





# Vad kan en **veterinär** lära en **psykiater**?

...och andra ledare ur Revansch

Boken ges ut av RSMH:s medieprojekt  
i samarbete med tidningen Revansch.

© 2006 RSMH och tidningen Revansch

Instrumentvägen 10, 126 53 Hägersten

tel 08-772 33 60 fax 08-772 33 61 [www.rsmh.se](http://www.rsmh.se)

Omslag Håkan Westford

Tack till Ulla Weidstam, RSMH:s kansli, för korrekturläsning.

ISBN 91-85055-10-7

WS Bookwell AB, Finland 2006

# Innehåll:

Förord	7
Vad tycker RSMH om:	
Vård	9
Jämställdhet	58
Personligt ombud	70
Medicin	79
Ungdomsfrågor	97
Ekonomi	104
Brukarinflytande	123
Återhämtning	135
Media	140
Om Medieprojektet	147
Om RSMH	148
RSMH:s bokutgivning	149



# Inledning

RSMH STOD I SIN TIDS BEGYNNELSE, 1968, på barrikaderna för att driva den för medlemmarna då viktigaste frågan - avveckling av institutionerna. Det fanns på den tiden inga tveksamheter kring vad RSMH tyckte, tänkte eller arbetade med.

Under årtiondenas gång, när sjukhusen successivt har lagts ned eller ombildats, och vården har förändrats i och med psykiatrireformen under 1990-talet, är RSMH:s uppgift och åsikt inte lika enkel, entydig eller självklar.

Det betyder inte att psykiskt funktionshindrade inte behöver RSMH idag. Tvärtom. Men det handlar om helt andra frågor: boende, sysselsättning, rättigheter som till exempel LSS och personligt ombud, återhämtning och brukarinflytande.

RSMH:S INTRESSEPOLITIK FINNS HITTILLS INTE samlad i någon skrift eller bok. Däremot finns det en ledare i varje nummer av *Revansch*, RSMH:s medlemstidning som kommer ut fem gånger per år. En ledamot i förbundsstyrelsen eller någon projektansvarig skriver om några av förbundets mest aktuella frågor. Vi har plockat ledare ur *Revansch* från 1989 och framåt, för att ge en bild av RSMH:s intressepolitik i dag.

*Tommy Engman, projektledare RSMH:s medieprojekt*



# Vad tycker RSMH om vården?

## *Från tvång till svåråtkomlig vård.*

Vården har genomgått stora förändringar under den tidsperiod som RSMH funnits med. Parallellt med utvecklingen för psykofarmaka/neuroleptika och medicinering, har vården gått från att vara dogmatiskt styrd och helt utan brukarinflytande, till att, i de bästa fallen, vara öppen, anpassad till individen och med reellt patientinflytande

MEN DET FINNS MYCKET kvar att arbeta med. I början av 2000-talet inleddes ett projekt som belyste vikten av genusperspektiv i vården, ett arbete som har gett tydliga avtryck i arbetet hos flera landsting. Andra områden som berör vården som RSMH arbetat med de senaste åren är brukarinflytande, självhjälpgrupper och bemötande.

VISION: Att du som patient tillsammans med vårdgivare ska kunna diskutera och besluta vilken typ av vård som behövs. Dessutom finns behov av platser, med vårdpersonal, där människor i kris kan övernatta, utan att behöva skriva in sig.

# Ökande behov möts med minskade resurser

Text Hans Kihlström, vice förbundsordförande, Malin Norrvi, projektledare

Under många år har vi överhopats med statistikuppgifter från Försäkringskassan, Statistiska Centralbyrån, Folkhälsoinstitutet, med flera, som säger att den psykiska ohälsan ökar - den till och med ökar dramatiskt, och har blivit det kanske idag största folkhälsoproblemet.

Det är inte de så kallat ”tyngre” diagnoserna (till exempel psykosjukdomar och personlighetsstörning) som ökat, istället handlar det om att depressioner, ångest och inte minst ”utbrändhet” eller utmattningsdepression blivit allt vanligare. Den psykiska ohälsan drabbar allt fler och det borde därför - för allt fler - stå klart att psykisk ohälsa finns överallt och att den inte nödvändigtvis syns utanpå. Att det handlar om vanliga människor som mår ovanligt dåligt.

DEN SOM LEVER ETT UTÅT SETT normalt välfungerande liv med arbete, familj och vänner kanske ofta tror sig vara ”immun” mot psykiska problem - det händer bara andra. Den som trots detta av olika anledningar, som ofta kan kopplas till olika former

av trauman/akut stress, hamnar i en situation där det dagliga livet helt, eller åtminstone i stor omfattning, styrs av det egna psykiska måendet, upptäcker ofta snart vad det vill säga att befinna sig på "den andra sidan". Allt fler får erfarenhet av den dubbla belastning som psykisk ohälsa innebär.

Av skamkänslor som gör att man inte vågar prata om sin situation, eller ens erkänna den för sin närmaste familj. Av ångest och en försvagad självkänsla som leder till att man inte orkar träffa andra människor utan isolerar sig från omvärlden. Av social fobi eller till och med självmordstankar...

Det är lätt att hamna i en negativ spiral och helt tappa fotfästet.

SJÄLVHJÄLPSGRUPPER spelar inom RSMH en viktig roll för våra medlemmars förmåga att återfinna sina resurser, växa och att återta makten över sina liv.

Självhjälpsgrupper är på intet sätt unikt för RSMH, däremot har vi i flera steg utvecklat olika former av desamma för att passa människor med olika typer av psykisk ohälsa. Under våren påbörjar RSMH en konkret satsning på att starta självhjälpsgrupper för människor som blivit sjukskrivna eller "förtidspensionerats" till följd av utbrändhet eller utmattningsdepression.

Grupperna ska fungera som ett stöd i vardagen på vägen tillbaka till ett gott liv - givetvis med förhoppningen att deltagarna samtidigt ska få professionellt stöd från de instanser som ansvarar för detta.

Idag känns den förhoppningen tyvärr ganska fåfång. Med den ökade ohälsan känner allt fler inpå bara huden hur det brister inom psykiatrin, hur kompetens saknas inom primärvården och hur det glappar i samarbetet mellan försäkringskassa, vård, arbetsförmedling och arbetsgivare.

Trots att man bland annat genom de försök som genomförts vid olika stressmottagningar numera vet vilket stöd som behövs är det få som får det. Många överges i "sjukskrivnings- och förtids-pensionsträsket" och bryts sakta ner under tiden. Det är inget mindre än ett oerhört slöseri, både med mänskliga och ekonomiska resurser!

NÄR DET OFFENTLIGA INTE RÄCKER TILL ropar alltfler på insatser av frivilligorganisationerna. Samtidigt som behovet av och trycket på RSMH alltså ökar händer följande: bidragen till verksamheterna på lokal och regional nivå minskas! RSMH är inte vilken frivilligorganisation som helst. Vi är en brukarorganisation med mängder av erfarenhetsbaserad kunskap om psykisk ohälsa och vi har lång erfarenhet av brukarinflytande och kamratstöd. Vi besitter en unik erfarenhet och kunskap som samhället istället för att ta till vara nu börjat säga Nej tack! till.

Kommuner och landsting försöker spara på kamratstödande verksamhet som har stor personlig betydelse för många människor med psykisk ohälsa och funktionshinder. Samtidigt försvagas basen för brukarnas inflytande på psykiatrin.

Minskningen har vi kunnat se under lång tid, inte överallt men på de flesta håll, och konsekvenserna är att föreningar och distrikt hamnar i en negativ spiral: man tvingas flytta till billigare och mindre ändamålsenliga lokaler och säga upp personal, vilket i sin tur leder till svagare föreningar med mer begränsad verksamhet, mindre möjlighet att attrahera medlemmar och därmed ökade svårigheter att överleva.

Det är dags att kommuner och landsting vänder på trenden och utökar det ekonomiska stödet till RSMH:s föreningar och distrikt. Vi förväntar oss också att försäkringskassan, fack- och arbetsgivarorganisationer, primärvård med flera stödjer vår satsning på självhjälpsgrupper.

För vem fångar upp våra medlemmar om också RSMH tappar fotfästet?

## Den försummade kroppen

Text Jan-Olof Forsén, förbundsordförande RSMH

I statistiska centralbyråns, SCB:s, senaste undersökning om levnadsförhållanden framgår att det inte har skett några förbättringar för de psykiskt funktionshindrade – bland annat vad gäller deras fysiska hälsa. Undersökningen berör en rad områden som till exempel arbetslöshet, ekonomi och utsatthet för våld.

I undersökningen konstateras att de funktionshindrade själva bedömer att det egna hälsotillståndet är sämre än för befolkningen i övrigt. Människor med psykiska funktionshinder avstår oftare än andra grupper från att söka läkare vid tillfällen då de har behov av vård och konsultation.

SIFFRORNA FRÅN SCB ÄR KÄNDA sedan tidigare. Ett av argumenten som lyftes fram vid avvecklingen av mentalsjukhusen var att de psykiatriska vårdavdelningarna skulle samlokaliseras med den somatiska sjukvården. Detta för att förbättra möjligheten till somatisk vård för människor med psykisk ohälsa.

Men den fysiska hälsan har inte förbättras för den här gruppen! Raden av undersökningar, vilka visar att människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder löper en kraftigt ökad risk att drabbas

av somatiska sjukdomar och att dö en för tidig död, kan göras lång. Några exempel:

- ♦ Den somatiska ohälsan uppmärksammas inte inom den psykiatriska vården.
- ♦ Samarbetet mellan psykiatri och primärvård fungerar inte.
- ♦ Många psykiskt funktionshindrade har en livssituation präglad av stress vilket bidrar till somatisk ohälsa.
- ♦ Behandling med neuroleptika kan ofta förvärra den somatiska ohälsan.
- ♦ Ett allt för stort antal psykiskt funktionshindrade är inte med i den positiva livsstilsförändring (till exempel bättre kost, mer motion, mindre rökning) som andra grupper genomgår.
- ♦ Psykiskt funktionshindrade har ofta en katastrofal ekonomisk situation vilket gör att det är i det närmaste omöjligt att prioritera kostnader för somatisk sjukvård och läkemedel.
- ♦ Psykiskt funktionshindrade tas inte på allvar när de söker vård på vårdcentral eller somatiska sjukhus för sina fysiska problem. Dessa tolkas ofta som psykiska snarare än fysiska.

RSMH HAR VID FLERA TILLFÄLLEN uppmärksammat regering och riksdag på den stora fysiska ohälsa som råder för människor med psykiska funktionsnedsättningar. Men inget händer!

Den fysiska hälsan ska inte komma i andra hand. RSMH föreslår att landstingen erbjuder människor

med psykiska funktionshinder årliga kostnadsfria hälsokontroller.

Förslagsvis ska detta kunna erbjudas av den psykiatriska öppenvårdsmottagningen genom ett remissförfarande till primärvården.

## Vårdönskan svart på vitt

Text Jan-Olof Forsén förbundsordförande RSMH

Ibland önskar jag att det funnits tillfällen för en genomgång tillsammans med vårdpersonalen så att jag haft möjlighet att få utvärdera den vård som jag fått, eller de tvångsåtgärder jag blivit utsatt för. För att använda ett modernt ord kan vi kalla det för debriefing. En sådan gemensam utvärdering skulle innebära en vinna-vinna-situation för brukaren och personalen.

