i LSS, men många med psykiska funktionsnedsättningar har periodvis svårt att klara de mest grundläggande vardagsbehoven.

Kommunens **ledsagare** kan hjälpa en att till exempel besöka vänner, gå en kurs, komma ut på promenad och göra andra fritidsaktiviteter. I praktiken tycks det vara få med psykisk funktionsnedsättning som får ledsagare, trots att den finns med i Socialtjänstlagen och LSS. Du som har psykiska funktionshinder kan även få en **kontaktperson** av kommunen, om du ibland vill träffa en vanlig medmänniska för att till exempel fika eller gå på bio tillsammans. Kontakta din kommun för att ansöka. Inom psykiatri finns också kontaktpersoner, men de ska främst vara ens kontakt där. Kontaktperson är kostnadsfri.

Den psykiska ohälsan bland **barn och unga** har ökat. Nya larmrapporter kommer ständigt. Inte minst flickor är drabbade. Pressen från skola, yrkesliv och även på sociala medier är stor. **Skolans elevhälsa** är därför väldigt viktig. Där ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, skolpsykolog, skolkurator liksom kompetent stöd för de elever som behöver specialpedagogiska insatser (allt enligt skollagen, kapitel 2, § 25-28). Trots de stora behoven så har det dragits ned på många håll. Och även om det finns en skolpsykolog, så jobbar denna ofta på flera skolor samtidigt. Det leder till allt för få samtalstider för elever som har problem. RSMH anser att det behövs satsas mer på elevhälsan.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många får få hjälp i öppenvården? Vilket behov finns?*
- *Har landstinget tillsyn så att psykiatri följer vårdgarantin?*
- *Har patienterna möjlighet att välja bland flera olika behandlingar?*
- *Hur lätt är det att få olika former av psykoterapi?*
- *Hur ofta beviljar landstinget sjukresa om man har psykisk ohälsa?*
- *Hur många får information om möjligheten till SIP?*
- *Hur lätt är det att få en case manager/vård- och stödsamordnare?*
- *Finns så kallade ACT-team?*
- *Hur många med psykiska funktionsnedsättningar får stöd enligt LSS?*
- *Hur många beviljas personlig assistans?*
- *Hur många beviljas ledsagare?*
- *Hur många beviljas kontaktperson?*

- *Hur lång tid tar det att få träffa en skolpsykolog? Vilket behov finns?*

5. Helydygnsvård

När inte primärvården och den öppna psykiatrin räcker till för ens behov så kommer man till **helydygns- eller slutenvården**. Man blir inlagd. Här hamnar man på frivillig basis (till skillnad från inom tvångsvården, LPT, se nästa kapitel). För många kan det vara ett stort steg. Ju bättre öppenvården är utbyggd och fungerar desto mindre är behovet av slutenvård. En variant för att minska inläggningarna är så kallade sviktplatser eller sviktboenden. Ett **sviktboende** är ett tillfälligt, kortvarigt boende med stöd när vardagen svajar för den med psykisk ohälsa. I Skellefteå och Södertälje finns så kallade **gästhus**. Det finns även försök med så kallad **självinläggning** på flera platser i Sverige. Det innebär att en patient som redan har kontakt med vården har möjlighet att lägga in sig för helydygnsvård när tillståndet försämras drastiskt, utan att behöva gå via akuten eller ens en inskrivande läkare. Försöken har varit mycket positiva. Självinläggning leder också till ökat självbestämmande för patienten.

Det måste dock alltid finnas slutenvård som kan klara av att ta emot de patienter som kommer in akut eller råkar ut för en svårartad kris. Då kan helydygnsvård vara nödvändig för att rädda liv eller skydda människor från skada. Inom helydygnsvården ska det vara små enheter med fyra till sex enkelrum. Det ökar tryggheten inte enbart för patienten utan även för personalen. Personalen får tid att lära känna patienten som får färre personer att förhålla sig till. Chansen är större att patienten blir bemött som en unik individ med egna behov, vilket också leder till att hot och hot om våld minskar.

För att återhämtningen ska bli så bra som möjligt är det viktigt att få ett **eget rum**, särskilt om man tidigare har upplevt övergrepp. RSMH vill ha en ökad decentralisering där vårdplatserna finns i närområdet. Det är också viktigt hur själva **vårdmiljön** är utformad. När den är överskådlig, trygg och trivsamt så har den stor betydelse för patienternas möjligheter att må bättre. Det är ska finnas rum för terapi, både för grupp och individuell, liksom rum där brukarna kan umgås. En uppvarvad patient behöver kanske - snarare än en helt klinisk miljö - inredning som stimulerar sinnen på ett lugnande sätt. Till exempel har försök gjorts med så kallade **lugnande rum**, eller comfort rooms. Där kan finnas avslappning.

För att patienterna ska börja må bättre är det viktigt att få ett bra och **respektfullt bemötande**, det visar flera forskningsstudier. Det ska vara personligt men inte privat. Speciellt uppskattat är det när personalen gör något extra för patienten. Ett bra bemötande och rätt metoder gör också att våld och

tvång kan förebyggas. Men om våldsamma eller hotfulla situationer, eller tvång som bältesläggningar, uppstår så ska personalen samlas med patienten för **eftersamtal**.

Patienter har olika behov. En del vill ha någon att prata med, en annan vill bli lämnad ifred och andra vill ha aktiviteter. Man kan också växla mellan de här strategierna under sin vårdvistelse. Aktiviteter efterfrågas ofta av patienter inom slutenvården. Det är också bra om det finns internetuppkoppling så att patienterna till exempel kan betala räkningar och skriva mejl. För att kvaliteten på vården ska hållas uppe så bör det finnas möjlighet till handledning. Det ska också finnas ett skriftligt program för kompetensutveckling av personalen. När det utformas ska man ta hänsyn fackliga, brukares och brukarrådets synpunkter. Kvaliteten på vården ökar också med ett starkt brukarinflytande. Det ska finnas **patientforum** där en brukarföreträdare ska lyssna på och skriva ner patienternas synpunkter (en så kallad **brukarinflytandesamordnare**, se kapitel 1, kan vara lämplig person). Någon ska också finnas på plats för att föra tankarna vidare till ledningen. Även brukarråden ska få ta del av patienternas synpunkter.

När vårdperioden väl är över så ska det finnas en **samordnad vårdplanering** för en bra övergång till öppenvården och eventuellt kommunala insatser. Läkaren ska kontakta en läkare inom öppenvården samt personal från kommunen. Det räcker inte att man bara berättar att en person skrivs ut, utan de bör träffas. En utskrivning måste planeras i flera dagar i förväg. I många fall är planeringen, och även så kallade utskrivningsmeddelanden, bristfällig.

