

# Inget beslut om mig utan mig

Vårdplanering ur patientperspektiv



Brukarinflytande-samordnare och Forsknings- och Utvecklingsenheten  
Psykiatri Södra Stockholm  
STOCKHOLM LÄNS SJUKVÅRDSOMRÅDE



## Vårdplanering

Vårdplanering är inte en enskild händelse eller en punktinsats utan består av flera olika händelser som återkommer i en process. Det handlar om förberedelser, möten, dokument, utvärdering och uppdateringar (förändringar) i planeringen av vården.

Mål och även delmål kan formuleras, ändras och även återtas. Det gäller både konkreta saker och visioner. Innehållet kan och behöver förändras över tid.

### Patienten vill veta

- Varför är jag här?
- Vad ska vården leda till?
- Hur ska det gå till?
- Vem gör vad?
- När ska det göras?
- Vilka ska vara med?

Denna skrift innehåller en sammanfattning av vad patienter önskar och uttrycker för behov runt sin vårdplan och andra

planeringar med aktörer inom välfärden. Det är alltså beskrivningar som är ur patientperspektiv.

Närstående är många gånger en resurs i återhämtning och viktiga personer i patientens liv. De kan vara ett stöd för patienten i kontakter med vård och omsorg men också en viktig källa till information för psykiatrin och kommunen. Det är därför bra att uppmuntra till att ha med närstående i vårdplaneringar men naturligtvis också respektera patientens önskan om vilka som skall delta, eller inte vara med.

## Vad säger patienter?

En viktig sak är ömsesidighet där både patienter och personal kommer till tals. Genom att arbeta tillsammans och åt samma håll ökar möjligheterna att uppnå målen med vården.

Det är också viktigt för patienten att veta vad han eller hon har att förhålla sig till. När en situation är förutsägbar för patienten ökar känslan av trygghet och kontroll av situationen.

Om man vill vara helt förutsägbar riskerar man stelbenthet vilket inte är något patienter

beskriver som hjälpsamt. Däremot önskas en flexibilitet, det vill säga möjligheter till avsteg från ramarna vid behov men också möjligheten till "det lilla extra". Det finns en baksida även med flexibilitet, det kan glida över i godtycklighet, sett från patientens perspektiv.

Känsla av sammanhang (Kasam) talar om flera aspekter som är viktiga för att människor ska må bättre.

- Vården och planeringsmötet ska för patienten vara meningsfull.
- Vårdplaneringen och resultatet av den ska för patienten vara hanterbar.
- Vårdplanering, information, kommunikation, beslut etc. ska vara begriplig för patienten.

## Vårdplanering som rättighet

Patienten har rätt till delaktighet i planeringen av sin vård och detta gäller all vård. Det spelar alltså ingen roll om det är frivillig- eller tvångsvård, om det är öppenvård eller vård på sjukvårdsinrättning. En vårdplan ska alltid finnas och många gånger ska den upprättas gemensamt med andra inblandade aktörer, såsom kommun och/eller vårdcentral. Vårdplanen skall upprättas så snart som möjligt. Patienten ska ge samtycke till samtal och informationsöverföring mellan olika personer och myndigheter, Av samtycket ska det tydligt framgå vad samtycket gäller, hur länge det gäller och vilka som berörs.

Att få vara delaktig är det-samma som att bli lyssnad på, bli respekterad och bli tagen på allvar. Detta oavsett om de egna insikterna och omsorgen om den egna hälsan tillfälligt är satt ur spel eller om inte alla är överens om vilken väg man ska gå.

Ibland orkar eller vill person inte vara med. Patient kan då aktivt välja att inte vara delaktig i vårdplaneringen just då.

Vid tvångsvård är individen till vissa delar berövad sina

mänskliga rättigheter. Vårdfor-men i sig innebär att psykiatrin har företräde att tolka individens behov och insikter avseende den egna hälsan. I denna svåra och extrema livssituation kan det vara svårt att på egen hand artikulera sig och kräva personalens lyhördhet inför de egna önskemålen. Så länge personalen är medveten om sin maktställning och kan hantera den obalans som uppstår i relationen med patienten bör det vara fullt möjligt att upprätta vårdplan tillsammans.

## Vårdplaneringen

Vem är den till för?

Planering i vården görs både för patientens och personalens skull. Det är inte ovanligt att patienter inte känner till sin vårdplan eller ens att de har en sådan. Det första steget måste därför bli att medvetengöra alla parter om vad vårdplanering är. Viktigt är att informera, motivera och kommunicera vårdplanering. Använd gärna både muntlig och skriftlig information.