Hade ett sådant system funnits när jag insjuknade 1975 hade jag sluppit en massa onödig medicinering och biverkningar. Jag är övertygad om att det hade varit mycket bättre för mig och den vårdpersonal som jag hade att göra med. Jag skulle inte behövt så lång tid för att återhämta mig.

GENERELLT STÄLLER PATIENTER inom psykiatrin för låga krav på medverkan och delaktighet, och vården är dålig på att lyssna. Självklart måste också utvärderande och utvecklande samtal förekomma i all psykiatrisk vård.

Under 1990-talet började vi att föra fram idén om att patienten i ett så kallat vårdtestamente skulle kunna skriva ned sina önskemål inför en eventuell framtida psykiatrisk behandling. I vård-

testamentet skulle patienten kunna framföra synpunkter på till exempel medicinering eller vilken psykoterapiform man föredrar. Här kunde också finnas nedskrivet vilka personer som patienten har förtroende för, till exempel stödpersoner eller närstående, och som vårdpersonalen kan prata med.

Idén om ett vårdtestamente väckte uppmärksamhet, men allt för få har provat eller praktiskt utvecklat denna metod. Jag tror att det finns en hel del hinder som delvis förklarar varför inte vårdönskan finns utvecklad i praktiken.

Själva namnet vårdtestamente för tankarna till ett vanligt testamente. Många drar sig för att skriva ett sådant, eftersom det innebär tankar på döden. När det gäller vårdtestamente handlar tankarna kanske om ifall jag ska bli sjuk igen.

EN FÖRUTSÄTTNING FÖR ATT någon ska lägga ned arbete och energi på att skriva en vårdönskan är att man tror att den ska komma till användning. Idag finns inga garantier för att vården ska ta hänsyn till ett vårdtestamente hur frisk man än varit när det skrevs eller oavsett vem som bevittnat det.

Och hur vet jag att min vårdönskan når den behandlande personalen? För att vårdönskan ska fungera krävs att den ingår som en del i systemet och ständigt är aktuell.

Ett sätt att komma igång med praktiska försök med vårdönskan är att koppla den till debriefing. Det skulle kunna gå till så att brukaren tillsammans med någon form av stödperson och aktuell vård-

personal, träffas för debriefing några månader efter vårdtillfället. Under debriefingen går de igenom vad som hänt under vårdtiden och få förklaring från personalens sida varför de gjort på ett visst sätt.

Brukaren kan berätta om sina upplevelser, till exempel "jag var livrädd i en viss situation". Syftet är att båda parter ska lära av varandra.

Resultat av debriefingen blir förmodligen att brukaren är mindre rädd och hyser mindre agg mot personal och vård.

För personalen blir debriefingen en möjlighet till fortlöpande utveckling av arbetet. Det blir en avslutning där brukarens synpunkter finns med skriftligen. Om vårdönskan genomförs tillsammans med personalen ingår den i systemet.

Detta dokument ska naturligtvis placeras först i journalen.

DEBRIEFING OCH VÅRDÖNSKAN är exempel på hur egenmakt och brukarinflytande kan utvecklas på individnivå. Det här är idéer som borde provas i verkligheten.

Brukarens maktlöshet är tydligast inom tvångsvården och det är en situation som påverkar individen totalt sett. Det är i tvångsvården som brukarens behov av egenmakt, eller empowerment, är som störst.

## Statssekreterarens nya kläder

Text Anders Prinz, projektledare, Kjell Broström, intressepolitisk sekreterare

Socialstyrelsen har konstaterat att psykiatrireformen ännu inte hunnit sätta sig. Mycket har hänt, men mycket återstår också att göra. Många psykiskt funktionshindrade behöver mera stöd för att klara eget boende och drygt hälften av alla i psykiatrireformens målgrupp saknar meningsfull sysselsättning.

På många ställen fungerar inte samarbetet mellan kommuner och landsting tillfredsställande. Det behövs dessutom satsningar på mellanvårdsformer där medicinska insatser kan förenas med social omsorg.

DET ÄR DÄRFÖR GLÄDJANDE att regeringen nu ger Socialstyrelsen i uppdrag att påbörja utbyggnaden av verksamheten personliga ombud i hela landet.

Säkert kan det bidra till att stödet till de psykiskt funktionshindrade blir bättre och verkligen kommer fram till dem som behöver det.

Naturligtvis är det beklagligt att regeringen inte vågar satsa för fullt från början, och anslå 45 miljoner för sista halvåret i år och 90 miljoner för nästa år, som det var tänkt. Istället blir det nu 30 respektive 60 miljoner. Men huvudsaken är i alla fall att införandet av de personliga ombuden nu blir av!

Men personliga ombud räcker inte. Regeringen har lovat en ny psykiatriproposition med många skarpa förslag. För att kunna fortsätta arbetet med psykiatrireformen krävs resursförstärkningar både i landstingen och kommunerna. Vi blir därför oroliga när vi uppfattar avtalet mellan staten, landstingen och kommunerna om de nio miljarderna till hälso- och sjukvården som om hela kakan som rör de psykiskt funktionshindrade kommer att gå till landstingen. Ännu oroligare blir vi när vi gång på gång frågat representanter för regeringen och inte fått några svar som övertygar oss om motsatsen.

TYCKER DÅ INTE RSMH att det är bra att man satsar på psykiatrin? Jo det tycker RSMH är jättebra.

Men vi tror att saker och ting hänger ihop. Många psykiskt funktionshindrade behöver både somatiska och psykiatriska sjukvårdsinsatser. Men vad hjälper det att sjukvården har mycket pengar om man sitter instängd i sin lägenhet och inte vågar gå ut? Är det då inte nödvändigt att det finns ett boendestöd som man har förtroende för, som kan hjälpa en att ta sig fram till den resursförstärkta sjukvården?

Och är det inte lika viktigt att man har en meningsfull sysselsättning, och tillgång till mobila team under ångestfyllda nätter? Då blir man kanske inte så dålig att man måste läggas in. Det är just det sambandet psykiatrireformen handlar om: att det finns två sidor av saken och att man behöver satsa på båda.

RSMH frågar sig nu likt den lille mannen i sagan vad det bidde av de skarpa förslagen som regeringen lovat. För hittills har regeringen svarat något som närmast kan tolkas som: Det bidde ingen ny psykiatriproposition. Det bidde ett välkommet men nedbantat förslag till personliga ombud, samt en ensidig satsning på den kliniska psykiatrin.

Någon översyn av LSS-lagstiftningen bidde det inte. Att döma av statssekreteraren Mikael Sjöbergs uttalanden på Socialstyrelsens konferens den 29 maj är detta inget problem för regeringen. Man tycks anse att det är i sin ordning att psykiskt funktionshindrade inte beviljas stöd och hjälp enligt den rättighetslagstiftning som ger den högsta kvalitén och största inflytandet över insatserna. Inte tycks man heller vara nämnvärt bekymrad över det faktum att man inte lägger några förslag som löser de problem med boende och sysselsättning som Socialstyrelsen visade på i sin utvärdering av psykiatrireformen (med undantag av personliga ombuden).

DÄREMOT TALAR STATSSEKRETERAREN sig gärna varm om ideologin och om värderingarna bakom reformen. Han gläds åt att vi inte har det som i England där kritiken mot reformen är hård och utvecklingen på väg tillbaka mot de stora mentalsjukhusen.

Tyvänn kommer man lått att tänka på en annan saga när man lyssnar på statssekreteraren. Nämligen den om kejsarens nya kläder. För om man inte

vidtar konkreta åtgärder för att förbättra kommunernas möjligheter att garantera välfärd och valfrihet för de psykiskt funktionshindrade kommer rösterna för att återupprätta institutionerna att höjas. Då kommer vi snart att ha det som i England. Då kommer det att visa sig att statssekreteraren var naken och allt han sa bara var tomt prat.

Låt oss hoppas att det inte blir så. Än finns möjligheten att med ökade resurser och konkreta åtgärder få reformen i hamn.

RSMH har inte gett upp. Än hoppas vi att sagan om psykiatrireformen får ett lyckligt slut!

## Psykiatriflyktingarna

Text Kjell Broström, intressepolitisk sekreterare

De flyttar till en annan kommun, stadsdel eller till ett annat landsting för att få tillgång till vård och omsorg som de finner acceptabel. De folkbokför sig hos släktingar eller andra närstående på en ort där psykiatrin känns mänsklig och lättillgänglig.

En RSMH-förening där man kan få övernatta, en väns eller anhörigs vardagsrumssoffa eller vänt-rummet på en akutmottagning, får fungera som tillflyktsort och asyl för människor som är på flykt från sin psykiatriska sektor eller från en psykiater som vägrar låta sin patient välja var och av vem denne vill behandlas. Många patienter och anhöriga kan vittna om detta.

*Välfärd och valfrihet* var titeln på Psykiatriutredningens slutbetänkande som kom 1992. Individens egna val och prioriteringar skulle vara utgångspunkten för alla insatser.

Dessa skulle utformas för att stödja den enskildes välfärd. Särskilt mycket välfärd har än så länge inte åstadkommits för de psykiskt funktionshindrade. Ekonomisk åtstramning och otillräcklig lagstiftning brukar anges som väsentliga orsaker.

Men hur har det gått med valfriheten? Principen

om valfrihet borde ha kunnat slås fast och förverkligats även med knapp ekonomi och en bristfällig lagstiftning.

Så har det inte blivit. Idag finns ingen lagstadgad rätt att välja sjukhus eller specialistmottagning. Bara rekommendationer från landstingsförbundets styrelse. De flesta landsting har visserligen tagit principbeslut som skall ge patienterna valmöjligheter. Men samma landsting har också beslutat om remissregler och ekonomiskt "styrsystem" som begränsar möjligheten att välja. Dessa regler och "styrsystem" gör varje patient som väljer en annan vårdgivare till en förlustaffär för den sektor eller klinik som han tillhör.

INOM DEN PSYKIATRISKA VÅRDEN möter patienter som vill byta läkare eller sjukhus nästan alltid ett stort motstånd mot detta. Det gäller oavsett vilka rekommendationer och beslut som tagits i respektive landsting. Man måste vara stark nog att kunna hävda sin rätt, ta kontakt med förvaltning och förtroendenämnd för att få göra sitt fria val.

Eller så skall man vara en av det fåtal lyckligt lottade individer som har ett fristående personligt ombud.

Bakom detta motstånd finns, utöver ekonomiska incitament, en rad andra orsaker:

- ♦ Fördomar om att den enskilde är förvirrad och inte kan välja.
- ♦ Paternalism, det vill säga jag som läkare vet vad som är bäst för dig just nu.

- ♦ Byråkrati, det vill säga lite ordning och reda måste vi ändå ha.
- ♦ Psykologisering, det vill säga det är ett naturligt och konstruktivt inslag i den terapeutiska processen att patienten är kritisk och motvillig.
- ♦ Psykopatologisering, det vill säga patientens kritik och motvilja mot att vårdas här hör till hans sjukdomsbild. Att låta honom få sin vilja igenom skulle förvärra hans symtom, öka hans ambivalens och så vidare.
- ♦ Prestige, det vill säga smärtan att någon ratar den behandling du vill erbjuda eller ändå värre ratar dig själv som behandlare. Den drabbar många psykiatrer hårt.