En ny lag gäller från januari 2018 som reglerar **utskrivning** och betalningsansvar för patienter inom slutenvården. Tidigare gällde olika regler för psykiatrisk och somatisk (kroppslig) vård vilket gjorde att patienter inom psykiatrin ofta hölls kvar i slutenvård trots att de var färdiga för utskrivning.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Har man försökt undvika inläggningar genom att inrätta sviktboende?*
- *Finns det tillräckligt med vårdplatser för behovet och efterfrågan?*
- *Har man möjlighet att lägga in sig själv, så kallad självinläggning?*
- *Hur många platser har varje enskild vårdenhet?*
- *Ligger vårdplatserna tillgängligt i närområdet och är tillgängliga?*
- *Går det att få ett eget rum?*
- *Hur bemöter personalen sina patienter?*
- *Hur arbetar man för att förhindra vålds- och tvångssituationer?*
- *Hur hanteras våldssituationer, hot om våld och bältesläggningar?*
- *Hur organiseras brukarinflytandet på varje avdelning?*

- *Vilka aktiviteter finns det?*
- *Finns det internetuppkoppling?*
- *Får personalen kompetensutveckling och handledning?*
- *Hur fungerar övergången till öppenvård och kommunala insatser?*

6. Psykofarmaka och ECT

Psykofarmaka och elektrokonvulsiv behandling, ECT (det som förr kallades "elchocker") kan ge allvarliga biverkningar. Biverkningar av läkemedel kan medföra starkt obehag och även skapa metabola sjukdomar (som till exempel diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar) liksom tandskador. Livslängden kan i värsta fall förkortas. Sjukvården är skyldig att ge patienten individuellt anpassad information om bland annat biverkningar (enligt Patientlagen kapitel 3). Den som informerar ska också se till att patienten har förstått. Du har rätt att få informationen skriftligt på det sätt du vill. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som ordnar så att patienten kan få del av information.

Psykofarmaka är till exempel neuroleptika, antidepressiva och litium. Ibland kan en patient få två eller flera antipsykotiska läkemedel samtidigt, så kallad **kombinationsbehandling**. Då finns en risk för ökade biverkningar. Andelen patienter som får två eller fler antipsykotiska läkemedel är enligt Socialstyrelsen ett tecken på sämre vårdkvalitet. Det strider även mot Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer. Det finns inte tillräckligt med vetenskapliga bevis för att fler läkemedel har någon positiv effekt, även om enstaka patienter säger sig må bättre. Andelen patienter är dessutom högre om patienten har kort utbildning. Är det rätt personer som får psykofarmaka? Till exempel kan ibland ungdomar som vårdas på HVB-hem ordineras neuroleptika, trots att de inte haft psykotiska symtom.

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal och förväntad rutin. När en sådan uppstår så ska personal alltid rapportera till sin närmaste chef. Vården är dessutom skyldig att rapportera de allvarligaste avvikelserna till de nationella myndigheterna, i det här fallet Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Det här ska det finnas rutiner för. Om du har drabbats av en **läkemedelsskada**, så kan du ha rätt att få ersättning från läkemedelsförsäkringen. Det kan vara en biverkning som inte gick att förutse eller en annan skada. Du kan vända dig till patientnämnden eller kontakta Svenska Läkemedelsförsäkringen AB direkt. Om du på annat sätt blivit skadad av landstingets vård, till exempel under en ECT-behandling, och fått en **patientskada**, så kan du ha rätt att få ersättning via patientförsäkringen. Det regleras av patientskadelagen. Mer info på www.lof.se

När det gäller **elektrokonvulsiv behandling, ECT**, så har man enligt Patientlagen rätt att få skriftlig information om biverkningar. Trots det så är det flera psykiatriska verksamheter som inte har det. RSMH vill även se att det införs ett **skriftligt, informerat samtycke** varje gång ETC är aktuellt för en patient. Det innebär att man i god tid ska informera patienten om alla för- och nackdelar och sedan skriver patienten under vad man fått information om och vad man kommit överens om, som ett slags vårdkontrakt. Alla behandlingar ska dessutom registreras. Det finns också ett ECT-kvalitetsregister, men bara knappt hälften av behandlingarna rapporteras dit.

Forskning visar att det är tveksamt om ECT hjälper vid andra tillstånd än djupa depressioner. Trots detta ges behandlingen ibland vid andra symtom, vilket vi anser är fel. Man ska heller inte ge upprepade ECT-behandlingar om de inte har någon effekt. Det innebär ofta mer skada än nytta. ECT ska lika lite som annan behandling ges under hot om tvång. Det händer att läkare försöker övertala patienter genom att till exempel hota om tvångsinläggning. Ingen form av utpressning får ske när det gäller ECT (enligt bland annat FN:s konvention mot tortyr, artikel 15). Om det ändå sker så kan du anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Om bemötandet dessutom var dåligt kan du anmäla till Patientnämnden. I Sverige är det tyvärr lagligt att ge ECT emot människors vilja, när patienten vårdas under Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT och när all annan behandling är utesluten. Men även det strider mot FN:s konvention mot tortyr. Ingen bör alltså ges ECT mot sin vilja. FN har kritiserat Sverige hårt för det.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Finns det möjlighet att välja på vilket sätt vården informerar om biverkningar för psykofarmaka och ECT?*
- *Erbjuds patient och närstående skriftlig information?*
- *Försäkrar sig vården om att patienten har förstått informationen?*
- *Hur många patienter, och vilka patientgrupper, ordineras neuroleptika?*
- *Hur många som står på neuroleptika har två eller flera preparat?*
- *Hur många avvikelserapporter finns för psykofarmaka och ECT?*
- *Finns rutiner för uppföljning och utvärdering av psykofarmaka/ECT?*
- *Ges ECT vid andra tillstånd än djup depression?*
- *Registrerar sjukvården antalet utförda behandlingar?*
- *Hur många patienter har tvingats till ECT inom slutenvården? Och hur många inom Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård, LPT?*

7. Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT

Psykiatrin är den enda del av vården där någon kan tvingas till vård mot sin vilja. När någon tas in med hjälp av Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, så kan det strida mot grundläggande rättigheter – som förbudet mot godtyckligt frihetsberövande och ingrepp på den kroppsliga integriteten (enligt såväl Sveriges grundlag som Europakonventionen). Tvångsvård kan ske i både öppen och sluten form. I öppenvården ska den omprövas efter sex månader. Många brukare är tacksamma för att de har omhändertagits med tvång, eftersom de anser att de annars kanske inte skulle vara vid livet i dag. Men många har också upplevt omhändertagandet av polisen kunde ha skett på ett mindre dramatiskt sätt, till exempel med civilklädda poliser. I Stockholms läns landsting, region Skåne och Göteborg har man infört en **psykiatrisk akutbil**, som ser ut som en ambulans och bemannas av vårdpersonal. Fler landsting borde ta efter. Den så kallade psykiatriambulansen kan minska traumat att bli omhändertagen genom LPT. Man ska inte riskera att stämplas som kriminell bara för att man mår psykiskt dåligt.

När de väl är inlagda så vet inte ens många patienter om att de vårdas med tvång. Det om något visar att informationen som ges ofta är bristfällig. Precis som i öppenvården så har man rätt att få informationen skriftligt, om man inte förstår den muntligt. Både läkare och kanske i synnerhet övrig personal har ofta dålig kunskap om tvångsvårdslagstiftningen. Det är nödvändigt att personal utbildas kontinuerligt i bemötande och i LPT. Om den är svårtolkad för personalen så är den antagligen ännu svårare att förstå för patienterna. Det innebär också att brukaren inte vet vilka rättigheter de har att förhålla sig till. LPT begränsar friheten och den personliga säkerheten (rättigheter i FN:s konvention om rättigheter för människor med funktionsnedsättningar, som 2018 ska bli svensk lag). Den kan också strida mot förbudet mot godtyckligt frihetsberövande när den används. Det är till exempel förbjudet att vårda barn under 18 år inom vuxenpsykiatrin (enligt FN:s barnkonvention). Det är därför extra viktigt att det finns tydlig information, så att alla kan se att LPT tillämpas på rätt sätt. Ibland vårdas även tvångsvårdade patienter tillsammans med de som genomgår rättspsykiatrisk vård. Det är naturligtvis helt orimligt.