Alla dessa planer...

Alla patienter ska ha en vårdplan. Det finns dock olika myndigheter och institutioner och de har olika planeringsinstrument. Dessa ska patienten förhålla sig till. Bilden till höger kan påminna om att brukare ibland kunde önska att det fanns en koordinationsplanering, med andra ord en planering för att hålla ihop alla dessa olika planer som ska finnas.

Ett annat bekymmer är att ”kärt barn har många namn”. Vi kan mena samma sak men använda olika begrepp. Vad är exempelvis likheter och skillnader mellan vårdplanering, nätverksmöte, delaktighet, informerat samtycke och på senare tid det evidensbaserade arbetssättet med ”shared decision making”. Det kan således, av många olika skäl, vara förvirrande för en patient/brukare/klient med individuella planeringar i välfärden



### Exempel på begrepp som används:

Vårdmöte  
 Vårdkretsmöte  
 Vårdplan  
 Samordnad vårdplan  
 Återhämtningsplan  
 Krisplan  
 Vårdtestamente  
 Nätverkskontrakt

Individuell plan  
 Behandlingsplan  
 Nätverksmöte  
 Etableringsplan  
 Självhjälpsplan  
 Omsorgsplan  
 Omvårdnadsplan

## Vårdplanering som process

Vårdplanering är inte, och ska inte vara, en punktinsats. Det är något som pågår under hela vårdtiden och kan följaktligen inte vara något statiskt. Vårdplanen bör i större utsträckning än idag ha ett patientperspektiv. Patientens önskemål ska framkomma i vårdplanen, inte bara de professionellas. Av naturliga skäl kan önskemål skilja sig åt. Detta behöver inte utgöra någon motsättning utan kan betraktas som en tillgång och utgöra underlag för fortsatt bedömning, behandling och samarbete.

Enkelt uttryckt kan processen beskrivas med sex olika beståndsdelar:

### Förberedelse

- Patient skall aktivt inbjudas att delta i vårdplaneringen. Närstående bör inbjudas till att delta i vårdplaneringen i mån det är möjligt och patienten samtycker till detta.
- Informera om möten i god tid.
- Använd gärna hjälpmedel (Förslag finns i appendix).
- Om eventuella förslag och eller alternativ ska presenteras på mötet är det bra att patienten får dessa i förväg.

### Information

- Patient behöver känna till att den har rätt till en vårdplan och vad en vårdplan är.
- För att göra val behöver patient känna till de alternativ som finns att tillgå, både på den egna enheten och vid vård- och omsorg som erbjuds av andra i samhället.
- Att ge information är inte samma sak som att information landar/tas emot.

### Kommunikation

- Språket är viktigt, både vid själva vårdplaneringen och i vårdplan som dokument.
- Patienten skall kunna förstå det som sägs och det som

skrivs. Detta är inte personalens dokument allena.

- Delaktighet är sammakopplad med bemötande - ett centralt tema i alla brukarundersökningar.
- Använd gärna pedagogiska dokument och/eller upplägg och vid behov och/eller önskemål kan vårdplaneringen spelas in.

### Upprättande

- Vårdplaner ska innehålla problemformulering (varför söker jag hjälp) och målet (när jag behöver mindre eller ingen hjälp) samt vägen till målet (vilken hjälp).

### Uppföljning

- Precis som inför vårdpla-

neringen ska patienten få information efter vårdplaneringen, dvs att man har uppföljningar.

- Hur har det gått? Behöver något i vårdplaneringen justeras?
- Avsluta med att gå igenom vad som beslutats

### Uppdatering

- Eventuella ändringar/justeringar av vårdplanen dokumenteras och undertecknas.



## Vårdplanering som möte

Patienter vill vara med från början. Det är viktigt att tänka på att patienten får tydlig information om vårdplanering och vad som ska diskuteras på mötet. Utan information och valmöjligheter kan inte patienten vara delaktig och/eller ha medbestämmande.

Ett olyckligt exempel kan vara att när patienten kommer till vårdplaneringen finns halvt urdruckna kaffekoppar på bordet (dvs det har varit förmöte utan patienten). Det kan också vara så att när patienten kommer till mötet har det mesta redan sagts eller att för patienten helt ny information presenteras på mötet (information som kanske sedan tidigare är känd för personalen). Om man inte ger patienten chansen att vara aktiv efter sina förutsättningar blir vård och planering ensidig. Detta gäller även vid tvångsvård.