VALMÖJLIGHETERNA för psykiatrins patienter måste ses över. Det gäller också dem med psykiska funktionshinder som får kommunalservice av till exempel boendestöd, gruppboende och/eller sysselsättning. De är minst lika begränsade där som inom landstingspsykiatrin.

De stora olikheterna i behandlingsinriktning och bemötande som råder inom psykiatrin och den kommunala servicen motiverar en lagstadgad rättighet att välja vård- och omsorgsgivare.

## Rättigheter ersätts av klagomur

### *Öppet brev till Svenska Kommunförbundet*

Text Kjell Broström, intressepolitisk sekreterare

Skall Tony, 26 år, med svåra psykiska funktionshinder, själv få välja ett gruppboende istället för ett sjukhem där samtliga medpatienter är 30 till 50 år äldre än han själv? Skall Anna, 75 år, märkt av många år på institution men som nu fått egen lägenhet, själv få välja om hon vill duscha en eller två gånger per vecka?

Som det fungerar nu så kan den enskilde överklaga ett negativt beslut enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och i vissa fall enligt Socialtjänstlagen, SOL.

I RAPPORTEN och diskussionsunderlaget *En samlad lag om vård och omsorg* vill Svenska Kommunförbundet skrota de rättighetsbaserade lagarna SOL och LSS till förmån för en mer flexibel och skyldighetsbaserad lag som ger kommunerna ett större handlingsutrymme så att de kan anpassa insatserna till kostnadsutvecklingen. Därmed försvinner också den enskildes möjligheter att överklaga socialnämndens beslut.

Om kommunerna får möjlighet att själva utforma

stödet och servicen får brukaren, påstår Kommunförbundet, mer inflytande. Några belägg för det kan man dock inte visa på i rapporten. Däremot har LSS förbättrat flertalet funktionshindrades kontroll och inflytande över de egna livsvillkoren.

Redan den 1 januari 1998 försämrades brukarinflytandet genom en begränsning i överklagningsrätten i SOL. Nu vill Kommunförbundet ytterligare försämma brukarinflytandet.

Det har gått fem år sedan RSMH av sitt helhjärtade stöd åt psykiatrireformen som gav kommunerna ansvaret för servicen, stödet och vården till personer med psykiskt funktionshinder. Det var ett viktigt steg. Från mentalpatient – undängömd på institution – till kommunmedborgare med rätt att få samma stöd och service som människor med fysiska funktionshinder.

UNDER DESSA ÅR har vi ofta haft anledning att fråga oss om vi gjorde rätt. Rapporter om allvarliga brister i den kommunala verksamheten har ju hela tiden strömmat in. Vi har sagt; att bygga upp ett bra boendestöd med sysselsättning och åstadkomma en god samverkan mellan olika vård och servicegivare tar tid och vi måste ha tålamod.

I kommuner där man tidigt tog sin nya uppgift på allvar och där det funnits verklig vilja från de olika vård- och servicegivarna att samarbeta på alla nivåer fungerar psykiatrireformen bra. (Där kan till och med de som står på sig få LSS-insatser.)

Vi har förutsatt oss att alla vill medverka till att

undandröja den diskriminering som drabbar psykiskt funktionshindrade när de söker ekonomiskt bistånd, boendestöd, sysselsättning eller rehabilitering. Vi har också förutsatt oss att alla är överens om att även psykiskt funktionshindrade skall få del av LSS-insatser och är beredda att vidta nödvändiga förändringar för att åstadkomma detta.

Men trätan mellan kommuner och landsting bara fortsätter, om ideologi, kulturkrockar, kompetens, arbetsuppgifter, pengar, ansvarsfördelning. Käbblat förklarar inte bara samarbetet utan också arbetet med att utveckla nya vård- och stödformer. Och den diskriminering som drabbar psykiskt funktionshindrade vid tillämpningen av LSS tycks ingen vara beredd att göra något åt.

NÄR KOMMUNFÖRBUNDET NYLIGEN KOM med sin rapport *En samlad lag om vård och omsorg* tänkte vi "här måste finnas analys och förslag till hur man skall komma tillrätta med problemen".

Men i Kommunförbundets rapport finns inte de psykiskt funktionshindrades problem med. Man utgår envist från en felaktig, och av alla andra dementerad, beräkning "att cirka 3000 personer med psykiska funktionshinder skulle komma att tillhöra LSS personkrets". Enligt Socialstyrelsens inventering bör denna siffra mer än tiodubblas. I Handikappombudsmannens rapport *Att trampa vatten 1998* drar man den slutsatsen att i praktiken pågår en juridisk utfrysning av människor med psykiska funktionshinder, avseende rätten till stöd och ser-

vice. Det är svårt att tolka Kommunförbundets verklighetsbeskrivning som något annat än ett försök att vilseleda och släta över bristerna i kommunernas omsorg om psykiskt funktionshindrade.

Kommunförbundet ägnar sig istället åt att försöka öka den kommunala makten och begränsa statlig styrning. Kommuner skall fastställa riktlinjer och kontrollera att de följs. Staten skall bara lägga sig i om direkta lagbrott begås. Den enskildes möjlighet att överklaga biståndsbeslut ersätts med en kommunal klagomur. Detta, påstår Kommunförbundet, leder till att enskilda får starkare ställning.

MAN VILL HA EN SKYLDIGHETSLAGSTIFTNING utan för mycket detaljstyrning. Det skall finnas flexibilitet för kommunerna att själva utforma insatserna utifrån lokala och ekonomiska förutsättningar. Om de översätts till räddningstjänsten skulle man kunna säga att Kommunförbundet vill ha en brandlag som ålägger dem att ha ett bra brandförsvaret, men där brandkåren inte nödvändigtvis behöver rycka ut för att släcka alla bränder om det blir för dyrbart. När det gäller annan lagstiftning som till exempel plan- och bygglagen protesterar inte kommunen mot överklagningsrätten.

Protesterna är nu direkt kopplade till kommunens självbestämmande över det som tidigare hette fattigvård. Där påbjuder traditionen att kommunen skall ha makt och kontroll över vilka insatser som skall ges och vilka som skall befinnas värddiga att få del av den kommunala välgöreheten.

## Synliggör motsättningarna

Text Jan-Olof Forsén, vice förbundsordförande, RSMH

Den mest påtagliga förändringen som pågår inom psykiatrin idag är en frånvaro av andra perspektiv än det medicinska. Det innebär att djupare förståelse för patientens problematik och hur denne har det känslomässigt, relationsmässigt, existentiellt, socialt och ekonomiskt kommer i skymundan.

Detta är mycket allvarligt eftersom människor med psykiska funktionshinder ser sina problem på just det sättet. Därför är det viktigt att det förs en öppen debatt om psykiatrin och att olika uppfattningar tillåts komma fram, istället för som nu att man försöker dölja dem.

Samtidigt som detta sker reses krav på att all behandling måste vara så kallad evidensbaserad, alltså att endast metoder som kan bevisas ha en dokumenterad effekt får användas. Detta låter bra. Problemet är att det saknas specifika behandlingsformer som botar patienterna. Många studier visar att de ordinerade behandlingsinsatserna inte spelat någon avgörande roll i tillfrisknandet, utan att det varit andra faktorer som bidragit till det. Dels vad som händer i patientens eget sociala nätverk, som till exempel i relationer till närstående. Dels det stöd, samtal, umgänge och aktiviteter som sker på

vårdavdelningar, öppenvårdsmottagningar, dagverksamheter osv och som oftast utgörs av mental-skötare, sjuksköterskor med flera. Om de vardagliga relationerna och det vardagliga stödet fungerar bra eller inte är den klart viktigaste faktorn för dem med ett psykiskt funktionshinder.

Socialstyrelsen vill nu att psykiatrin ska närma sig andra medicinska specialiteter och menar att en sådan utveckling redan är på gång. En bekräftelse på det skulle enligt dem vara de nya laborietechniker, neuroradiologiska tekniker, bedömningsinstrument och skattningsskalor, diagnostiska klassifikationssystem samt inte minst de nya psyko-farmaka som utvecklats. Härigenom skulle möjligheterna att behandla psykiska störningar på ett mer effektivt sätt öka, menar man.

VAD GÄLLER NEUROLEPTIKA så har det utvecklats nya preparat som inneburit förbättringar för vissa patienter. Men den stora förändringen inom det området är att läkarna börjat inse att man gett alldeles för stora doser under alldeles för lång tid.

Den positiva utvecklingen inom psykiatrin skedde då sektoriseringen utvecklades. Den innebar bland annat att vi fick mångsidigt sammansatta team, öppnare vårdformer, bättre tillgänglighet och närhet samt en strävan efter helhetssyn och kontinuitet. Ideologiskt skulle sektoriseringen bygga på en integration av psykodynamiskt, socialpsykiatriskt och ett medicinskt orienterat synsätt.

Anledningen till att den sektoriserade psykiatrin

har haft svårt att leva upp till målsättningarna är dels det kraftiga motstånd den mötte från den medicinskt orienterade psykiatrin, vilket gjorde att den slutna vårdens inriktning blev oförändrat medicinsk. Dels att utbyggnaden av mellanvård-  
formerna gick alldeles för långsamt på de flesta håll i landet. Nu tycks Socialstyrelsen vilja avskaffa sektoriseringen, dess ideologiska innehåll och målsättningar och ersätta den med subspecialisering och diagnosbaserade avdelningar.

Socialstyrelsen skriver: ”Eftersom de förändringar som psykiatrin tidigare genomgått aldrig blivit föremål för utvärdering är det osäkert om dessa förändringar gagnat den enskilde patienten”.

ETT MÄRKLIGT PÅSTÅENDE. Det som sägs om bristen på utvärdering är visserligen sant men det säger ju ingenting om vilka för- och nackdelar det haft för dem med ett psykiskt funktionshinder. Tvärt emot Socialstyrelsen anser RSMH att man bör slå vakt om sektoriseringens ideologiska innehåll och vidareutveckla den.

Socialstyrelsen hävdar vidare att psykiatrin all-  
mer lagt splittring och revirstrider bakom sig och att ett ökat samförstånd uppnåtts genom att de olika synsätten integrerats. Detta påstående överensstämmer inte med RSMH:s erfarenheter. Det är mycket påtagligt att det medicinska synsättet fått en allt starkare ställning inom psykiatrin på bekostnad av ett psykologiskt och socialvetenskapligt synsätt.

Inom den internationella forskarvärlden har en

ny motsättning dykt upp som handlar om olika sätt att möta psykiska problem. Den kan beskrivas som en motsättning mellan den gamla medicinska modellen och en hermeneutisk modell.

NYCKELORDEN för den förra är ”störning” och ”symptom”, vare sig man nu uppfattar detta som medicinskt, psykologiskt eller socialt betingat; det är en defekt som måste rättas till.