Bara för att du vårdas med LPT innebär det inte att du också måste stå ut med **tvångsåtgärder** som bältesläggning, tvångsmedicinering och avskiljning (som också kallas isolering). Många har vittnat om att de används mer än nödvändigt och ibland som bestraffning (vilket strider mot artikel 15 i FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig och förnedrande behandling, artikel 15). RSMH förespråkar att bältesläggning helt avskaffas. När FN 2014 granskade hur Sverige levde upp till lagen om rättigheter för människor med funktionsnedsättning rekommenderade de att Sverige skulle

avskaffa metoder utan samtycke, och vill att staten utbildar läkare och vårdpersonal för att förebygga ”grym, omänsklig, förnedrande behandling eller bestraffning”. De var extra oroliga över att bältning och isolering används mot barn inom psykiatrin. Mer personal i öppenvården skulle kunna minimera förekomsten av tvångsvård.

Att bli utsatt för tvångsåtgärder upplevs ofta som ett trauma för patienten och många gånger även för personalen. Därför bör man ha **eftersamtal** (också kallat debriefing) för att återupprätta förtroendet och för att undvika att det upprepas. Det behöver finnas platser för tvångsomhändertagande som är utformade så att allmänpsykiatriska patienter inte behöver vårdas tillsammans med patienter som har rättspsykiatrisk vård.

För att få ett bra stöd under tiden man tvångsvårdas så är det bra att ha en **stödperson**. Det är en medmänniska som ska bistå patienten på olika sätt. Att ha en stödperson underlättar för människor med psykiska funktionsnedsättningar att få likhet inför lagen (en rättighet enligt FN:s konvention om rättigheter för människor med funktionsnedsättning, artikel 12). En stödperson kan efter vårdtiden övergå till att bli kontaktperson åt brukaren. En stödperson får arvode från landstinget, en kontaktperson från kommunen. Problemet är dock att de flesta inte ens får information om att de kan få stödperson. Det är ännu färre som faktiskt har beviljats det.

Man måste enligt lagen upprätta en **vårdplan** när patienten är intagen enligt LPT. Även frivilligt långtidsvårdade patienter ska få erbjudande om vårdplan. Om man även har, eller kommer att få, hjälp från kommunen så ska enligt lagen även en **samordnad vårdplan** göras. Den inbegriper både psykiatriska och kommunala insatser. När det gäller att få boende och sysselsättning så har den samordnade vårdplanen stor betydelse. Tyvärr fokuserar man istället ofta på om patienten tar de bestämda (föreskrivna) medicinerna. Det är då lätt att få intrycket, att om man inte tar sin medicin så blir man intagen igen. Det är dock emot lagen.

Ett **nätverkskontrakt** är ett dokument som upprättas mellan patienten och närstående. Med hjälp av det kan patienten, familjen, närstående och vårdpersonal samverka. Då kan man ta till åtgärder så att man kan undvika att patienten drabbas onödigt hårt av sitt tillstånd. Det kan upprättas till exempel när en patient i akuta tillstånd ställer till problem för sig själv och för andra. Patienterna ska då ha tvångsvårdats flera gånger och är kända av en enhet. Vid in- och utskrivning så bör man ha ett så kallat nätverksmöte med alla som är viktiga i brukarens vardag utanför institutionen. **Fokusgrupper** kan vara en bra metod för att ta reda på hur tvångsvård på en enhet fungerar. Det är en intervjumetod som används när man vill veta hur individer upplevt en situation.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många anser att de behandlats felaktigt när de tvångsomhändertagits och under tiden de har tvångsvårdats?*
- *Får alla patienter rutinmässigt muntlig och skriftlig information om behandlingen?*
- *Finns skriftlig information om LPT för patienter och närstående?*
- *Hur är personalens kunskap om LPT?*
- *Hur många under 18 år tvångsvårdas i vuxenpsykiatri?*
- *Vårdas patienter tillsammans med personer som har rättspsykiatrisk vård, så kallad LRV?*
- *Vilka former av tvångsåtgärder används? Hur ofta, i vilket sammanhang och för vilka grupper används de?*
- *Hur ser beslutsprocessen ut innan tvångsåtgärder sätts in?*
- *Hur registreras och rapporteras tvångsåtgärder?*
- *Hur många avvikelserapporter finns det?*
- *Hur många av de som utsatts för tvångsåtgärder erbjuds eftersamtal?*
- *Har alla tvångsvårdade patienter en vårdplan?*
- *Hur många av de som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård har en samordnad vårdplan med kommunen?*
- *Hur stor andel av LPT-patienterna erbjuds stödperson, och har de möjlighet att fortsätta med det även efter utskrivningen?*
- *Erbjuds patienter som återkommande vårdas enligt LPT möjligheten att skriva nätverkskontrakt?*
- *Erbjuds ett nätverksmöte vid in- och utskrivning?*
- *Finns det fokusgrupper för att undersöka patienternas upplevelser av tvångsvård?*

8. Rättspsykiatrisk vård

Även den som begått brott och har dömts till rättspsykiatrisk vård ska naturligtvis få en bra vård och sina rättigheter tillgodosedda. Till rättspsykiatrisk vård döms den som har begått ett brott vars straff är hårdare än böter. Man ska dessutom ansetts ha en så pass allvarlig psykisk ohälsa så att man inte kan ställas till svars för brottet. Patienterna där får inte alltid den vård som de skulle behöva. Det är vanligt att varken patienter eller vårdpersonal känner till möjligheten att få **stödperson** (se kapitel 7). Trots att det skulle kunna hjälpa en patient att till exempel få

permission och snabbare komma ut i samhället igen. En stödperson eller **kontaktperson** kan vara ett bra komplement för den som inte behöver personligt ombud.

Det händer att människor med **självska debeteenden** eller andra patienter som ses som "svårbehandlade", hamnar inom rättspsykiatri. Det är fel eftersom det strider mot svensk lagstiftning, liksom mot Sveriges åtaganden att skydda sina medborgares **mänskliga fri- och rättigheter**. Det är dessutom sämre för återhämtningen. På varje avdelning ska det finnas muntlig och skriftlig information om vilka rättigheter patienten har. Ett sätt att få veta mer om möjligheterna till framtida ett liv ute i samhället är att få information om brukarorganisationer, som RSMH. Därför måste organisationerna ha rätt att informera inne på institutionerna.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många vårdas inom rättspsykiatri trots att de inte begått brott?*
- *Vilken vård och behandling får patienterna?*
- *Erbjuds möjligheten till en stödperson?*
- *Finns information om patientens rättigheter?*
- *Är det möjligt för brukarorganisationer att informera?*

9. Kroppslig hälsa

Människor med allvarlig psykisk ohälsa riskerar att dö 15-20 år i förtid. Det beror till största del på kroppsliga sjukdomar – sjukdomar som skulle gå att motverka genom information, och att samarbetet mellan psykiatri och **den kroppsliga (somatiska) vården** fungerade bättre. Det beror på lika mycket på okunskap som fördomar - det finns fortfarande ett **stigma** gentemot människor med psykisk ohälsa. Psykiatri har ett ansvar att se till att somatiken ger nödvändig vård. Här brister vårdssystemet som helhet, och här krävs mer utbildning. Vården måste utbildas i de här frågorna. Att människor med psykisk ohälsa har en avsevärt kortare medellivslängd än genomsnittet strider mot FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättningar. Det är viktigt att landsting och kommuner kartlägger överdödligheten för att vården ska kunna sätta upp korrekta mål. Många av RSMH:s medlemmar har nekats hjälp med kroppsliga åkommor av vården, som trott att det var inbillning eller psykosomatiskt efter att ha sett i journalen att de också har en psykiatrisk diagnos. Det här händer både inom psykiatri och den vanliga sjukvården.

