

**Kommun(er):** samtliga kommuner i Uppsala län

**Region Uppsala:** samtliga hälso- och sjukvårdsförvaltningar

Fastställt av: TL HSVÖ

Datum: 2020-10-23

## Patient- och brukarmedverkan i Uppsala län

### Innehåll

Bakgrund .....	2
Syfte .....	2
Omfattning och ansvar.....	2
Termer och begrepp .....	3
Former av delaktighet.....	4
Genomförande.....	4
Medverkan på individnivå .....	5
Medverkan på verksamhetsnivå.....	5
Medverkan på organisatorisk nivå.....	5
Tillgängliga kontaktvägar.....	5
Synpunkts- och klagomålshantering.....	5
Uppdrag och ersättning .....	6
Introduktion/utbildning för patienter/brukare, anhöriga och personal som deltar i utvecklingsaktiviteter .....	6
Uppföljnings- och utvärderingsmodell för medverkan.....	6
Referenser.....	7
Bilaga 1 Ersättningsmodell vid .....	8
patient-, brukare- och anhörigmedverkan.....	8
Bilaga 2. Överenskommelse om uppdrag och ersättning – blankett.....	10
Bilaga 3. Metoder och kunskap som verktygslåda .....	11

# Bakgrund

Patient-, brukar- och anhörig medverkan leder med största sannolikhet till förbättrad kvalitet och effektivitet samt nödvändig individualisering av hälsa, stöd, vård och omsorg. Medverkan innebär även att ansvarstagande och engagemang från patienten/brukaren och anhöriga möjliggörs och leder till ett ömsesidigt lärande. Det stärker även patienters, brukares och anhörigs ställning i förhållande till de som beslutar inom hälsa, stöd, vård och omsorg<sup>1</sup>.

I målbilden för effektiv och nära vård 2030<sup>2</sup> beskrivs den samskapande vården där patient-, brukare och anhöriga ses som jämlika partners. Detta synsätt behöver genomsyra ledningens förhållningssätt på alla nivåer inom hälsa, stöd, vård och omsorg. På samma sätt stödjer strategin för närvårdssamverkan i Uppsala län 2018 - 2020 utvecklingen kring säker, jämställd, jämlik och tillgänglig vård och omsorg utifrån behov i länets kommuner och Region Uppsala<sup>3</sup>.

Redan 2014 togs ett politiskt beslut som inom dåvarande Landstinget utmynnade i en överenskommelse kring att utveckla Aker-modellen<sup>4</sup>. Modellen ska bidra till att patientens kunskap av att leva med sin sjukdom, de anhörigas kunskap och vårdmedarbetarens professionella kunskap tas tillvara i vård, behandling och rehabilitering. Nationellt finns flera län som arbetar efter metoden för patienter och anhöriga<sup>5</sup>.

För att kunna samarbeta med patient, brukare och anhöriga oavsett huvudman behövs det i länet ett gemensamt verksamhetsstöd i form av denna riktlinje för att organisera, strukturera och utveckla arbetsformer för medverkan på alla nivåer<sup>6</sup>

## Syfte

Riktlinjen ska bidra till att skapa **samsyn** kring vad patient- och brukarmedverkan innebär. Den ska utgöra ett **stöd** för verksamheterna för att tillsammans med patient, brukare och anhöriga systematiskt arbeta med kvalitetsförbättringar inom hälsa, stöd, vård och omsorg.

## Omfattning och ansvar

Riktlinjen omfattar alla verksamheter inom region Uppsala och länets kommuner som bedriver hälsa, stöd, vård och omsorg, oavsett ålder. Ansvariga för styrning och ledning bör säkerställa att det på såväl individ som verksamhets- och organisationsnivå finns rutiner för att få fram och ta till vara information från

---

<sup>1</sup> [Från mottagare till medskapare](#) – Rapport från myndigheten för vårdanalys

<sup>2</sup> [Effektiv och nära vård 2030](#)

<sup>3</sup> [Strategi för närvårdssamverkan i Uppsala län](#)

<sup>4</sup> DNR HSS 2011-0170 (dåvarande landstinget i UL)

<sup>5</sup> Socialstyrelsen publikation, [Patient- och närståendeutbildning med hög delaktighet](#)

<sup>6</sup> [Från mottagare till medskapare](#) – Rapport från myndigheten för vårdanalys

patienter/brukare om deras behov och erfarenheter i kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. Alla professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har ansvar för att systematiskt efterfråga erfarenheter från patient/brukare och anhöriga i syfte att förbättra verksamheten. En förutsättning för delaktighet är att information och metoder är tillgängliga och anpassade efter behov.