Inom den senare är ”strategi” och ”mening” de viktiga. Istället för att se på ”symptom” som någonting som i sig är meningslöst och endast ett uttryck för en underliggande ”sjukdom” eller ”störning”, ser man i det nya perspektivet dessa fenomen som någonting som är fullt av mening – och som därför inte skall undertryckas och kontrolleras, utan som måste tolkas och förstås.

Ingenting av denna ytterst viktiga och vitala forskning omnämns i Socialstyrelsens rapport. RSMH kräver att detta görs.

## **Tvång inom öppenvård bryter en lång tradition**

Text Kjell Broström, socialpolitisk sekreterare RSMH

Tvånget inom psykiatrin förekommer i stor utsträckning därför att kunskaperna om psykiska störningar är dåliga och därför att effektiva behandlingsmetoder alltfjänt saknas.

Patienter har oftast förståelse för att tvång ibland behöver användas men är lika ofta kritiska till det sätt på vilket det används. Kränkningar och konflikter i samband med tvångsåtgärder skulle kunna undvikas med ett förhållningssätt inriktat på att motivera och göra patienten delaktig och där läkare och vårdpersonal borde göra allt som står i deras makt för att undvika tvångsåtgärder.

Många som blivit tvångsmedicerade menar att det är mer skrämmande än att bli tvångsomhändertagen och inte sällan framkallar det mer ångest än själva sjukdomstillståndet.

DÄRFÖR ÄR DET YTTERST BEKLAGLIGT att den parlamentariska utredning som inom kort är klar med sin översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagsstiftningen föreslår att tvång skall kunna användas även i öppenvård.

Patienter som vårdas enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) eller LRV (Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård) och inte längre behöver vara intagna på en sjukvårdsinrättning men ändå anses vara i behov av psykiatrisk vård, kan efter beslut av länsrätten överföras till öppen vård med särskilda villkor.

Dessa villkor kan vara att man måste ta sin medicin, men kan även gälla var man skall bo och vara på dagarna, vilken personal man måste träffa, samt förbud mot att använda alkohol eller andra droger. Ett beslut om öppenvård med särskilda villkor skall gälla under sex månader och kunna förlängas med sex månader åt gången.

RSMH anser det djupt olyckligt att den minskning av det psykiatriska tvånget som pågått under flera decennier nu avbryts genom förslaget om att utöka psykiatrins tvångsarsenal. Det är en eftergift för dåligt bemötande och motivationsarbete inom psykiatrin, otillräckligt stöd från kommunerna och kraftiga nedskärningar inom psykiatri och socialtjänst.

FÖRSLAGET INNEBÄR att de informella påtryckningsmedel som psykiatrin alltid har haft nu får lagligt stöd. Det blir en utvidgning av psykiatrins traditionella straff- och belöningssystem som försämrar förutsättningarna för ett gott samarbete mellan patient och läkare/vårdpersonal.

Att patienten i sitt hem tvingas underkasta sig villkor som begränsar hans möjligheter till kontroll

och inflytande över sina egna dagliga livsvillkor är ett allvarligt hinder för rehabiliteringen och integreringen i samhället.

Det finns stor risk för att öppenvård med särskilda villkor kommer att bli en populär tvångsvårdsform som, i likhet med den så kallade konverteringen (från frivillig vård till tvångsvård), utnyttjas betydligt oftare än vad lagstiftaren har tänkt sig.

FÖRSLAGET OM ÖPPENVÅRDSTVÅNG har ekonomiska incitament som kommer att vara svåra att motstå när landsting och kommuner jagar besparingar.

Tvångsmedicinering i hemmet kan jämföras med kriminalvårdens elektroniska fotbojor med den skillnaden att fotbojorna är tidsbegränsade medan öppenvårdstvånget kan fortgå hur länge som helst.

Det finns ytterligare en fara med detta förslag. Det kan bli ett tvång på distans där utövaren av tvånget inte behöver ha särskilt mycket kontakt med den tvångsvårdade patienten och dennes problem, vilket i sin tur kan medföra att medicineringen sätts i främsta rummet och att andra typer av insatser hamnar i skymundan.

Vi ser en allvarlig risk med detta förslag. Det kommer att bli en slutstation för många patienter för vilka ambitionerna att rehabilitera blir låga och där övermedicinering inte uppmärksammas och där patienten förblir drogad, ”välanpassad”, passiv och olycklig.

# Vad har en veterinär att lära en psykiater?

Text Carin Thåström, projektledare

Först på senare tid har anhöriga till psykiskt funktionshindrade uppmärksammats av dem som bestämmer och fördelar statens pengar. Det skedde i och med psykiatireformen och de så kallade stimulansmedlen.

Det har snart gått tre år och 45 statliga miljoner har använts till att förbättra stödet till anhöriga till psykiskt funktionshindrade. Inom ramen för bidraget skulle anhörigutbildningar prioriteras. Alltså finns det många anhöriga här i landet som är utbildade. Men utbildade till vad, kan man undra. Till att vara anhörig?

I REGERINGENS FÖRSLAG står det att ”genom deltagande i anhörigutbildningar uppstår vanligen en mer optimistisk syn på den egna rollen i behandlingen”. Är förhoppningen från regeringens sida att anhöriga skall utgöra en resurs nu, då indragningar sker inom vården eller vad har politikerna tänkt sig?

Hur ska kunskapen bland anhöriga, de som

anställts för att ordna utbildningarna och de som varit cirkelledare förvaltas nu när stimulanspengarna är slut?

När jag i mitten på 1970-talet arbetade inom öppenvårdspsykiatrin blev jag förbjuden att träffa mer än en person åt gången i samtalsrummet. Var hustrun min patient och hon ville att maken skulle följa med var jag tvungen att säga nej. Eller om den 32-åriga killen som jag hade stödsamtal med en gång i veckan ville att mamman skulle vara med så fick hon inte det. Ville hon prata med mig fick det bli när sonen inte var med.

ALLT DETTA PÅ GRUND AV att den ansvarige läkaren menade att familjen hade en negativ inverkan på patienten. Att ha en anhörig med i samtalsrummet skulle vara hämmande för denne. Patienten skulle inte våga prata fritt. Var den anhöriga en mamma var det helt omöjligt.

När jag föredrog att göra hembesök blev jag tillsagd av läkaren att samma regler gäller där. Jag delade inte läkarens inställning och gjorde inte som han sa utan som patienten ville. I smyg kan jag nu erkänna efter 20 år.

Tack och lov så har synen på anhöriga förändrats sedan dess. Nu kommer nya teorier om hur viktigt det är med familj och nätverk och att det är angeläget att de anhöriga engagerar sig i vård, behandling och resursfrågor. Psykiatrin erbjuder utbildning för anhöriga och även de psykiskt funktionshindrade ska få kunskap om sina problem.

Kommunerna å sin sida kämpar med att hitta psykiatriska arbetsmodeller, vilket tycks vara svårt, då personal oftast övertas från landstinget.

Trots att man uppmärksammar de anhörigas situation får jag ofta telefonsamtal där anhöriga är förtvivlade därför att läkaren inte lyssnar på dem, inte tror på dem, inte informerar dem trots att det skulle vara till stor hjälp när den psykiskt funktionshindrade bor hemma, inte har tid, inte svarar på brev, inte ringer upp som sekreteraren lovat oss.

Det har fått mig att fundera över varför jag alltid blir så annorlunda bemött när jag träffar veterinärer än när jag följer en kamrat till en psykiater. Visserligen kan inte katten och hamstern tala, men däri ligger inte hela förklaringen.

NÄR JAG REFLEKTERADE över detta bestämde jag mig för att försöka ta reda på vad det kan bero på. Jag ringde till ett djursjukhus och fick tala med en veterinär. Jag frågade honom om han trodde det var innehållet i deras utbildning som gjorde att de bemötte anhöriga på ett mycket mer positivt sätt (som djurägare räknar jag mig som anhörig). Först skrattade han men sedan berättade han att just bemötande var något man talade mycket om med kandidaterna:

”Inom veterinärmedicinen eftersträvar vi små enheter med personligt ansvar och engagemang, snabba åtgärder och ett värdigt bemötande. Om någon är arg eller dum finns det alltid en orsak. Så bråka aldrig och kom ihåg att veterinären alltid är i

överläge och anhöriga i underläge. Den situationen får man inte utnyttja.”

Och sedan la han till: ”Vi brukar också skämta med kandidaterna och säga att läkare blir man inte av människointresse men veterinär blir man alltid av djurintresse.”

FÖR ATT ÖKA MÄNNISKOINTRESSET bland läkare och inte minst bland psykiatrer, låt därför anhöriga till psykiskt funktionshindrade själva berätta i läkarutbildningen hur det är att vara anhörig och psykiskt funktionshindrad och framför allt hur de förväntar sig att bli bemötta.

Det skulle vara ett utmärkt sätt att förvalta all den kunskap som idag finns bland anhöriga och psykiskt funktionshindrade. På det sättet skulle verkligen något uppnås med alla de satsade miljonerna.

## Regeringen skjuter över ansvaret för psykiatrin på Socialstyrelsen

Text Lis Bodil Karlsson, projektledare, Kjell Broström, intressepolitisk sekreterare

Regeringens proposition som bygger på Psykiatriutredningens slutbetänkande följer i stora drag utredningens förslag. Enligt propositionen kommer kommunerna att få huvudansvaret för service, stöd och vård av psykiskt funktionshindrade. Regeringen slår också fast att rättighetslagen, LSS, ska omfatta denna grupp.

RSMH är positivt till förslagen inte minst när det gäller att satsa särskilda stimulansmedel på utveckling av gruppboheter, olika samarbetsformer inom psykiatri och socialtjänst, samt utvecklandet av kamrat- och anhörigstöd.

I PSYKIATRIUTREDNINGENS VISION förenades de moraliska och de långsiktiga ekonomiska perspektiven. Men viktiga förslag har, enligt RSMH, tunnats ut eller skjutits fram i tiden och kallas för uppföljning och utvärdering. Man får känslan av att Psykiatriutredningens idéer och visioner fått ge vika för politiska motsättningar och kortsiktiga plånboksfrågor.

I kontroversiella frågor, där tydliga ställnings-

taganden från regeringen hade varit önskvärda, blir förslagen vaga. Ansvaret skjuts över på Socialstyrelsen som genom en lång rad utvärderingar, kartläggningar och analyser försöker hantera tvister om ansvarsförhållanden och tillämpning av LSS.

På den långa listan över uppföljnings- och utvärderingsuppdrag som lagts på Socialstyrelsen finns, förutom flertalet av Psykiatriutredningens förslag, även en nationell översyn av den psykiatriska vårdens innehåll. Att dessa utredningar och utvärderingar kommer till stånd är mycket positivt.

RSMH HAR UNDER TVÅ ÅR samarbetat med Socialstyrelsen i ett informations- och utvärderingsprojekt, angående psykiatrisk tvångsvård. Detta samarbete har varit mycket givande men det har samtidigt inneburit stora svårigheter.

Mot bakgrund av bland annat dessa erfarenheter undrar RSMH vilka förutsättningar Socialstyrelsen har att på ett tillfredsställande sätt klara av ett så omfattande uppföljningsuppdrag som nu föreslås.