Enligt Socialstyrelsen bör vårdcentralerna göra **årliga hälsokontroller** som mätning av midjemått och blodtryck på personer med psykisk ohälsa. De bör

vara kostnadsfria och genomförs av en oberoende läkare. Det är också bra om den psykiatriska vården erbjuder hälsokontroller och ger stöd till motion och kost. **Hjärtsjukdomar, högt blodtryck, lungsjukdomar, tarm- och magsjukdomar och neurologiska sjukdomar** är mer än dubbelt så vanligt i den här gruppen (enligt Vårdanalys rapport VIP i vården). Likadant när det gäller så kallade **metabola syndrom**, som kan leda till övervikt och hjärt- och kärlsjukdomar. Socialstyrelsen har visat att människor med psykiatriska diagnoser och som varit inlagda under det senaste året får sämre vård än övriga patienter. Bland annat har det visat sig att det dröjer längre innan den här gruppen får **ballongvidgning** (även kallat PCI – Percutan Coroner Intervention), även om vården redan har upptäckt själva hjärtattacken. ”Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att nå gruppen psykiskt sjuka med somatisk sjuklighet så att de får lika god somatisk vård som övriga”, skriver Socialstyrelsen i en rapport. Det är även psykiatrins ansvar att motverka metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk ohälsa (vilket står i Svenska psykiatriska föreningens kliniska riktlinjer). En del **psykofarmaka** har allvarliga biverkningar. Det är oacceptabelt att de patienter, som ibland tvingas att ta dessa mediciner mot sin vilja, inte medicinskt följs upp på ett bra sätt. En oupptäckt **diabetes** kan leda till förvärrad psykisk funktionsnedsättning. Ungefär 70-80 procent av de som söker vård för depression och/eller ångest får behandling inom primärvården, till exempel vårdcentralen. Även många andra med psykisk ohälsa kommer där i kontakt med vården för första gången. Bemötandet där är alltså mycket viktigt.

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att fysisk motion främjar inte bara kroppslig, utan även psykisk hälsa. Därför bör fler med psykisk ohälsa få ta del av **Fysisk aktivitet på recept, FAR**. Det kan ges individuellt eller i grupp. Men recepten leder inte alltid till ökad fysisk aktivitet på grund av svårigheter att komma ur passiviteten som många hamnar i. Det är också en ekonomisk fråga då många gym och friskvårdsanläggningar tar fullt eller delvis betalt även om man har ett recept (varken Försäkringskassan eller landstinget subventionerar FAR på samma sätt som läkemedel). Varje psykiatrisk verksamhet borde anställa en **hälsopedagog** så att psykiatrin kan driva egen friskvård. En bra åtgärd vore att inrätta motion på schemat för de som bor på gruppboenden.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, betonar att vården bör ger stöd till **livsstilsförändringar**. Förutom fysisk aktivitet behöver många stöd att förändra hela sin livsstil. Forskningen visar att bättre matvanor i kombination med motion gör att schizofrenipatienter kan gå ned i vikt. När man tar en del **neuroleptika** kan man få kroppsliga biverkningar som gör att man behöver få hjälp av sjukgymnast.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många som kommer till vårdcentralen för psykisk ohälsa erbjuds en hälsokontroll?*
- *Har patienter som får psykofarmaka erbjudits en sådan?*
- *Hur stor är kunskapen bland vårdpersonalen om att en patient med psykiatrisk diagnos ofta även har kroppsliga åkommor?*
- *Samarbetar psykiatrin med primärvården om hur patienter som riskerar att få metabola syndrom bäst ska få hjälp?*
- *Har man kartlagt överdödligheten i landstinget eller kommunen?*
- *Hur stor del av patienterna som tar neuroleptika får också Fysisk aktivitet på recept (FAR) och remiss till sjukgymnast?*
- *Har alla patienter i slutenvården möjlighet till FAR?*
- *Erbjuds patienter med svårare psykisk ohälsa stöd att förändra sin livsstil?*

10. Tandvård

Människor med psykiska funktionsnedsättningar har möjlighet att få tandvården inräknad i högkostnadsskyddet, så kallad **Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning** (så kallat blått eller F1-kort). Det är tredje steget i Tandvårdsreformen. Då måste man ha ett läkarintyg som visar att man har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling. Det skickas sedan till den enhet som har hand om tandvården i landstinget eller regionen.

Det finns också det som kallas **Nödvändig tandvård** som ger tandvård inom hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd, men det beviljas endast till de som bor på särskilt boende, har LSS eller mycket stort behov av vård och service i sitt hem. Bakgrunden är att psykofarmaka kan leda till muntorrhet med mera som kan ge problem med tänderna. Samtidigt har många med psykisk ohälsa inte råd att gå till tandläkaren. Det borde därför vara lättare än idag att få billigare tandvård, och fler borde beviljas att få den inom ramen för högkostnadsskyddet. Det är också vanligt med tandskador orsakade av mediciner som ges patienten under tvångsvård. Det är rimligt att skador orsakade av vården rättas till.

Annars finns också möjligheten att söka **särskilt tandvårdsbidrag** genom Försäkringskassan. Men det är bara på 600 kronor per halvår, och går inte att spara. Det kräver dessutom salivprov och läkarintyg eller läkemedelsförteckning. Har man låg inkomst och höga tandvårdskostnader så

kan man till sist be om en avbetalningsplan, ta ett lån eller gå till socialtjänsten (det ska man dessutom göra innan behandlingen börjat). Om många får tandvård betalad via socialtjänsten visar det att tandvårdsreformen inte fungerar för våra medlemmar. RSMH anser att dagens tandvårdssystem fortfarande missgynnar de mest utsatta och kräver därför att reglerna skrivs om.

Exempel på frågor man kan ställa till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många får tandvård inom högkostnadsskyddet?*
- *Hur många patienter har kunnat laga sina tandskador tack vare ekonomiskt stöd från socialtjänsten?*
- *Hur många av dem som har fått tandskador av sin medicin har erbjudits minst en årlig, kostnadsfri tandhälsokontroll?*

11. Ekonomi

Människor med psykisk ohälsa har väsentligt lägre inkomst, högre levnadskostnader och kortare utbildning än de flesta andra i samhället. De har dessutom svårare att få ett arbete och riskerar att fastna i ett livslångt beroende av bidrag. Endast tre av tio har inkomst från arbete (enligt en rapport från Handisams rapport). **Vårdavgiften** för slutenvård kan innebära ekonomiska problem. Bristen på pengar skapar stress i vardagen och hindrar återhämtning.

Fattigdomen kan leda till ensamhet, något som också kan försvåra möjligheterna att få ett jobb, eftersom sociala nätverk ofta är avgörande i arbetssökandet. Ensamheten kan i sig också medföra försämrad psykisk hälsa. Om ekonomin har trasslat till sig så kan du hjälp av en **konsumentvägledare** (ring kommunens växel eller sök på www.konsumentverket.se för att hitta den som är närmast). Du kan även få hjälp av kommunens socialtjänst. Om det gått så långt att du har stora skulder så kan du ansöka om **skuldsanering** hos Kronofogden. Om du har problem att betala av din **studieskuld** så kan du kontakta Centrala Studiestödsnämnden (CSN) för att antingen betala mindre än idag eller också ansöka om att få skulden helt avskriven (gäller dem som har väldigt låg sjukersättning).