## Termer och begrepp

**Brukare** - (inom socialtjänst) person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten. Insatserna kan röra allt från stöd och service till mer omfattande bistånd, och en brukare kan vara allt från ett nyfött barn till en mycket gammal människa. Ordet brukare anger att personen tar en insats i bruk oavsett om den är frivilligt mottagen eller ges med tvång.  
(Socialstyrelsens termbank)

**Patient** - person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård  
(Socialstyrelsens termbank)

**Anhörig** - Då begreppen anhörig och närstående används inkonsekvent i officiella dokument, har vi i denna riktlinje valt att använda oss av definitionerna som finns i Socialstyrelsens vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap 10 § Socialtjänstlagen<sup>7</sup>. I vägledningen används i huvudsak ordet anhörig som samlingsbegrepp för anhöriga eller andra personer som vårdar och stödjer en närstående.

**Patient- och brukarmedverkan** – Socialstyrelsen<sup>8</sup> och Nationellt system för Kunskapsstyrning<sup>9</sup> definierar begreppet som individens möjlighet att påverka dels den egna vården, dels verksamhetsförbättringar. I denna riktlinje avses främst patienter, brukare och anhörigas möjligheter att ta del av och påverka verksamheternas förbättringsarbete.

---

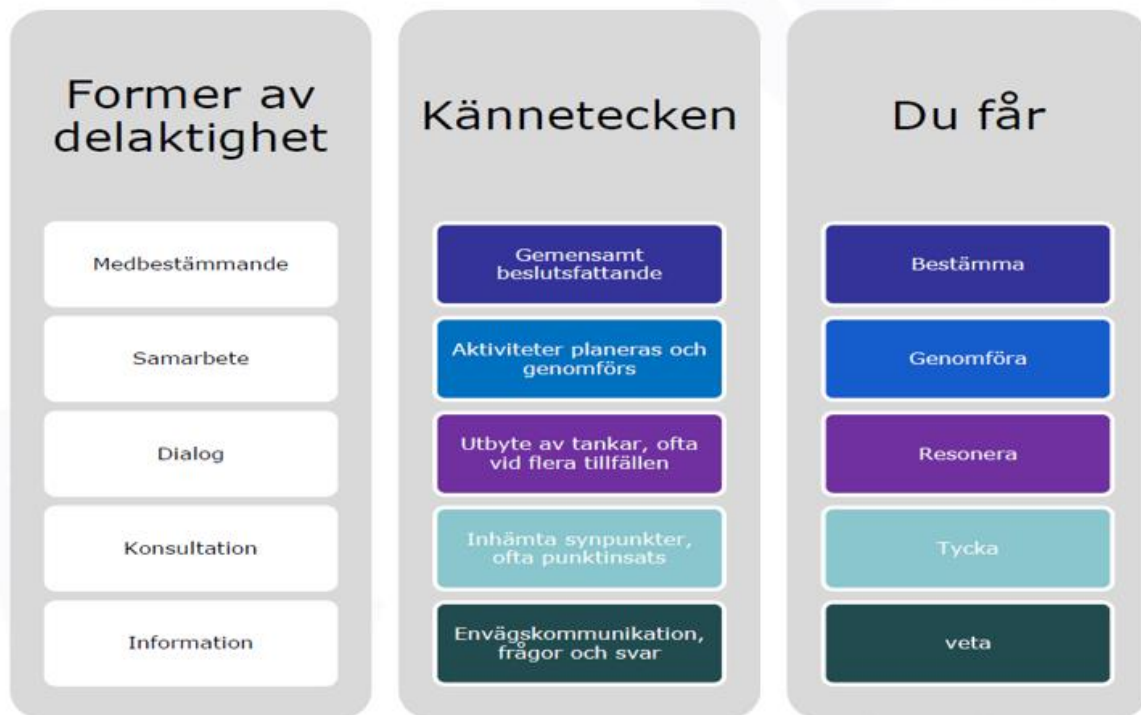
<sup>7</sup> [Stöd till anhöriga - Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen](#)

<sup>8</sup> [Att ge ordet och lämna plats - Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård](#)

<sup>9</sup> [Rutin för patientmedverkan i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård](#)

# Former av delaktighet

I Sherry Arnsteins delaktighetstrappa<sup>10</sup> beskrivs olika grader av delaktighet. När man planerar och genomför olika aktiviteter i patient- och brukarmedverkan behöver verksamheten vara medveten om vilket trappsteg man är på, så att avsikten med aktiviteten uppnås. Det behöver vara tydligt formulerat var man befinner sig och om målet är att nå en annan nivå eller inte.