♦ RSMH anser att de insatser som Socialstyrelsen gör på psykiatriområdet, inom ramen för den ordinarie verksamheten, uppvisar stora brister. Detta gäller framförallt tillsynsverksamheten men även bevakning av psykoterapi- och läkemedels-frågor.

♦ RSMH anser att Socialstyrelsens interna kompetens inom området stöd, service och vård för psykiskt funktionshindrade måste förstärkas. Mycket få av Socialstyrelsens medarbetare har relevant och

aktuell kunskap och erfarenhet inom detta område.

♦ RSMH anser att Socialstyrelsens utredningsarbete måste baseras på en bred och allsidig kompetens.

Detta innebär att man dels måste göra upp med traditionen att läkarna, och i synnerhet psykiatriprofessorerna, alltid är de självklara experterna. I detta uppföljningsarbete borde inte minst mental-skötare och sjuksköterskor, som vanligtvis har en mycket låg status i dessa sammanhang, kunna bidra med viktiga erfarenheter. Det innebär också att man måste prioritera undersökningar av patienter och anhörigas erfarenheter och synpunkter. Representanter för patient- och anhörigorganisationer bör också medverka som experter och sakkunniga i arbetet.

I det ovan nämnda utvärderingsprojektet angående psykiatrisk tvångsvård förutsattes att RSMH och Riks-IFS själva skulle finansiera sina arbetsinsatser på samma villkor som Landstingsförbundet eller Domstolsverket. RSMH och IFS har naturligtvis inga ekonomiska resurser till detta.

♦ RSMH anser att Socialstyrelsen inför detta utredningsuppdrag bör göra en översyn av metodfrågorna. Under inflytande av psykiatrerna i vetenskapliga rådet valdes vid utvärderingen av psykiatrisk tvångsvård framförallt statistiska bearbetningar och enkäter. För inhämtande av synpunkter från patienter och anhöriga visade sig detta metodval mindre lyckat.

En förutsättningslös diskussion där metodvalet inte begränsas av ett snävt medicinskt-psykiatriskt perspektiv är med andra ord nödvändig.

## Mer än godkänt

Text Hans Kihlström, ledamot förbundsstyrelsen

Den 2 juni fattade Sveriges Riksdag beslut om den största mentalvårdspolitiska reform sedan lands-tingen övertog ansvaret för psykiatrin från staten 1967.

RSMH kan konstatera att Regeringens beslut följer huvvuddragen i Psykiatriutredningens förslag; alltså att kommunerna får huvudansvaret för service, stöd och vård till psykiskt störda och att de som har svåra psykiska störningar ska omfattas av rättighetslagen, LSS.

RSMH har dock märkt att vissa kommuner helt enkelt inte har klart för sig att LSS (gäller från 1 januari 1994) omfattar människor med långvarig psykisk störning, därför hade det varit bra om regeringen tydligare markerat kommunernas ansvar. Dessutom finns det uppenbara brister i planering och framförhållning i kommunerna.

RSMH KAN FÖRSTÅ svårigheten i att fastställa hur många som ska omfattas av LSS-lagen. Att det är över 7 000 svårt psykiskt störda, som Handikapp-utredningen kom fram till, står utom allt tvivel. Att då, som nu beslutats, ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och se om det är fler som behöver

omfattas av LSS-lagen kan vi bara acceptera under förutsättning att regeringen försäkras sig om att Socialstyrelsen klarar den uppgiften och att det finns en politisk beredskap för att öka den personkrets som ska omfattas av lagen.

I propositionen föreslogs en försöksverksamhet med personligt ombud under tre år med kommunen som huvudman. En av de viktigaste uppgifterna för det personliga ombudet är att se till att klienten får den service, stöd och vård som han eller hon har rätt till. Eftersom stora resurser ska föras över från psykiatri till kommunerna (30 procent) blir huvudmannaskapsfrågan en central fråga och kan innebära att det personliga ombudet hamnar i lojalitetskonflikt.

AV DEN ANLEDNINGEN måste fler huvudmän komma ifråga. RSMH menar att såväl psykiatri som en privaträttslig institution i stiftelseform, med klient- och anhörigrörelsen tillsammans med kommun och landsting, kan svara för huvudmannaskapet under en försöksperiod. Riksdagsbeslutet innebär att en försöksverksamhet med personligt ombud skall kunna drivas i stiftelseform av brukarorganisation.

När detta ska utvärderas förutsätter vi att klient- och anhörigorganisationerna får medverka i denna utvärdering. För att tydligare markera att det personliga ombudet är brukarens uppdragsgivare föreslår vi att namnet ändras till personlig samordnare eller personligt biträde.

Regeringens beslut innebär att betalningsansvaret för de människor som vårdas inom psykiatri börjar efter tre månaders sammanhängande vård.

Detta ställer vi oss positiva till. Men vi känner en stor oro för att de pengar som ska föras över från landstinget till kommunerna inte går till service, stöd och vård för psykiskt störda, eftersom pengarna inte är öronmärkta. Vi förutsätter att Socialstyrelsen noga ska granska att skattemedlen kommer de psykiskt störda till del.

Eftersom psykiatriutredningen endast gjorde en kartläggning av de psykiskt stördas livsvillkor är det glädjande att regeringen förordar en nationell översyn av den psykiatriska vårdens innehåll. Detta är ett minerat område då professionen inom psykiatri är så splittrad. Det är dock nödvändigt med tanke på de stora regionala skillnaderna i exempelvis psykofarmakaföreskrivning, elchockbehandling, tvångsvård etc. Att RSMH tillsammans med IFS ges möjlighet att delta i denna översyn är vi mycket glada för.

REGERINGENS DÅLIGA FÖRSLAG att Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket skall utreda om psykiatrisk rehabilitering korrigerades i socialutskottet efter en motion från socialdemokraterna.

De ville att man redan nu inför ett rehabiliteringsbidrag som Psykiatriutredningen föreslagit. Nu nådde man inte ända fram i utskottet. Av den pott på 955 miljoner för att utveckla samarbetet mellan psykiatri och socialtjänsten ska, enligt riksdags-

beslutet 191 miljoner avsätts till psykiatrisk rehabilitering. Socialstyrelsen har dessutom fått i uppdrag att undersöka vad ett rehabiliteringsbidrag kostar för de långvarigt psykiskt störda. Detta får man säga är en halv seger.

Socialdemokraterna hade i en motion på propositionen föreslagit att det inrättas en vårdgaranti som på samma sätt som för köerna till höftledsoperationer och starroperationer. På det sättet skulle man få bort köerna till psykoterapi. Även här nådde man halvvägs i socialutskottet. Det skall utredas vidare vad en sådan vårdgaranti kan kosta när det gäller att utbilda fler statligt legitimerade psykoterapeuter.

DET FEMÅRIGA STÖDET till att utveckla brukar- och anhörigverksamhet har regeringen föreslagit i stället ska vara på tre år. Psykiatriutredningens förslag var att 50 miljoner kronor skulle gå till klientrörelsen och 20 miljoner till anhörigorganisationerna. Riksdagsbeslutet innebär att klient- och anhörigrörelsen får 45 miljoner kronor vardera, fördelat på tre år.

Det som saknas i Riksdagens beslut är Psykiatriutredningens förslag om förstärkta resurser till folkbildning. Vi vet hur betydelsefullt en studie-cirkel eller folkhögskolekurs kan vara. Det är viktigt dels med tanke på rehabiliteringen men också för att höja livskvaliteten för människor med psykisk störning.

Med de korrigeringar som man gjort i social-

utskottet blir helhetsintrycket av riksdagsbeslutet mer än godkänt. Det som är glädjande är att man i sina politiska bedömningar varit eniga om det kraftigt förstärkta stödet till framför allt de långvarigt och svårt psykiskt störda. Genom riksdagens beslut den 2 juni kommer de svårt och långvarigt psykiskt störda att få en bättre förutsättning att leva ett värdigt liv.

Detta innebär också en seger för brukar- och anhörigrörelsen.

## Pseudoöppna möten

Text Kjell Broström, intressepolitisk sekreterare

Inom psykiatrin finns en tradition att diskutera patientens problem bakom hennes rygg och hemlighålla vad som skrivs i hennes journal. De flesta behandlingskonferenser inom den psykiatriska vården genomförs utan att patienten är närvarande.

Psykiatrer, vårdpersonal och andra teammedlemmar har ett möte där man tillsammans diskuterar patientens bakgrund, diagnos, sjukdomsorsak, beteende, personlighet, familj och sociala nätverk, vilken behandling hon ska ha och så vidare. Patienten bjuds i allmänhet inte att delta i dessa möten.

TYPISKT ÄR ATT en patient diskuteras betydligt mer när hon är frånvarande än när hon är närvarande.

På de flesta psykiatriska vårdenheter ska patientjournaler förvaras. Dessa journaler visas vanligtvis inte för patienterna.

Om patienten ber att få se sin journal möts detta ofta med motstånd från vårdpersonal och psykiater. "Du får ta upp det med din kontaktman när han är tillbaka."

"Vi kan diskutera det i teamet så får vi se sedan."

”Det är kanske inte så lämpligt just nu, kanske senare.”

Krångel, försummelse, dröjsmål, vilseledande information och snåriga rutiner där man hänvisar patienten, som ber att få läsa sin journal, till än den ena och än den andra, är vanliga ingredienser i dagens psykiatri.

Hemlighetsfullheten drabbar också anhöriga och vänner. När de som ombud eller stöd för patienten med hennes godkännande, vill ta del av journalen eller träffa den ansvarige läkaren möts detta ofta med vägran eller motstånd.

ATT PATIENTERNA OFTA INTE har ansetts ha någon rätt att ta del av sina journaler eller att vara delaktiga i behandlingen är inte så konstigt med tanke på mentalsjukvårdens barbariska förflutna. Att förhållningssätt och rutiner inte har förändrats mer är däremot anmärkningsvärt.

En förklaring kan finnas i att hemlighetsfullhet spelar en central roll inom psykoanalysen. Psykoanalytikern ska inte avslöja alla sina tankar för patienten. Han bör inte avslöja uppgifter om sitt eget personliga liv och han döljer tolkningar för sina patienter.

Dessa tolkningar ska han avslöja senare när patienten är mogen att höra dem. Analytikern diskuterar dessutom sina patienter med kollegor och handledare.

Dessa egenskaper i den praktiska psykoanalysen har på senare år haft en djup inverkan på psykiatrin

i allmänhet och på personalens förhållningssätt i synnerhet.

“Ge henne inte lillfingret för då tar hon hela handen”, sa man förr när man skulle lära vårdpersonalen hur viktigt det var att hålla distans till patienten.

I dag försöker man lära ut ett ”terapeutiskt förhållningssätt” och hur viktigt det är att ”sätta gränser”. Intentionerna är goda men ibland känns det som psykiatrer och vårdpersonal går omkring i kejsarens nya kläder.

Frågan är om inte denna pedagogik bidrar till att förhindra en utveckling mot etisk öppenhet. En mer skeptisk attityd till de psykologiska trenderna och ett ärligare och ödmjukare förhållningssätt till patienten skulle ge en bättre grund för trovärdighet, ömsesidig respekt och samarbete.

PSYKIATRINS ARGUMENT för att försvara hemlighetsfullheten gentemot patienten brukar vara:

- ♦ Patienten bör skyddas från information som kan vara skadlig för henne.