Alla ska kunna leva ett självständigt liv och delta i samhället (enligt FN:s Konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning). **En god levnadsstandard** innebär att grundläggande, materiella behov är tillgodosedda. Du ska kunna planera och känna trygghet i din ekonomi. Du ska

kunna leva ett aktivt liv i samhället, till exempel umgås med dina vänner utan att ständigt behöva tacka nej till de aktiviteter som kostar.

Sjukförsäkringsreglerna måste anpassas till människor med psykisk ohälsa så att det blir lättare att gå från **sjukpenning** eller **sjukersättning** till arbetsinkomst. Man ska kunna återhämta sig i sin egen takt. En översyn av brukarens ekonomiska situation ska ingå i rehabiliteringen. Ett flexiblare regelverk skulle lösa många problem. Mer resurser till **rehabilitering** liksom en fungerande samverkan mellan vård, myndigheter och brukar- och anhörigorganisationer är nödvändigt. Om du ingår i rehabilitering och har gjort en rehabiliteringsplan med Försäkringskassan, så kan du få stöd i form av **rehabiliteringsersättning** när du till exempel arbetstränar.

Man kan få **handikappersättning** om man är mellan 19 och 64 år och har psykiska funktionshinder samt har stora kostnader på grund av det. Ersättningen borde bättre anpassas till förutsättningarna som människor med psykiska funktionsnedsättningar lever under. När man har sjuk-, aktivitets- eller handikappersättning så har man möjlighet att få ett **förmånsintyg** från Försäkringskassan. Det kan ge rabatt på till exempel lokaltrafik, bio, museer.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur är inkomstnivån lokalt för de med psykisk ohälsa?*
- *Är det lätt att få kontakt med en konsumentvägledare?*
- *Tar CSN hänsyn till om man har dålig ekonomi på grund av psykisk ohälsa?*
- *Hur många av de med psykisk ohälsa lever på ekonomiskt bistånd?*
- *Hur svårt är det att få ekonomiskt bistånd? Jämfört med andra kommuner?*
- *Hur svårt är det att få sjuk- eller aktivitetsersättning?*
- *Hur många får ekonomiska problem efter att inte ha kunnat betala vårdavgiften?*
- *Gäller förmånsintyget i till exempel lokaltrafiken?*

12. Boende

RSMH arbetar för att människor med psykisk ohälsa ska ha **rätt till ett eget hem**. Det är en plats där man känner sig trygg, där man får vara sig själv och som man bestämmer över. Ett hem är grundläggande för att man ska kunna återhämta sig och även få en god behandling. Med rätt stödinsatser kan alla människor klara av att ha ett eget hem. Stödet kan handla om boendestöd, personligt ombud eller sviktboende.

Det är viktigt att man i en **vårdplan** tar upp hur boendet ska ordnas efter en behandling inom slutenvården - oavsett om den varit frivillig eller med tvång. Det kan aldrig accepteras att människor som vårdats i psykiatri kastas ut i hemlöshet. Det är mycket vanligt att människor som har en psykiatrisk diagnos inte kan få ett **förstahandskontrakt**. Skälen till det kan vara kommunala regler eller dålig samordning mellan bostadsbolaget och kommunens socialtjänst/socialpsykiatri. Många bostadsbolag har **krav på en viss inkomstnivå** för att få ett kontrakt, vilken ofta är svår att uppnå för människor med till exempel sjukersättning eller försörjningsstöd. Det räcker inte ens om man kan uppvisa borgenär. Det är inte rimligt att utsätta personer med psykisk ohälsa för den extra påfrestning som det innebär att inte ha ett riktigt hem. När man väl fått ett kontrakt så kan man få problem att klara av sitt boende under en period då man kanske mår extra dåligt. Då är det viktigt att bostadsbolaget kontaktar socialtjänsten i rimlig tid så att det går att förhindra en vräkning.

Kommunen har skyldighet att ordna ett boende för den som har psykisk ohälsa. Det ska vara så likt "vanliga" bostäder som möjligt och måste kunna anpassas till brukarens situation liksom till behov av stöd från psykiatri och socialtjänsten. Det kan vara till exempel **gruppboenden** eller **servicebostäder**. De ska helst ligga i ens hemkommun, så att det är möjligt att hålla kontakt med familj och vänner. Enligt en granskning som Socialstyrelsen gjorde 2012 så saknar 34 av 100 granskade kommuner helt bostäder för psykiskt funktionsnedsatta och 12 har inte fullvärdiga bostäder. Det är inte acceptabelt.

Ett problem är också att de ibland är alldeles för stora. I granskningen kunde gruppboendena ha upp till 22 hyresgäster, vilket gör att de liknar institutioner. I så kallade **LSS-boenden** (som styrs enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) kunde det vara upp till 15 boende. Maxtalet ska där egentligen vara tre till fem. Ibland kunde brukarna heller inte låsa dörren om sig. Det är också viktigt att boendena ligger insprängda i vanlig bebyggelse för att undvika känslan av institution, och för att brukarna ska kunna vara delaktiga i samhället.

Hem för vård eller boende, så kallat **HVB-hem**, ordnas på uppdrag av kommunen och kan gälla barn, vuxna, barnfamiljer etc. HVB-hem för funktionsnedsatta ska vara bemannat dygnet runt. Till skillnad från till exempel gruppboenden ska de vara mer tillfälliga, men det händer att folk bor där i flera år. När Inspektionen för vård och omsorg, IVO, granskade ett antal HVB-hem för psykiskt funktionsnedsatta i Stockholms län kom man fram till att standarden var lägre än i till exempel gruppboenden. Bland annat fick brukarna dela toalett och dusch med andra. Det har också visat sig att många av de

anställda alltid eller ibland arbetar ensamma, vilket gör att verksamheten blir otrygg.

När människor med psykisk ohälsa fyller 65 år faller de ofta ur socialtjänstens psykosociala insatser. Det händer till exempel att de inte längre får **boendestöd**, trots att behovet finns. Enligt diskrimineringslagen får man inte diskriminera någon utifrån ålder.

Exempel på frågor man kan ställa till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många brukare har ett förstahandskontrakt?*
- *Vad har bostadsbolagen för krav för att få ett förstahandskontrakt?*
- *Hur många brukare har ett boende med normal standard?*
- *Hur många brukare bor i enklare eller tillfälliga boenden?*
- *Hur många är bostadslösa?*
- *Finns det boenden för människor med psykiska funktionsnedsättningar i kommunen?*
- *Hur är standarden och hur säkras kvaliteten på gruppboendena?*
- *Hur många brukare bor där?*
- *Hur är boendestandarden på HVB-hemmen?*
- *Hur väl bemannade är de?*
- *Vilka rättigheter har brukaren i sitt eget hem?*
- *Hur många har tillgång till boendestöd?*
- *Får äldre med psykisk funktionsnedsättning boendestöd?*

13. Arbete/sysselsättning

För de flesta är det nödvändigt att ha en meningsfull vardag för att kunna återhämta sig från psykisk ohälsa. Det kan vara ett **arbete**, en **sysselsättning** eller en **träffpunkt** att gå till. Det är en rättighet att leva ett självständigt liv och delta i samhället (enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning). Den har varit begränsad för människor med psykiska funktionsnedsättningar, även om situationen har blivit bättre.