11

## Genomförande

Patient/brukare och anhöriga kan och bör medverka i utvecklingsarbete och göras delaktiga på olika sätt och nivåer. En form av medverkan kan ske i olika former av arbetsgrupper där patienter/brukare och anhöriga getts uppdrag utifrån sina kunskaper och erfarenheter. Avgörande för en väl fungerande medverkan i arbetsgrupper eller andra samarbeten är att det finns en struktur. Förväntningar på samarbetet behöver tydliggöras och samtliga inblandade behöver vara överens om på vilket sätt medverkan ska ske. För att möjliggöra delaktighet ska information ges i tid och vara i lättillgängligt format. Processerna ska vara öppna och ge en tydlig bild av syfte, uppdrag, och arbetets utveckling.

Varje verksamhet bör ha beskrivna arbetssätt som säkerställer att patient/brukare och anhöriga görs delaktiga, dels på individnivå dels på verksamhetsnivå. Varje huvudman ansvarar för att dessa kunskaper och erfarenheter systematiskt inkluderas

<sup>10</sup> Arnstein, Sherry R. 1969 A ladder of citizen participation. Journal of the American Institute of Planners 35(4):216-24

<sup>11</sup> Modellen framtagen av Högskolan i Dalarna

i styrning- och ledningssystem. Genom att använda olika metoder ökar man individers och grupperns möjligheter till delaktighet. I bilaga 3 ges exempel på metoder och verktyg som kan tillämpas.

## Medverkan på individnivå

Patienter/brukares erfarenheter ska efterfrågas systematiskt för att användas till att förbättra verksamheten. Patient/brukare ska vara välinformerade utifrån sina förutsättningar och ha inflytande över vård, behandling, stöd och andra insatser. Information ska ges om vilka möjligheter till delaktighet och medverkan som erbjuds samt hur och vem man kontaktar för att lämna synpunkter.

## Medverkan på verksamhetsnivå

Att medverka i utveckling av hälso- och sjukvård samt socialtjänst innebär delaktighet i aktiviteter på verksamhets- och systemnivå. Patienter/brukare och anhörigas erfarenheter ska tas tillvara och påverka utvecklingen av hälso-sjukvårdens och socialtjänstens processer och rutiner. Verksamheterna fokuserar på förbättringar som ökar värdet för patienten/brukaren.

## Medverkan på organisatorisk nivå

Medverkan och delaktighet på organisatorisk nivå innebär en övergripande dialog. Huvudmännens system för ledning och styrning bör systematiskt efterfråga patienter och brukares kunskaper och erfarenheter. Inom såväl länsövergripande samverkan som huvudmännens verksamhetsområden bör kompetens från patient- och brukarmedverkan tillvaratas i det politiska arbetet.

## Tillgängliga kontaktvägar

För att få till stånd patient-/brukarinflytande på verksamhets- och systemnivå är det nödvändigt att ledningen och andra berörda har kunskap om olika grupper av patienter/brukare och att exempelvis kontaktuppgifter till organisationer som företräder deras intressen är tillgängliga. Patienter/brukare och anhöriga har motsvarande ansvar för att möjliggöra kontaktvägar och kommunikation.

## Synpunkts- och klagomålshantering

Synpunkter och klagomål från patienter/brukare och anhöriga ska systematiskt tas tillvara för kvalitetsutveckling. Det är viktigt att vara medveten om att patienter/brukare befinner sig i en beroendeställning och att det kan hindra dem från att lämna synpunkter.

Rutiner för att ta emot, dokumentera, återföra, vidta åtgärder och följa upp synpunkter och klagomål ska finnas i varje verksamhet<sup>12</sup>. Ett systematiskt arbetssätt

---

<sup>12</sup> [SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#)

ska tillämpas så att värdefulla förbättringsförslag implementeras och sprids för ett ökat lärande. Varje verksamhet ska säkerställa att patient/brukare och anhöriga görs delaktiga i analys och förbättringsarbete.

## Uppdrag och ersättning

För att skapa goda förutsättningar för delaktighet behövs en beskrivning av roller, mål, syfte och en överenskommelse om vad som förväntas. För att skapa jämlikhet för olika grupper och möjliggöra för patienter/brukare och anhöriga att delta på lika villkor ur ett ekonomiskt perspektiv ska eventuell ersättning för deltagande framgå av överenskommelsen (bilaga 2).