Att det skulle finnas information som kan bedömas som skadlig för den berörda är en åsikt som skulle anses otidsenlig och svår att försvara i vilket annat sammanhang som helst. De flesta människor skulle hävda det motsatta synsättet:

- ♦ Undanhållande av information kan vara skadligt för patienten.

Till och med då patienter är akut paranoida

tenderar ärlighet och öppenhet att lindra de paranoidea villfarelserna medan hemlighetsfullhet och prat bakom ryggen tenderar att öka dem.

När psykiatrin försvarar hemlighetsfullheten mot anhöriga och vänner brukar man åberopa sekretessen. Tystnadsplikten var ursprungligen avsedd att skydda patienten. Hon skulle tryggt kunna avslöja intima detaljer om sitt liv utan rädsla för att de förmedlades vidare. Men tystnadsplikten används inte enbart för att skydda patientens integritet, utan också för att motverka behandlingsinriktning där medlemmar i patientens familj eller sociala nätverk bjuds in för att hjälpa till med att lösa problemen och få stöd i detta.

I PRAKTIKEN GODKÄNNER patienten oftast ett sådant samarbete och finner det inspirerande. Att viktiga saker diskuteras öppet utesluter ju inte att patienten har speciella intima och konfidentiella hemligheter som de bara delar med sin terapeut eller någon annan bland personalen.

Nej, förklaringen till psykiatrins hemlighetsfullhet måste sökas i andra orsaker. I att psykiatrin är rädd för att tala öppet om den negativa terminologi som används om patienter, deras familjer och vänner. Är rädd för den kritik man skulle utsätta sig för om man öppet redovisade sina ofta för enkla föreställningar och förklaringsmodeller.

Det är enklare att få utveckla sina hypoteser och beskyllningar i fred. Om man öppet redovisade dem tror man att patienterna skulle bli sämre, de

anhöriga och vännerna mera arga och kritiska och samarbetet ännu sämre.

Även i detta sammanhang är sanningen den rakt motsatta. Ju mer hemligheter psykiatrin har och ju mindre den avslöjar sina hypoteser och teorier desto mer misstänksamma och motsträviga blir patienter och anhöriga. Det blir ofta en ond cirkel. Ju mer misstänksamma och motsträviga patienter, desto mer övertygade blir psykiatrerna och vårdpersonal om att deras outtalade negativa förklaringar är sanna.

ETT VANLIGT EXEMPEL är mamman som länge kämpat för att få träffa psykiatern och diskutera hur man ska hjälpa dottern som vantrivs på vårdavdelningen.

Mamman har hela tiden avvisats och blivit allt mer arg och kritisk. När hon till sist lyckas få ett samtal till stånd med psykiatern kan hon inte kontrollera sin ilska och skäller ut honom.

Psykiatern tolkar mammans aggressivitet som en bekräftelse på att han hade rätt från början då han antog att det var mamman som hindrade dottern att bli frisk.

Bland psykoterapeuter, psykiatrer och socialarbetare är det allmänt accepterat att man diskuterar patienter utan att dessa är närvarande. Det är också vanligt att man döljer vad som sagts under mötet.

Men en positiv utveckling mot ökad öppenhet finns här och var. Detta sker framför allt inom familje- och nätverksterapin. En modell för

personal-patient-familje-möten som bland annat utvecklats i Åbo har börjat sprida sig i Sverige.

Även inom den mer traditionella psykiatrin finns ambitioner till en ökad öppenhet. Som ett komplement till behandlingskonferensen har man speciella vårdplaneringmöten där patienten ombeds delta. Dessa möten är utan tvekan ett steg framåt. Men patienterna upplever dem ofta som pseudoöppna. Personalen diskuterar samma frågor på ett helt annat sätt i patienternas frånvaro.

ETT ANNAT EXEMPEL, inspirerat av det terapeutiska samhället, är avdelningsmötet eller stormötet. Idéen bakom dessa sammankomster för att personalen och alla patienter ska diskutera frågor som berör avdelningen i en öppen och demokratisk anda. I själva verket är oftast även dessa möten pseudoöppna. Personalen diskuterar samma frågor på ett helt annat sätt i patienternas frånvaro.

Det är inte ovanligt att också patienterna utvecklar en egen subkultur som hemlighåller idéer och åsikter för personalen. Eller introducerar nya patienter i hur man bör inrätta sig på avdelningen vilken personal man kan prata med och vilka man bör undvika.

# Vad tycker RSMH om jämställdhet?

## *Lika tyngd i vågskålarna*

RSMH HAR UNDER FLERA ÅR arbetat med jämställdhetsfrågor, främst inom den egna organisationen. Först ut bland medlemsorganisationerna i Handikappförbunden tog RSMH 2002 ett program mot sexuella trakasserier, som nu finns med i organisationens etiska riktlinjer.

I början av 2000-talet inleddes utåtriktat jämställdhetsarbete med syfte att påverka vården och förändra bemötande mot kvinnor. Projektet *Vågskålen* samarbetade under 2002-2004 med Malmö högskola och en undersökning visade att hela 70 procent av de kvinnor som har tagit kontakt med eller vårdas i psykiatri har utsatts för någon form av övergrepp.

Undersökningen rönt stor uppmärksamhet och 2005 påbörjade Stockholms läns landsting ett arbete med att förändra vård och bemötande, med *Vågskålens* resultat som bakgrund.

RSMH:S VISION ÄR ATT FORTSÄTTA att arbeta både internt och externt med jämställdhetsfrågor. Det projekt som följer upp *Vågskålens* arbete har lämnat RSMH och fortsätter i Stockholms stads regi,

men representanter från RSMH sitter med i projektets referensgrupp.

RSMH:s intressepolitiska utskott konstaterar att jämställdhet är ett viktigt område, och anser att det bland annat behövs en översyn av den egna organisationen. 2006 arbetar RSMH med temat *Växandets år*, och lokalföreningar som vill engagera nya medlemmar måste kunna erbjuda en miljö som är inbjudande och respektfull för både män och kvinnor.

# Frågorna som saknas

Text Anita Rinman, ledamot i förbundsstyrelsen, Wiveca Holst, projektledare

Idag uppstår en stor grupp människor sjukpenning, två tredjedelar av dem är kvinnor. Vi ser samtidigt att den psykiska ohälsan ökar, framförallt bland kvinnor. Enligt Folkhälsoinstitutets rapport 2005 är psykisk ohälsa orsaken till en tredjedel av sjukskrivningarna bland kvinnor.

Skillnaderna mellan mäns och kvinnors ohälsa gör att allt fler använder genusperspektiv i analyser av orsaker och konsekvenser av sjuktalen. Av Folkhälsoinstitutets rapport framgår att kvinnor i större utsträckning än män utsätts för våld och kränkningar på arbetsplatser, på fritiden och i hemmet. Här ser man en tydlig koppling mellan övergreppen och den psykiska ohälsan.

DEN KOPPLING som Folkhälsoinstitutet pekar på har RSMH tidigare uppmärksammat. I studien *Vi är många* som Malmö högskola genomförde på uppdrag av RSMH 2003 kunde vi se att kvinnor som sökte vård för psykisk ohälsa kopplade sin sjukdom till övergrepp eller kränkningar de utsatts för.

Det finns flera utredningar som pekar på andra faktorer som påverkar kvinnors ohälsa. Gertrud Åströms jämställdhetspolitiska utredning visar att

sjukdomstalen påverkas av arbetstiden på ett kanske förvånande sätt – heltidsarbetande kvinnor är friskare än de som deltidarbetar. *Föräldraledighet och arbetstid*, en rapport från LO, visar att anknytningen till arbete är sämre för kvinnor än för män, kvinnor har i högre utsträckning tillfälliga anställningar inom projekt, vikariat eller liknande.

RSMH har sett att den strukturella diskrimineringen av kvinnor sedan också följer med in i vård och omsorg av kvinnor med psykisk ohälsa.

Vi menar därför att personal inom vård och omsorg måste få större kunskap och kompetens om kvinnors psykiska ohälsa och vilka åtgärder som behövs för att de ska kunna återhämta sig och komma tillbaka till arbetslivet.

ATT KVINNORS PSYKISKA OHÄLSA ofta har sociala orsaker, som till exempel LO och Gertrud Åströms rapporter pekar på, visar att det är viktigt att man inom vård och omsorg ställer frågor om bakgrund och livssituation, och att det finns starka anledningar till ett nära samarbete mellan vård, försäkringskassa, arbetsplatser och kommun.

Kvinnorna som intervjuades i RSMH:s undersökning *Vi är många* uppgav att de sällan fick frågor om bakgrund och sjukdomshistoria när de kom till vården, snarare undersöks och behandlas symtom.

Samtidigt visade studien att kvinnor som varit utsatta för könsrelaterat våld inte fick den hjälp de hade behövt. Därför hade de generellt ett års längre vårdtid än vad de hade behövt om de fått

rätt stöd från början.

Hur kan man då veta vad som är rätt stöd och vård? Vi tror att det måste börja med att frågor om köns-relaterade kränkningar och könsrelaterat våld ställs till kvinnor som söker vård. För att kunna hantera svaren måste personal ha kunskap om vilka konsekvenser våld och övergrepp har på kvinnor och vilka behandlingar som kan hjälpa dem.

Ett exempel på nytänkande finns i Stockholms landsting där man har skrivit om handlingsplanen för bemötande av kvinnor med psykisk ohälsa som utsatts för våld, utifrån RSMH:s rapport *Vi är många*.

RSMH vill att fler landsting och kommuner följer Stockholm och ser över rutiner och metoder när det gäller behandling och bemötande av kvinnor med psykisk ohälsa.

JUST NU ARBETAR VI med att sammanställa ett utbildningsmaterial för personal i landsting och kommun, och planerar att genomföra flera utbildningsinsatser i Stockholmsområdet.

Utbildningen, som är den första i sitt slag, kommer att handla om bemötande och behandling av psykiskt sjuka kvinnor som utsatts för våld och övergrepp.

Vi vill också att utbildningen i framtiden ska användas i övriga delar av landet och att den ska integreras i grundutbildning av vård- och omsorgspersonal på alla nivåer.

## Psykiskt (funktionshindrad) utmanande

Text: Annika Malmqvist, ledamot RSMH:s förbundsstyrelse

Frågor om våld och övergrepp kommer alltid fram när RSMH-kvinnor samlas till utbildningar. Det är bakgrunden till att organisationen sedan några år driver ett projekt för kvinnor med erfarenhet av fysiska kränkningar.

Färsk forskning visar också att en majoritet av de kvinnor som är eller har varit patienter i psykiatri – några nämner siffror som 80-90 procent – har en bakgrund där våld och övergrepp spelat en avgörande roll. Eftersom det handlar om kvinnor, är våldet ofta sexualiserat.

Övergreppen kan ha ägt rum i barndomen, i ungdomen eller i äktenskap, där förövarna är närstående. De har också förekommit i den psykiatriska vården. Förövarna kan där vara medpatienter eller vårdpersonal, till och med läkare.