För att komma ut på arbetsmarknaden krävs ofta ett systematiskt arbete med rehabilitering, utbildning och arbetsträning. Det här ska **Försäkringskassan** organisera. Idag kommer en mycket liten del människor tillbaka i arbete. Det beror på ett alldeles för passivt synsätt hos Försäkringskassan, Arbetsförmedling och kommunerna. Med mer flexibilitet och anpassning skulle många fler kunna komma tillbaka. Det måste finnas en medveten plan för varje individs återkomst och inträde på arbetsmarknaden. Det är också viktigt att läkarens sjukintyg är utförligt formulerat.

Även arbetsgivarens roll är avgörande när man ska tillbaka efter en sjukskrivning. De är skyldiga att ha en **rehabiliteringsplan** med olika åtgärder för att den som är långtidssjukskriven ska kunna komma tillbaka i arbete. Om det saknas en rehabiliteringsplan vid till exempel utskrivning från slutenvården ska Försäkringskassan se till att en sådan finns. Det finns också många fördomar i samhället som gör att arbetsgivare också tvekar att anställa människor med psykisk ohälsa. Det behövs både utbildning för att motivera arbetsgivare, liksom skarpare lagstiftning, för att få den sortens diskriminering att upphöra.

När man har nedsatt arbetsförmåga så kan man få så kallat **Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd, SIUS**, från Arbetsförmedlingen. SIUS-konsulenterna kan hjälpa dig att få kontakt med en arbetsplats där du vill jobba och även hjälpa dig att komma in i arbetet. Det finns även något som heter **Individual placement and support, IPS**. Det är en standardiserad form av så kallat Supported employment. Då har man en arbetscoach som är anställd för att stötta i arbete eller studier. Stödet utgår från individens önskan om arbetsplats och arbetsuppgifter. Det är ett bra stöd som dessvärre inte finns överallt.

Den som inte kan få ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden på grund av psykisk funktionsnedsättning, har rätt att få en **meningsfull sysselsättning**. Men det är inte alla kommuner som erbjuder detta, trots att det står i socialtjänstlagen. Den ska ha ett mål och en tydlig planering, som bygger på brukarens egna behov och förutsättningar. Det här ska följas upp en gång om året. Har man inte beviljats någon sysselsättning så har man rätt att ansöka om det, så kallat **bistånd i form av sysselsättning**. Därefter ska en utredning göras (senast en månad efter att ansökan kommit in). Om det blir ett positivt beslut, så ska sysselsättningen komma igång senast efter en månad. Om du inte är nöjd med beslutet kan du överklaga. Om sysselsättningen dessutom drivs av brukar- och anhängigorganisationer så har det ett starkt mervärde. I vissa kommuner finns det **sociala kooperativ**. Det är arbetsplatser som ägs och styrs av brukarna själva. De har ofta bra anpassning efter var och ens förmåga. Sysselsättningen som anordnas av kommunen avslutas vid 65. Vad erbjuds därefter? Det kan vara svårt för människor med psykisk ohälsa att ta plats inom det föreningsliv som riktar sig till äldre. Som ett komplement till sysselsättning och annat stöd från socialtjänsten bör varje kommun ha **träffpunkter** för människor med långvarig psykisk ohälsa. Det är också bra om den lokala RSMH-föreningen kan få stöd från kommunen för att ha en lokal.

Exempel på frågor man kan ställa till vårdgivare och myndigheter:

- *Erbjuds sysselsättning till de som inte kan arbeta?*

- *Vilka typer av sysselsättning handlar det om?*
- *Ordnar Försäkringskassan till exempel rehabilitering?*
- *Är läkarens sjukintyg utförligt skrivet?*
- *Finns det en rehabiliteringsplan?*
- *Ordnar Arbetsförmedlingen med SIUS-konsulent?*
- *Hur lätt är det att få IPS?*
- *Är sysselsättningen anpassad för brukarna?*
- *Görs det en utredning efter ansökan om sysselsättning?*
- *Hur många sociala kooperativ finns det i kommunen?*
- *Hur många med psykisk ohälsa över 65 år erbjuds sysselsättning?*
- *Finns det träffpunkter för människor med psykisk ohälsa?*

14. Personligt ombud

Människor med psykiska funktionsnedsättningar har ofta så många olika kontakter med kommunen, myndigheter och psykiatri att de måste fungera som projektledare. Då kan **personliga ombud, PO**, vara en stor hjälp. Kommunen är ansvarig för verksamheten, men PO arbetar på uppdrag av den som behöver hjälp. I många fall har PO gjort att personer som tidigare levt i kaos fått ordning på sina liv. Trots det stora behov som finns så saknas PO i många av landets kommuner. Ofta finns det dessutom för få i de kommuner som erbjuder tjänsten. Den som söker för första gången får ofta vänta länge på hjälp. Inte alla känner heller till tjänsten, därför är det viktigt att det finns bra information. Man räknar med att 1-2 av 1000 personer är i behov av PO. Kommunerna får idag statsbidrag när de har personligt ombud. Men det täcker bara tre fjärdedelar av kostnaderna.

De personliga ombuden inrättades på 1990-talet och har byggts upp i nära samarbete med brukar- och anhörigrörelsen, bland annat RSMH. Det är en mycket uppskattad och lyckad psykiatrisk reform. När PO nyrekryteras ska brukarrepresentanter delta (se kapitel 1). Det ska finnas en ledningsgrupp för personligt ombud i kommunen där brukar- och anhängigorganisationer erbjuds att delta.

Några frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många personliga ombud finns per 1000 invånare i kommunen?*
- *Vilka informeras om möjligheten att få PO?*
- *Hur ofta sitter brukarorganisationer med i ledningsgruppen för PO?*
- *Deltar brukarrepresentanter i rekryteringen?*
- *Vad gör staten för att kommunerna ska skaffa PO?*

15. God man och förvaltare

En del som har psykiska funktionsnedsättningar kan behöva hjälp med att till exempel sköta sin ekonomi eller bevaka sina rättigheter. Då kan en god man eller förvaltare vara ett bra stöd. **En god man** är en ställföreträdare för brukaren i kontakt med bank eller myndigheter. En mer omfattande hjälp är en **förvaltare**. Men den ska användas med försiktighet, och bara ges för den person som inte kan sköta sig själv eller sin ekonomi. Samtidigt som det här kan vara nödvändigt för att inte få ekonomiska problem, så är det också en begränsning den personliga friheten. Därför är det viktigt att både gode män och förvaltare **kvalitetsgranskas** ur ett brukarperspektiv.

Det är viktigt att brukaren får ordentlig information om vad det innebär att ha en god man. Samma information ska också ges till den gode mannen, så att förväntningarna blir de rätta. Det är viktigt att man känner förtroende för sin gode man. Den gode mannen ska också få en ordentlig utbildning av **överförmyndarnämnden** i kommunen, som ansvarar för de gode männen. Ibland ges dock bara skriftlig information, vilket är orimligt. Det bör också finnas särskild information om psykisk funktionsnedsättning. Överförmyndarnämnden ska också göra kontroller av verksamheten. De kan till exempel kontakta brukarens boende för att se om den gode mannen varit där. Ett sätt att granska verksamheten är att se hur många uppdrag den gode mannen har. Har hen för många uppdrag är risken att kvalitén blir sämre. För **ensamkommande flyktingbarn** finns till exempel en övre gräns på tre uppdrag per god man. Det måste också finnas en plan från kommunen om vad som händer om brukaren eller den gode mannen plötsligt blir svårt sjuk.