Medverkan kan ske såväl från patient-/brukar- och anhängigorganisationer som av enskild person. När representanter utses ska det klargöras att deltagare väljs utifrån sin kunskap.

Ersättning för delaktighet på uppdrag enligt bilaga 1 utgår från huvudmännens respektive arvoderings-/ersättningsregler och omprövas regelbundet. Möjlighet finns att avstå ersättning.

Utöver överenskommelsen (bilaga 2) kan andra typer av avtal tas fram. Det kan exempelvis vara jävsdeklaration och sekretessavtal.

## Introduktion/utbildning för patienter/brukare, anhöriga och personal som deltar i utvecklingsaktiviteter

Verksamheterna behöver överväga om representanterna behöver någon form av information/kunskap för uppdraget. Ibland kan medarbetarna ha behov av information/kunskap av patient/brukargrupper inför uppdraget, exempelvis hur det är att leva med en funktionsnedsättning och ibland behöver patient/brukare liknande introduktion/utbildning om verksamheten. Det ska av bilaga 2 framgå i vilken omfattning introduktion/utbildning som erbjuds den patient/brukare som representerar alternativt den grupp som representeras.

## Uppföljnings- och utvärderingsmodell för medverkan

Av varje överenskommelse (bilaga 2) ska det framgå hur uppföljning ska ske och vem som är kontaktperson för uppdraget. Varje huvudman sammanställer årligen inom ramen för närvårdssamverkan hur många överenskommelser som finns/upprättats och utfall av uppföljningen för att mäta hur kvalitetsarbetet utvecklas avseende delaktighet.

# Referenser

[Att ge ordet och lämna plats - Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård](#)

[Rutin för patientmedverkan i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård](#)

# Bilaga 1 Ersättningsmodell vid patient-, brukare- och anhörigmedverkan<sup>13</sup>

Ersättning vid patient-, brukare- och anhörigmedverkan bygger på skattepliktigt arvode och reseersättning.

Ersättning bör ges per timme för att skapa möjlighet för kortare avstämningar. Administrationen av ersättningen bör lösas genom att utbetalning sker månadsvis alternativt kvartalsvis efter att uppdragstagaren (patient-/brukare-/anhörigrepresentant) har redovisat tid och kostnader för mötet. Detta gör att administrationen inte ökar oavsett längd på och antal möten.

## Grunder för ersättning

Ersättning betalas ut till person med erfarenhet som patient/brukare och anhörig när programområde, samverkansgrupp eller arbetsgrupp kallar till uppdrag och efterfrågar patient/brukare och anhörigas kunskap och erfarenhet i kvalitetsarbeten de bedriver.

Ersättningen bygger på hur uppdraget är beskrivet i överenskommelsen mellan patient/brukare och den grupp som kallat till uppdrag i ett arbete. Överenskommelsen ska innehålla en beskrivning av uppdraget för patient/brukare, tidsåtgång, arvode, informationsansvar samt att en jävsdeklaration upprättas för patient/brukare (se mall för överenskommelse, bilaga 2).

Ersättning betalas ut som skattepliktigt arvode till privatperson, dock ej till företag.

## Ersättning

Ersättning utgår enligt fastställd uppdragsbeskrivning för arbetet som patient-, brukar- eller anhörigrepresentanten medverkar i. För medverkan i möten/aktiviteter utgår ersättning med:

- 3,6 procent av prisbasbelopp för heldag (mer än fyra timmar inklusive eventuell färdtid)
- 1,8 procent av prisbasbelopp för halvdag (mellan två till fyra timmar inklusive eventuell färdtid)
- alternativ för kortare insatser: 0,9 procent av prisbasbelopp för kortare insatser, (upp till två timmar inklusive eventuell färdtid) eller 0,5 procent av prisbasbelopp/timme

Exempel, för 2019 motsvarar detta:

- 1 700 kronor för heldag
- 850 kronor för halvdag
- 425 kronor för kortare insatser alternativt 215 kronor/timme

Med möten menas såväl fysiska möten som distansmöten via telefon eller video.

---

<sup>13</sup> [Rutin för patientmedverkan i nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård](#)



För ersättning av möte/aktivitet inkluderas i normalfallet även för- och efterarbete enligt uppdragsbeskrivningen. Vid behov kan överenskommelse om extra ersättning för- och/eller efterarbete göras.

Inkomstbortfall ersätts inte utöver ersättning enligt ovan.