EN NYLIGEN PUBLICERAD RAPPORT, *Våga se* av Kerstin Finndahl, handlar om våld mot kvinnor med funktionshinder. Rapporten belyser för första gången psykiskt funktionshindrades utsatthet. Vi kvinnor med psykiatriska diagnoser känner äntligen igen oss och blir tagna på allvar. För i våra genomgripande livserfarenheter har vi knappast tidigare blivit

bekräftade av psykiatrin. Orsakerna är många och har djupa historiska rötter.

Våld mot funktionshindrade kvinnor och barn finns dokumenterat från det som anses vara demokratins vagga, det klassiska Grekland, där kvinnor liksom slavarna saknade rösträtt och inflytande i samhället, och fram till våra dagar.

Genom vår märkliga västerländska historia kan vi, om vi står ut med att följa den, se en röd tråd av kvinnoförtryck, kvinnohat, utnyttjande, förtingliggande av kvinnor och – givetvis – ett starkt behov av kontroll över kvinnors själar och kroppar. En ”galen” kvinna har spärrats in, gömts undan eller tystats ned.

SÅ VAD HÄNDER IDAG? Kvinnor söker hjälp i psykiatrin och får diagnoser som svarar mot deras symtom. Men den upplevda verkligheten bakom symtomen vill man inte ta i. Det är för obehagligt. Och kvinnorna är inte trovärdiga, de är ju ”psykiskt sjuka”. Det går också att göra sig blind: det man inte kan behandla väljer man att inte se.

Ändå växer kompetensen för att behandla dessa trauman, paradoxalt nog kunskap med rötter i 1900-talets stora krig. Psykoterapeuten Judith Herman Lewis har i sin bok *Trauma och tillfrisknande* ritat upp en utförlig karta över vår civilisations ömkligaste tillkortakommanden.

De psykiska skador som drabbade veteraner från världskrigen, Vietnamkriget och nu senast kriget i Bosnien har undersökts och beskrivits, i vissa fall

också framgångsrikt behandlats. Det har visat sig att de krigsskadade männens psykiska skador liknar de reaktionsmönster som uppstår hos kvinnor som utsatts för våld och övergrepp.

En ny förståelse för psykiska trauman har börjat komma upp i det offentliga medvetandet. Det finns forskare som menar att många kvinnor med psykos- eller borderlinediagnos i stället borde ha diagnosen posttraumatiskt stressyndrom.

NÄR VI KVINNOR I RSMH samlas till utbildningar och talar om våra upplevelser i självhjälpsgruppens form, lossnar mycket. Visst förekommer det vrede och sorg men också en stor lättnad. Att få tala med andra som upplevt detsamma har läkande kraft.

Många har trott sig vara ensamma om sina erfarenheter och har plågats av skuld känslor, eftersom det egna skuldbeläggandet från början har varit det enda sättet att skapa mening i det obegripliga.

En läkande kraft finns också i medvetandet om att vi så småningom kan använda våra upplevelser som en resurs för att hjälpa andra. Som en av våra kursdeltagare uttryckte det: ”Vi är inte bara våra trauman och förödmjukelser, vi är också våra varma hjärtan och levande kroppar”.

Så långt RSMH. Men sedan? När ska dessa kvinnor bli sedda, bekräftade, adekvat diagnostiserade, behandlade, rehabiliterade? När ska den psykiatriska vården – och det samhälle som den omges av – se och erkänna styrkan och kunskapen hos dessa kvinnor?

Beteckningen *psykiskt funktionshindrade kvinnor* känns fel. Det är en passiv schablon som inte öppnar för samspel med omvärlden. Den visar hur våra föreställningar formar vårt språk och hur språket styr våra tankar.

Kanske borde vi istället kallas oss *psykiskt utmanande*?

## Speciella vårdenheter för kvinnor

Text Kerstin Nyström, projektledare

Jag efterlyser mer utrymme för kvinnors behov inom psykvården. Kvinnor måste få möjlighet att hitta sin identitet fritt från könsroller och könsförväntningar och i egen takt, oberoende av män, kunna utveckla sitt självbestämmande och sin kvinno-solidaritet. Förutsättningen är att det skapas möjligheter att välja vårdavdelningar, behandlingshem och öppenvård bara för kvinnor, naturligtvis med kvinnlig personal. Den personalen måste aktivt arbeta för att främja kvinnors behov och rättigheter.

Detta är viktigt för kvinnor som har psykiska problem eftersom orsakerna ofta går i att finna i socialt och kulturellt påtvingade könsrolls-förväntningar, som är både onaturliga och livsbegränsande. Könsrollerna kväver och hindrar den egna identiteten, den ursprungliga livskraften.

I EN HELANDE OCH FRIGÖRANDE psykvård får det inte till exempel tas för givet att kvinnor är intresserade av män och barn. Det viktiga är att få stöd och hjälp för att hitta sig själv, bli hel som människa och finna sin egen styrka och självtillit.

Detta ska inte ses som en motsättning till att ha

nära relationer till andra människor. I stället är det förutsättningen för att skapa fria, ansvarsfulla och utvecklande och därmed nära relationer. En psykvård som bygger på detta ger kvinnor med psykiska problem en möjlighet att utvecklas. Men kvinnor idag får inte den vård de behöver.

Många kvinnor som varit med om våld och ofredande av män har oftast inget förtroende för manlig personal, än mindre manliga medpatienter.

Inom psykvård liksom i övriga samhället ses mannen som norm och kvinnor som avvikare.

Kvinnor betraktas i förhållande till män, som mödrar eller blivande mödrar. Det är en spegelbild av den härskande kulturen med dess könsnormer. Psykvårdens ambitioner verkar vara att pressa in alla inom denna norm och förstår inte att det är just detta som till stor del är orsaken till kvinnors psykiska lidande. En psykvård värd namnet borde i stället inrikta sig på att stödja kvinnor för att bryta med könsrollerna.

PÅ BEHANDLINGSCENTRUM, psykvård och öppenvård finns både män och kvinnor. Behandlingarna är till stor del gruppinriktade och ibland strängt schemalagda, framför allt på behandlingshem, med aktiviteter främst inriktade på hushållsarbeten som städning, matlagning och bakning, med mera. Det finns inget utrymme eller vilja att beakta enskilda kvinnors specifika behov. Auktoritet och tvång gynnar absolut inte kvinnor som behöver söka sin egen väg.

Varför inte i stället stimulera och utveckla kvinnors egna inneboende krafter, intressen, kunskaper och förutsättningar genom fritt valt skapande och utvecklande aktiviteter som målning, skrivande, spela trummor (för att hitta sina kraftfulla sidor), styrketräning och psykiskt och fysiskt självförsvar.

Detta görs bäst på vårdenheter för bara kvinnor.

# Vad tycker RSMH om personligt ombud?

*Det bästa som kommit ut av psykiatrireformen*

RSMH:s ordförande Jan-Olof Forsén menar att personligt ombud är den verksamhet som lever upp till intentionerna av 1990-talets psykiatriutredning och -reform.

Den stora omställning som psykiatrireformen innebar var i grunden god men uppföljningen och utbyggnaden av kommunal service och omsorg har varit – och är – ofullständig.

Men en sak som brukarna är nöjda med i dag är tjänsten personligt ombud. I de fall man har tillgång till ett ombud, som än så länge inte är någon lagstadgad rättighet som går att göra anspråk på.

Dålig täckning och bristande tillgång till Personligt ombud är ett av de problem som RSMH engagerat sig för.

LAGSTIFTNING HAR DISKUTERATS och för- och nackdelar har debatterats. RSMH har tagit ställning och vill att verksamheten säkras av lagen.

En sådan åtgärd riskerar ombudens ställning som oberoende av myndigheter, och därmed riskeras brukarnas tilltro för ombuden. Men här väljer

RSMH att det är viktigare att genom lag-stiftning säkerställa tillgången till det stöd som Personligt ombud innebär för brukaren.

VISION: Alla brukare i behov av ett personligt ombud ska ha tillgång till det.

# Kortsiktigt snåltänk

Text Jan-Olof Forsén förbundsordförande RSMH

Försommar i Stockholm 2003: En man kör Västerlånggatan osäker. Han är livrädd, han tror att fienden förföljer honom och bilen han sitter i upplever han vara fjärrstyrd. Historien får ett tragiskt slut med två döda och 19 skadade. Någon vecka tidigare har en man i Åkeshov slagit ned förbipasserande cyklister med ett järnrör. Flera skadade och chockade, en person död.

Samtidigt som löpsedlar, i efterdyningarna av de två tragedierna, skriker efter fler vårdplatser i psykiatri, ska socialnämnden i Täby ta beslut om framtiden för verksamheten personligt ombud.

Vårdpersonal inom öppna vårdformer; mobila team, boendestöd, rehabilitering, sysselsättning och psykoterapeuter, psykologer eller psykiatriker att samtala med, är vid sidan av de personliga ombuden de viktigaste personerna i vårdkontakten för många psykiskt sjuka. De synpunkterna återkommer när de som själva brukar vården tillfrågas.

Planerna på att avveckla Personligt ombud i Täby är ännu ett exempel på de senaste årens nedskärningar av den vård, stöd och service som är viktig

för psykiskt funktionshindrade. Även för samhället relativt billiga stödformer, som till exempel kommunala träffpunkter, är utsatta när kommunerna försöker rädda sina sjunkande budgetar.

Karin Rudäng och Boris Omerdic är personliga ombud i Täby Deras uppgift är inte att göra jobbet utan att se till att det blir gjort, som de själva säger. De hjälper sina klienter att hitta rätt vård eller omsorg. Täby kommun skulle spara 200 000 kronor per år om Karin Rudäng och Boris Omerdic slutar jobba som personliga ombud. Men de personer som de träffar, eller kommer att träffa genom sin uppsökande verksamhet, skulle gå miste om ett viktigt stöd i sin vardag. Är någon av dem en potentiell våldsman/ kvinna eller vansinneskörare?

Vem vet.

I TÄBY BESLUTADE MAN att verksamheten ska vara kvar, medan Uppsala kommun har valt att inte fortsätta betala för sina fem personliga ombud. Därmed förloras två års arbete med att bygga upp en verksamhet och förtroende hos klienterna. Och ett okänt antal svårt sjuka mister möjligheten att få vägvisning i myndighets- och vårddjungeln.

Sommarens händelser i Stockholm har fått vissa debattörer att kritisera psykiatrireformen och ropa efter nya institutioner. På decentraliserade vårdinrättningar finns aldrig tillräcklig kompetens, menar de. Men vilken kompetens vill vi ha, och vilken kompetens är nödvändig?

Bra slutenvård är viktigt, men RSMH anser att

annan kompetens är minst lika nödvändig. Det finns behov av kunnig och lättillgänglig personal som arbetar i gråzonerna, där de hjälpsökande ofta hamnar. Mellan kommun och landsting, mellan psykiatriska enheter och beroendeenheter, mellan socialtjänst och försäkringskassa.

Det går aldrig att vara hundra procentigt garderad mot våldsdåd, det vet alla. Men att göra god vård tillgänglig, bland annat med hjälp av personliga ombud och bättre samordning mellan kommuner och landsting, skulle minska risken för att olyckliga tragedier, som de i somras, upprepas.