Ibland hjälper den gode mannen enbart till med att betala räkningar. Men i uppdraget ingår mycket mer än så: man ska få stöd att bevaka sina rättigheter, till exempel att ansöka om bistånd eller överklaga beslut av myndigheter. Och brukaren ska alltid godkänna besluten som tas. Om hen inte kan göra det på grund av svår funktionsnedsättning, så ska den gode mannen göra det som är bäst för brukaren.

En förvaltare kan ta beslut utan att brukaren ger sitt godkännande. Då kan brukaren inte längre ingå avtal, ta ut pengar från banken eller skriva ansökningar (däremot har man fortfarande rätt att bestämma vilken vård man vill ha eller vilket parti man ska rösta på). Därför är det extra viktigt att det görs en **ordentlig utredning** innan en sådan tillsätts. Det är en tjänst man bara ska ta till när en god man inte är tillräcklig. Ibland så får man en förvaltare mot sin vilja. För att en domstol ska besluta om det så måste det finnas risk att brukaren inte kommer att låta en god man sköta sitt uppdrag, eller att andra kan lura av hen pengar. Eller också att brukaren kan råka illa ut, till exempel bli bostadslös.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många brukare i kommunen är missnöjda med sina gode män?*
- *Informerar kommunen brukaren om vad god man innebär?*
- *Får den som har uppdraget också utbildning för att klara av det? Bland annat om psykisk funktionsnedsättning?*
- *Får brukaren och den gode mannen träffas innan tillsättningen?*
- *Har överförmyndaren rutiner för att kontrollera verksamheten?*
- *Finns det någon gräns för hur många uppdrag en god man får ha?*
- *Har kommunen beredskap för om det händer brukaren eller den gode mannen något?*
- *Görs det en ordentlig utredning innan man tillsätter en förvaltare?*
- *Försöker förvaltaren påverka andra beslut än ekonomiska? Vilka?*
- *Frågar förvaltaren brukaren om dennes synpunkter?*

16. Hjälpmedel

Många personer med psykisk ohälsa får en bättre vardag tack vare hjälpmedel. Men det är inte alltid som landstinget beviljar hjälpmedel till andra än de som har neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Även andra patienter kan ha stor nytta av till exempel **kognitiva hjälpmedel**, som man behöver när man har svårt att minnas och koncentrera sig. Ett exempel är så kallade boll- eller kedjetäcken, som förbättrar sömn och vila.

Det är stor skillnad i hur landstingen förskriver hjälpmedel, likaså vilken information som finns och hur tillgänglig den är. Går det att förstå vad som finns, hur man kan prova ut ett hjälpmedel och hur man i slutänden verkligen får ett? Landstingen bör också redovisa hur många och vilka hjälpmedel som förskrivs. Det vore bra om det gick att följa vilka som får det, inte bara totalt, utan även uppdelat i kategorierna "neuropsykiatriska funktionsnedsättningar" och "övriga". Du kan få hjälp av en **arbetsterapeut** för att ta reda på vilka besvär du har i vardagen och vilka hjälpmedel du kan få. Prata med din läkare eller kontaktperson i vården. På arbetet kan du få hjälp med både med hjälpmedel och även ett så kallat **personligt biträde**, det vill säga en arbetskamrat som är ett stöd i den dagliga verksamheten. Det här kan Arbetsförmedlingen hjälpa dig med.

Landsting och kommuner har börjat ta mer betalt för hjälpmedel. Extra vanligt verkar det vara för de som är modernare och it-baserade. De kan vara viktiga just för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Det är den fattigaste

gruppen brukare som behöver den här typen av hjälp, vilket betyder att de självklart också måste vara kraftigt subventionerade. Även den som vårdas inom tvångsvård har rätt till hjälpmedel, till exempel bolltäcke.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Hur många med kognitiva svårigheter har erbjudits hjälpmedel?*
- *Har man möjlighet att prova olika hjälpmedel?*
- *Är hjälpmedlen avgiftsfria?*
- *Hur många har erbjudits hjälpmedel när de vårdas enligt LPT?*

17. Tillgänglighet

När det pratas om otillgänglighet, tänker de flesta på höga trappsteg eller andra fysiska hinder. Men människor med psykiska funktionsnedsättningar upplever andra hinder (trösklar) i vardagen som gör att samhället inte är tillgängligt. Ett exempel är att det kan vara svårt att ta till sig information på **myndigheters hemsidor**. Då ska det man kunna ringa en fysisk person som kan ge vägledning. Detta telefonnummer bör helst inte ha knappval eller ha väldigt begränsade telefontider, eftersom man kan ha svårigheter att pricka in tider och vänta i långa telefonköer. Den här typen av funktionshinder beror ofta på att själva situationen är stressande, inte på att man nödvändigtvis har svårt att förstå information.

När man har svårt att **passa tider** så blir det också ett problem med alla de möten som människor med psykisk ohälsa ofta kallas till. I många fall är det både vården, kommunen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen som kallar till sammantaget ibland över 100 möten på ett år. En elektronisk kalender kan då vara bra. Viktigt är också om de som kallar till möten även kan skicka **påminnelse via sms och mejl**. Extra allvarligt är det när ett missat möte inom vården ibland kan innebära att man får en straffavgift, vilket i förlängningen kan innebära betalningsanmärkningar om man till exempel inte bor kvar på adressen där man är skriven.

Ett stort problem för människor med psykisk ohälsa är otrygghet, ångest, sviktande självförtroende med mera. På grund av samhällets fördomar så upplever man sig ofta vara i underläge gentemot myndigheter och vården. Brukaren skulle därför i många fall bli hjälpta av en **följeslagare** som fungerar som stöd i olika situationer.

Enligt diskrimineringslagstiftningen så ska kommunen, skolan och universiteten ge brukare förutsättningar att kunna prestera likvärdigt med dem utan funktionsnedsättningar. Det kan till exempel betyda att om man har ångest så ska man få möta socialtjänsten, eller skriva en tenta, i ett enskilt rum.

Andra som har till exempel social fobi blir väldigt begränsade av att de inte kan ta sig till olika platser med till exempel kollektivtrafik. De bör då ha rätt till **färdtjänst**. Långa reseavstånd försvårar också för en psykiskt skör människa att söka vård och behandling. På flera håll i landet läggs mottagningar för sluten- och öppenvård, vilket innebär längre resväg för patienterna. En annan tillgänglighetsfråga är också hur byggnader inom psykiatri faktiskt ser ut, hur **arkitekturen** är utformad. Det finns exempel på byggnader som patienterna upplever som hotfulla och skrämmande och som de då blir mindre benägna att besöka.

Det är vanligt att sakna dator och internetuppkoppling bland människor med psykisk ohälsa än bland befolkningen i övrigt. Allt mer samhällsservice och tjänster digitaliseras. Det här är ett demokratiskt problem. Ett sätt att öka tillgängligheten är att man gratis kan få låna dator av kommunen, på till exempel biblioteket, och gärna då längre än bara någon timme. Det är också bra om datorerna står så att man kan sitta ostört. Många personer, även de med psykiska funktionsnedsättningar, har ofta bristande kunskap om hur man använder datorer. Därför bör kommunerna erbjuda **kostnadsfria utbildningar** med grundläggande kunskaper i hur man använder datorer. En del bibliotek har till exempel utbildningsdagar.