Ersättning utgår inte vid allmänna öppna möten av informationskaraktär eller till anställd i en patientorganisation där uppdraget ingår i tjänsten.

Vid samtidig ersättning från Försäkringskassan kontaktar patienten/den närstående Försäkringskassans handläggare för aktuella regler.

### **Reseersättning**

Reseersättning utgår. Resor ska bokas med god framhållning och i möjligaste mån ska billiga och miljövänliga alternativ nyttjas. Bilersättning utbetalas enligt Skatteverkets regler.

### **Räkneexempel**

Räkneexemplet nedan är endast en schablon för att ge en uppfattning om vilka nivåer av ersättning som det kan komma att bli. Det är inte baserat på det faktiska arbetet i en arbetsgrupp eftersom det kan komma att se väldigt olika ut. Det är ett exempel på arbete under ett år i en arbetsgrupp där två patienter eller närstående medverkar.

Arbetsgruppen beräknas genomföra följande arbete som ska ersättas:

Fyra heldagar med fysiska möten ( $1\ 700 \times 2 \times 4 = 13\ 600$ )

Fyra halvdagar med fysiska möten ( $850 \times 2 \times 4 = 6\ 800$ )

Sex kortare avstämningar via video/telefon ( $425 \times 2 \times 6 = 5\ 100$ )

Arbetsgruppen har också avsatt extra tid i uppdragsbeskrivningen för inläsning och bearbetning av texter med en heldag per patient/närstående ( $1\ 700 \times 2 = 3\ 400$ ).

Total ersättning för medverkan av två patienter/närstående exklusive reseersättning, inklusive arbetsgivaravgift\*: 37 980 kronor/år.

En patient/närstående har behov av att få ersättning för resa till och från möten (resor tur och retur  $8 \times 1\ 000 = 8\ 000$ ).

Total ersättning två patienter/närstående inklusive reseersättning och arbetsgivaravgift\*: 45 980 kronor/år.

\*Arbetsgivaravgift för 2019 är 31,42 procent 2019, källa - Länk

# Bilaga 2. Överenskommelse om uppdrag och ersättning – blankett

*Följande rubriker ska finnas med i samband med överenskommelse om uppdrag.*

**Uppdragets omfattning och innehåll (*Kort beskrivning av syfte och mål*)**

**Patient/brukare/anhörig/föreningens uppdrag (*Vad, Syfte, Tid*)**

**Informationsansvar (innebär uppdraget att förmedla ut information, innebär uppdraget att inhämta information)**

**Kontaktperson för uppdraget**

**Introduktion/Utbildning**

**Ersättning (*Hur ska utbetalning ske?*)**

**Återkoppling och uppföljning (ska ske vid avslut av uppdrag eller vid behov)**

1. Vad fungerade bra respektive mindre bra?
2. Fick du rätt information om uppdragets syfte?
3. Har arbetet varit meningsfullt?
4. Vad skulle kunna bli bättre?

-----

Ort och datum

-----

Ort och datum

-----

Ansvarig för uppdraget

-----

Patient-, brukare-,  
anhörigföreträdare

-----

Namnförtydligande

-----

Namnförtydligande

\* Överenskommelsen ska arkiveras av uppdragsgivaren.

## Bilaga 3. Metoder och kunskap som verktygslåda

[QRC Kvalitetsregistercentrum](#) vid Karolinska institutet är ett exempel, som tillhandahåller en verktygslåda för alla nivåer som ska bidra med metoder/arbetsätt att involvera patienter i förbättringsarbete. Verktögen har olika svårighetsgrad, från de enkla du kan använda direkt utan större förberedelse eller kostnad till de som kräver lite mer resurser och tid. Du får tips om när det är lämpligt att använda verktyget, hur man gör, hur många personer som involveras, svårighetsgrad och flera goda exempel.

### [Nationellt kompetenscentrum anhöriga](#)

Här finns en rad metoder och verktyg som gynnar delaktighet vid samtal med anhöriga inklusive barn och unga.

### [Kunskapsguiden](#)

Kunskapsguiden är en nationell webbplats som har samlat kvalitetssäkrad information från flertalet myndigheter och andra aktörer. Där finns bland annat information om *Brukarinflytande i praktiken*, *Evidensbaserad praktik* samt *IBIC* och *BBIC*.

### [Brukarrevisionsbyrån Uppsala län- BRiU](#)

### [Liv Hopen, Hälso pedagogik](#)

### [GPCC – Centrum för personcentrerad vård](#)

<https://innovationsguiden.se/>

<http://www.ringla.nu/>