Det finns flera beskrivningar på när fem personer på ett vårdplaneringsmöte gått därifrån med fem olika beskrivningar om vad som beslutats. Sätt gärna av tid i slutet av mötet och gå igenom vad ni kommit

överens om. Gör en muntlig genomgång och använd gärna blädderblock som komplement. En tydlig sammanfattning och dokumentation minskar risken för missförstånd.

En del saker berör inte patienten. När personalen har olika åsikter så kan det vara en belastning eller skapa problem för patienten. Patienter önskar ofta att detta är avklarat innan mötet eller diskuteras bakom "stängda dörrar".

- Hur och vad ska berättas för patienten i de fall diskussion behöver ske endast mellan personal? Exempelvis fördelning av kostnader för HVB-hem.
- Hur hanteras situationer när olika aktörer ej är överens.



Antalet närvarande kan också hämma delaktighet i onödan. Det är bra att tänka på antal personal och patienter/närstående samt hur man placerar sig på själva mötet. Sitter alla professionella på en sida av bordet och patienten ensam? Det är således nödvändigt att tänka på att omständigheterna, deltagarna och miljön under vårdplaneringen påverkar densamma i stor utsträckning.

Exempel:  
4 från psykiatrin, 2 studenter och en patient gör det svårt för patienten att vara delaktig. Om man tänker i kilogram blir det 450 kg mot 75 och lägger man till myndighetsutövning blir maktbalansen av nödvändighet ojämn. Vi kan inte förändra de faktiska omständigheterna men vi kan vara medvetna om dem.



## Vårdplan som dokument

Kärt barn har många namn. Vårdplanering finns i flera olika varianter och "versioner". Du hittar några längst bak i denna skrift.

I en vårdplan kan finnas flera olika delar; öppenvård, slutenvård, kontaktuppgifter, överenskommelser, mål, delmål, omvårdnadsplan, krisplan, åtgärder, uppföljning, problemformuleringar, önskemål etc. Viktigt är att detta finns samlat. Annars riskerar det att komma bort, dokumenteras i löpande text eller under olika rubriker i journalsystemet. Detta kan göra det svårt att hitta hela planeringen för vården.

Problemformulering av patient och behandlare behöver inte nödvändigtvis vara helt samstämmig. Viktigt är att patientens, personalens och närståendes respektive problemformulering skrivs in, även om de inte är samstämmiga.

Önskemål. Då önskemål framförs och mer än en part finns representerade är det bra om varje part kan formulera sina önskemål var för sig. I annat fall kan diskussionerna och önskemålen bli begränsade av "det som kan erbjudas i dagsläget". Detta gäller till exempel

vid samordnad vårdplanering med kommunen. Det som kan erbjudas och/eller det som det beslutas om kan beskrivas i delen med överenskommelser. Överenskommelser bör vara ömsesidiga och också utvärderas ömsesidigt.

Ibland blir måendet sämre och tillvaron kan köra ihop sig. I vårdplanen bör man diskutera detta och eventuellt göra upp en krisplan. Detta med syfte att motverka risken för inläggning och tvångsvård.

Alla planer (vårdplan, krisplan, omvårdnadsplan) bör skrivas under av både patient och personal. Om patienten inte skriver under skall behandlare notera detta i patientens journal tillsammans med förklaring/motivation. Detta ger oss ett, måhända elementärt, mått på delaktighet i vårdplaneringen. Att planer skall undertecknas innebär också av nödvändighet att vårdplanering behöver informeras och kommuniceras.



## Appendix

Här presenteras några av de termer som finns i broschyren lite utförligare. Här finner du också konkreta tips om hur man kan göra.

### Hjälpmedel

- Broschyren "Att använda mediciner i sin återhämtning" P. Deegan
- Blådderblock
- Post-it
- Mindmap
- Boken "Nätverkskontrakt" av Laila Gentzel

### Patientmapp - Portfolio

Innehållande vårdplan och eventuell omvårdnadsplan, information om vårdenhet samt kontaktuppgifter till behandlare. Den kan också innehålla liknande uppgifter från andra huvudmän samt den information patient själv önskar ha. Detta har prövats och/eller är i bruk på en del avdelningar.

### Återhämtningsplan

Återhämtning betyder olika saker för olika människor. Det handlar inte nödvändigtvis om

att bli av med olika symptom på den psykiska ohälsan. För en del patienter betyder det att kunna hantera egna svårigheter, att få kontroll över sitt liv, att uppnå sina mål, att utveckla färdigheter och att realisera drömmar.

Ingenting kan ske utan en avsevärd portion ansträngning från personen själv. Det kommer inte heller att ske över en natt. En plan för återhämtning är helt frivillig och ofta mer bred än en vårdplanering och kan löpa under längre tid. Den behöver heller inte ta hänsyn till respektive myndighet eller institutions uppdrag.