Dator med internetuppkoppling ska också ingå i det kommunala **försörjningsstödet**. Socialstyrelsen skriver i sina allmänna råd från 2013 att: "Socialnämnden bör ge ekonomiskt bistånd till den hemutrustning som behövs för att ett hem ska kunna fungera". Dit räknas dator med internetuppkoppling. Men även om man har tillgång till både dator och internet kan själva hemsidorna vara svåra att ta till sig. Det kan vara förvirrande formgivning, röriga gränssnitt och ologisk struktur. Kommunen eller landstinget/regionen borde ta hjälp av brukarråd när de gör om sina hemsidor. Det finns globala riktlinjer för hur webben ska göras mer tillgänglig, med namnet **WCAG 2.0 (Web Content Accessibility Guidelines)**, som då borde användas.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Finns någon att ringa om du inte hittar den information du söker?*
- *Skickas påminnelser till möten via sms?*
- *Hur vanligt är det att kommunen beviljar följeslagare?*
- *Kan människor med ångest få träffa socialtjänst i enskilt rum?*
- *Går det att få färdtjänst för människor med social fobi?*
- *Hur långt måste brukarna åka för att komma till psykiatri?*
- *Hur välkomnande är de psykiatriska vårdenheterna?*
- *Finns det datorer att låna avgiftsfritt?*
- *Erbjuder kommunen utbildningar i att använda datorer?*

- *Ingår dator och internet i försörjningsstödet?*
- *Är webbsidor utformade så att alla kan ta del av dem?*

18. Diskriminering

Det talas mer om psykisk ohälsa i offentligheten än vad som varit vanligt tidigare. Förhoppningsvis är det något som kan leda till att samhällets syn på psykisk ohälsa förändras till det bättre. Men fortfarande finns många fördomar kvar i samhället. Det är ofta befogat att tala om ett **stigma**. Samhällets attityder gör att man ibland också utsätts för direkt diskriminering. Det sker när du blir sämre behandlad som kund, hyresgäst, studerande, inom vården eller socialtjänsten. Då kan du göra en anmälan hos

Diskrimineringsombudsmannen. Du kan ringa deras växel eller kontakta dem på www.do.se Det är bra om diskriminering gentemot psykiskt funktionshindrade synliggörs.

Exempel på frågor som kan ställas till vårdgivare och myndigheter:

- *Kartlägger ni diskriminering mot människor med psykisk ohälsa?*
- *Hur arbetar ni för att motverka den sortens diskriminering?*
- *Hur ser ni till att ingen utsätts för diskriminering inom vården?*

Viktiga begrepp

För att det ska bli lättare att använda kvalitetsmått har vi skrivit en lista över begrepp. Orden i sig kanske inte är svåra att förstå, men för att kunna driva saker i ett brukarråd är det viktigt att veta vad RSMH menar med begreppet.

Brukare är de som nyttjar samhällets vård och stödfunktioner. Det är inom RSMH en person som får eller är i behov av vård och stöd som en följd av psykisk ohälsa. Brukare är ett vidare begrepp än patient och klient, och som i viss mån omfattar alla samhällsmedborgare.

Debriefing eller eftersamtal är en form av bearbetning för att minska stressreaktionerna efter ett trauma och att påskynda återhämtningsprocessen. Det innebär att patienten och behandlaren tillsammans går igenom vad som hänt och kommer överens om hur man ska undvika en liknande situation i framtiden.

Fokusgrupp är en intervjumetod som används när man vill veta hur människor upplevt en situation.

FN-konventioner är avtal som länder inom FN kan skriva under. En del av dem handlar om mänskliga rättigheter. Konventioner som nämns här är: Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och FN:s konvention om barnets rättigheter, populärt kallad Barnkonventionen.

Kvalitetsmått För att ta reda på hur vård och stödinsatser för personer med psykisk ohälsa fungerar har RSMH sammanställt en rad frågeställningar. Svaren avslöjar hur god kvalitén på vård och stödinsatser är. Mätbarheten är viktig för att tydligt kunna visa utförare var det brister, och även jämföra vad som fungerar bra och dåligt.

Närstående är den som brukaren anser är hens närstående. Det kan vara en vän, släkting eller kamrat från föreningen. RSMH använder hellre närstående än anhörig, eftersom det oftast enbart innebär familjemedlem eller släkting.

Nätverkskontrakt är en överenskommelse om hur en brukare ska bemötas om hen får svåra symptom. Det upprättas mellan patient och närstående när patienten mår bra.

Personligt ombud, PO, är en stödinsats som många kommuner tillhandahåller till personer med psykisk funktionsnedsättning. Syftet är att brukaren ska få möjlighet att leva ett mer självständigt liv. Verksamheten utgår från klienten och är oberoende av myndigheter och andra serviceproducenter.

Vårdöverenskommelse görs mellan patient och behandlande läkare om vilka åtgärder som ska vidtas om patienten får svåra symptom och behöver vård. Överenskommelsen görs för att kunna gå patientens önskemål till mötes och för att undvika tvångsåtgärder.

Viktiga förkortningar

BISAM – Brukarinflytandesamordnare

ECT – Elektrokonvulsiv behandling (populärt kallat elchocksbehandling)

FAR – Fysisk aktivitet på recept (kallas ibland träning på recept)

LPT – Lagen om psykiatrisk tvångsvård

LRV – Lagen om rättspsykiatrisk vård

RSMH – Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

SKL – Sveriges kommuner och Landsting

ÖPT – Öppen psykiatrisk tvångsvård

Vill du lära dig mer?

Det finns en studiehandledning till Kvalitet på dina villkor.
I den får du hjälp med att starta en studiecirkel och förslag på en studieplan.
Handledningen finns att ladda ned på www.rsmh.se

Vid frågor om studiehandledningen,
kontakta Jonas Andersson, studiesekreterare på RSMH.
Tel: 08-120 080 43, mejl: j.andersson@rsmh.se

Kontakt RSMH:s förbundskansli:
Instrumentvägen 10, 126 53 Hägersten
08-120 080 40
www.rsmh.se

Kvalitet på **dina** villkor!

– En handbok för förändring

Vilka rättigheter har man inom den psykiatriska slutenvården? Vad är det egentligen som gäller kring akut tandvård? Har kommunen skyldighet att ordna boende för dig med psykisk ohälsa?

Det här och mycket annat får du reda på i *Kvalitet på dina villkor*, som är ett verktyg för granskning av vård och samhällsservice. Skriften - som här kommer i sin femte och reviderade upplaga - har tagits fram av Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH. Den riktar sig till dig som har ett förtroendeuppdrag i till exempel ett brukarråd eller till dig som helt enkelt vill veta mer om dina rättigheter. Det är en handbok för utveckling och förändring.

Principen är att "Den som bär skon vet var den klämmer". Det vill säga att den som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa också bäst vet var bristerna inom vård och stöd finns. Då ska man också ha möjlighet att påverka hur verksamheten bedrivs. Det kallas för brukarinflytande, och det borde vara mycket mer omfattande än vad det är idag.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, arbetar för att alla med psykisk ohälsa ska ges förutsättningar att leva ett gott liv. Medlemmar är personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, anhöriga och andra som vill stödja vårt arbete. Förbundet bildades 1967. Vi har i dag cirka 7500 medlemmar och ungefär 120 lokalföreningar över hela landet. Du kan läsa mer och bli medlem på www.rsmh.se