### Krisplan - Vårdtestamente

Patienter och närstående uttrycker många gånger önskan om att i förväg få bestämma saker inför en eventuell framtid.

Vårdtestamente har i princip samma innehåll och syfte som en Krisplan. Tanken är enkel. När patienten mår bra/bättre beskriver han eller hon vad de önskar och vill i perioder av sämre mående, olycka eller ålderdomssvaghet.

Syftet med en krisplan i psykiatri är ofta mindre tvångsvård. Det ska påpekas att denna plan inte är förpliktande för vården.

### Vårdplan

Vårdplanen ska ligga till grund för genomförandet av vård och behandling. En preliminär vårdplan upprättas vid första kontakten på mottagningen eller vid inskrivning på heldygnsvården. Den preliminära planen ska revideras så snart det finns underlag för det fortsatta behandlingsarbetet. En förutsättning för att planen upprättas är dock personens samtycke

### Vårdplan LPT

I vårdplanen ska anges vilka behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och vårdresultatet bestå.

### Samordnad vårdplan LPT

Vid ansökan hos förvaltnings-

srätten om öppen psykiatrisk tvångsvård ska alltid en samordnad vårdplan med kommunen bifogas.

### Individuell plan

Vid behov av både vård (landsting) och omsorg (kommun) ska en individuell plan upprättas. Behovet kan uppmärksammas av patient, närstående, landsting eller kommun. En förutsättning för att en plan ska upprättas är personens samtycke.

### Nätverkskontrakt

Som ett vårdtestamente men gäller för en grupp/nätverk och inte bara patienten.

### Informerat samtycke

Informerat samtycke i behandling innebär att patienten bekräftar att hon/han deltar frivilligt i undersökningen i fråga, efter att ha fått tillräckligt med information om allt som har betydelse för beslutet om deltagandet i undersökningen. Detta används exempelvis vid ECT. Patienten behöver inte vara med och välja behandlingen och informerat samtycke ur patientperspektiv kan också vara att inte motsätta sig.

Det ska även nämnas att informerats samtycke är ett begrepp i samband med forskning. Forskning får ej genomföras utan informerats samtycke.

### Delat beslutsfattande

I denna "modell" ses vårdplanering som ett partnerskap mellan behandlare och patient. Delat beslutsfattande innebär en ömsesidighet och en aktivitet från alla parter. Detta är något som allt oftare efterfrågas av patienter och närstående. Förutsättningar för Delat beslutsfattande

- Minst två personer som delar all relevant information
- Alla måste delta i beslutsprocessen och beslutet som fattas ska accepteras av alla parter
- Processen avslutas med att ett aktivt beslut fattas

Både patienter och behandlare ska ses som experter på olika områden.

### Exempelvis kan läkare bidra med:

Diagnos  
Etiologi  
Prognos  
Behandlingsalternativ  
Sannolika resultat

### Patient i sin tur bidrar med:

Erfarenhet av sjukdom  
Sociala omständigheter  
Inställning till risker/biverkningar  
Värderingar  
Önskemål/preferenser

Delat beslutsfattande finns med i socialstyrelsens "Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd". I riktlinjerna beskrivs beslutsprocessen med följande 9 steg:

1. Uppmärksamma att ett beslut behöver tas
2. Beskriva och tydliggöra inblandade personers roller och ansvar
3. Presentera alternativ
4. Informera om nytta och riskförhållanden med de olika alternativen
5. Undersöka patientens förståelse, värderingar och förväntningar
6. Identifiera inblandade personers preferenser
7. Diskussion
8. Fatta ett beslut som alla personer samtycker till
9. Planera uppföljning



### Lagstiftning

- § 3f Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) individuell plan
- § 7a Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) samordnad vårdplan
- § 16 Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) vårdplan
- § 16b Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) samordnad vårdplan

Detta är en del i en serie skrifter där Brukarinflytande-samordnare (BISAM) i samarbete med Forskning och Utvecklingsenheten (FoU) gjort sammanfattningar av patientperspektivet på olika områden som rör Psykiatri Södra Stockholm. Det handlar alltså om vad patienter berättar om och har erfarenheter av. Källorna är från Psykiatri Södra Stockholm.

Fokusgrupper inom Psykiatri Södra Stockholm

Patientforum inom Psykiatri Södra Stockholm

Brukarråd inom Psykiatri Södra Stockholm

Försök till Spegling av SPO Psykiatri Södra genom patienter och anhöriga