## **RSMH:s personliga ombud sätter press på kommunerna**

Text: Kjell Broström, socialpolitisk sekreterare

Behöver du hjälp med att föra din talan och bevaka dina rättigheter? Det kan du få av ett personligt ombud. Men bara om du har turen att vara bosatt i Sollentuna, Landskrona, Helsingborg, Umeå, Eskilstuna och ytterligare en handfull orter i landet.

Personliga ombud har visat sig vara det kitt som psykiatrireformen behöver för att fungera och var ett av Psykiatriutredningens viktigaste förslag. RSMH kräver att regeringen ger arbetet med att utveckla och lagfästa rätten till personligt ombud högsta prioritet.

Vi kan därefter åta oss att bygga upp en landsomfattande brukarstyrd verksamhet med personliga ombud som sätter press på kommunerna och landstingen så att psykiatrireformen genomförs.

DET ANSVARIGA STATSRADET menar att genom de extra statsbidragen på 12 miljarder som kommuner och landsting fått i vårbudgeten kan man skynda på psykiatrireformen. Samtidigt har man dragit in 140

miljoner i bidrag som var avsedda att stimulera kommunerna till att bygga gruppboheter, samt 300 miljoner för habilitering och rehabilitering.

Regeringen ger med den ena handen och tar med den andra. Det visar att regeringen inte förstått hur allvarlig situationen är.

För RSMH är det uppenbart att extraordinära åtgärder måste vidtas från regeringens sida. Under våren har larmrapporter om psykiskt funktionshindrades situation avlöst varandra. Från Socialstyrelsen, RSMH och media har budskapen varit desamma:

- ♦ reformarbetet har kommit igång sent, och i många kommuner inte alls,
- ♦ samarbetet mellan psykiatri och socialtjänst fungerar fortfarande dåligt på många håll,
- ♦ psykiskt funktionshindrade har i mycket ringa omfattning fått del av rättighetslagarna LSS och LASS,
- ♦ bristen på kunskaper om psykiska funktionshinder och syftet med reformen är mycket stor.

DE PERSONLIGA OMBUDENS uppgifter skulle enligt Psykiatriutredningen vara att samordna servicen, stödet och vården för de psykiskt funktionshindrade och se till att klienterna får den hjälp de behöver.

1995 delade Socialstyrelsen ut pengar till tio försöksverksamheter med personligt ombud. En utvärdering kommer att vara färdig hösten 1998. Men redan i en delrapport är man försiktigt opti-

mistisk och säger att personliga ombud kommer att leda till en förbättring av klienternas levnadsförhållanden.

Två av försöksverksamheterna är brukarstyrda. RSMH är huvudman för projekt med ombud i Lund, Landskrona och Helsingborg. Ett annat driver RSMH och IFS tillsammans i Sollentuna. I Umeå och Eskilstuna finns RSMH och IFS med som representanter i en stiftelse tillsammans med landsting, kommun och andra servicegivare. Övriga projekt styrs av kommuner och landsting.

RSMH:S ERFARENHETER av brukarstyrda personliga ombudsprojekt är hittills mycket positiva. Våra ombud i Skåne och Sollentuna har åstadkommit en rejäl förbättring av livskvaliteten för sina klienter. Vi menar också att de har bidragit till att förändra människors inställning till psykiskt funktionshindrade. Därför menar vi att personliga ombud på sikt kommer att minska samhällets totala kostnader för de psykiskt funktionshindrade.

Ombuden bör dock vara helt fristående från andra vård- och servicegivare. Inom RSMH ser vi flera fördelar med att de organiseras i stiftelser där brukarna har ett dominerande inflytande. Genom en brukarstyrd personlig ombudsverksamhet uppstår inte problemet med dubbla lojaliteter där klienternas önskemål kommer i motsatsställning till kommunernas eller landstingens ekonomier.

Ombuden bör vidare ha nära tillgång till rsmh:s kamratstödande och aktiverande nätverk, där

många klienter finns som behöver just den hjälpen. Det nätverket är också viktigt för motivationsarbetet och då man försöker hitta alternativa vägar till utveckling och rehabilitering, rsmh:s föreningar blir då ett stöd och komplement och en ovärderlig hjälp för det personliga ombudet. Det blir dessutom billigare än en myndighetsstyrd verksamhet.

FÖR CIRKA 120 MILJONER KRONOR per år kan RSMH åta sig att bygga upp en landsomfattande verksamhet med ett ombud per 30 000 till 40 000 invånare, liknande den som finns i Sollentuna och Skåne. Stiftelser med RSMH som huvudman blir basen för verksamheten. Flera stiftelseorganisationer kan sedan vid behov involveras utifrån de lokala förutsättningarna. Det kan till exempel, vara anhörig- eller andra frivilligorganisationer.

Kommuner, landsting och andra vård- eller servicegivare bör hållas utanför stiftelsen men blir självklara samarbetspartners.

# Vad tycker RSMH

## om medicin?

*Inte för mycket, inte för ofta och inte för länge.*

Så sammanfattar RSMH:s ordförande Jan-Olof Forsén sin inställning till psykofarmaka.

Det har hänt en hel del med både vårdens och brukares inställning till läkemedel sedan RSMH bildades. Då, på 1960-talet, var doserna höga, medicinerna starka och brukarnas inflytande litet. Biverkningarna var många och kunde orsaka större handikapp än den sjukdom patienten ursprungligen led av.

I dag har nya läkemedel tagits fram, medvetenhet om dosering har kommit, och som patient har du i dag betydligt mer att säga till om.

RSMH:s tidigare radikala inställning till psykiatrisk vård, medicinering och läkemedelsindustri har med tiden blivit mer följsam, eller mer realistisk, eller mer brukarvänlig... beroende på hur man ser på saken.

JAN-OLOF FORSÉN brukar konstatera att en majoritet av alla RSMH-medlemmar faktiskt använder och är beroende av olika läkemedel, och att det därför är svårt att avfärda medicin som något skadligt och

ovälkommet. Men det ska självklart och framför allt vara på brukarens egna villkor som medicin testas, förskrivs och används.

RSMH:S VISION: Jämlikhet när det gäller tester av och forskning kring läkemedel. I dag provas nya mediciner främst på män; vältränade män. Men även kvinnor, med sina menscykler och i allmänhet svagare fysik, använder medicin.

Brukaren ska tillsammans med sin läkare vara med och besluta om vilken medicin som ska användas, samt hur mycket, hur ofta och hur länge.

# Öppet brev till Professor Carlsson

Text Jakob Ronsten, ordförande Stiftelsen Humlan, Kjell Broström,  
intressepolitisk sekreterare

Många personer som har eller har haft en psykos har känt sig förgäde och oroade över det sätt på vilket media hanterat och presenterat din forskning och vad den har lett fram till. Vi kan inte annat än instämma i den kritiken.

Vare sig vår eller andras förargelse handlar om att ifrågasätta din forskning eller kritisera valet av att tilldela dig medicinpriset. Tvärt om så ser vi den stora betydelse som din forskning har haft, fram för allt för personer som drabbats av Parkinsons sjukdom. Det vi retar oss på är i stället den ensidighet och de förenklingar som vi menar sätter sin prägel på informationen och debatten i media.

Kanske blir det lätt så när det äntligen är dags för en svensk vetenskapsman att tilldelas medicinpriset. I hyllningskören och fröjderopen finns inte plats för problematisering.

MEDIAS BUDSKAP är att din forskning lett fram till fungerande läkemedel mot Parkinsons sjukdom

och schizofreni. Ambitiösa journalister nämner också dina insatser för att utveckla nya antidepressiva mediciner samt din forskning kring det nya preparatet ACR, som du bland annat hoppas ska vara verksamt mot schizofreni, psykosor och tvångs- syndrom.

Vi vänder oss mot den ensidighet som, menar vi, råder när behandlingen av schizofreni beskrivs som enbart farmakologisk. Alla vet ju att till exempel psykologiskt, socialt och pedagogiskt inriktad behandling är minst lika viktig.

I DETTA BREV vill vi ta upp en diskussion om läkemedelsbehandling vid schizofreni.

Vi känner till neuroleptikans historia om att det var tillfälligheter som låg bakom upptäckten av substansens effekt på schizofrena symtom. Din upptäckt av signalämnet dopamin och hur det kan fungera i hjärnan har gett förklaringsmodeller till hur neuroleptika fungerar.

När vi idag ser tv:s nyhetssändningar eller läser om detta i tidningarna känns det som om vi förflyttats tjugofem år tillbaka i tiden, till den tid när man inte talade om neuroleptikans negativa effekter. Därmed inte sagt att neuroleptika inte för många är en nödvändig behandling.

Bland RSMH:s 10 000 medlemmar finns många som under kortare eller längre perioder tar neuroleptika. När vi möter dem uppfattar vi att ungefär hälften är nöjda med sin medicinering medan den andra hälften är missnöjda.

Den så kallade dopaminhypotesen gav en gång den biokemiskt orienterade psykiatrin ett slags teoretisk stabilitet som gjorde det möjligt att jämföra psykiatrisk vetenskap med annan medicinsk vetenskap. Teorin fungerade som en brygga mellan forskningen och psykiatrin som profession.

Det finns därför en risk, menar vi, att uppmärksamheten kring Nobelpriset påverkar utvecklingen i en riktning som varken du eller vi önskar oss. Det vill säga, ger vetenskaplig legitimitet för en fortsatt överförskrivning av neuroleptika inom psykiatrin.

Neuroleptikabehandling är den vanligaste orsaken till att patienter är missnöjda med psykiatrin. De har under många år beskrivit hur neuroleptikan gjort deras liv till ett helvete utan att bli tagna på allvar. Allt mer uppmärksammas den mycket omfattande övermedicinering, som pågått sedan 1950-talet.

Vi tror, och vi är inte ensamma om det, att det blir en av 2000-talets stora medicinska skandaler, betydligt mer omfattande än skandalen med lobotomin, som belönades med Nobelpriset i medicin 1949.

UNDER MÅNGA ÅR HAR RSMH fört en ensam kamp för att begränsa användningen av neuroleptika. Psykiatrikerna och forskarna, med några få undantag, har förhållit sig kallsinniga. Efterhand har ändå en mer kritisk och återhållsam syn på behandling med neuroleptika utvecklats och under de senaste

åren har användningen av neuroleptika minskat något i Sverige.

Det förefaller dock som om en betydande överförskrivning fortfarande äger rum. Neuroleptika ges för tidigt (vid nyinsjuknande och kriser av psykotisk valör), till för många, för mycket och för länge.

De neuroleptiska preparaten har flera avgörande brister:

- ♦ De är ineffektiva och ger svåra biverkningar.
- ♦ Vid långvarigt bruk finns risk för att de ger bestående skador på nervsystemet.
- ♦ För en tredjedel av patienterna har behandlingen ingen effekt, de drabbas enbart av biverkningarna.

DEN SISTNÄMMDA GRUPPEN upplever ofta neuroleptika som ett passiviserande hinder för att återhämta sig från de psykiska besvären, komma vidare i livet och kunna leva ett drägligt liv ute i samhället.

Så länge neuroleptikabehandling ger lindring, till exempel dämpar ångesten, ger den ofta bättre förutsättningar att bearbeta bakomliggande problem.

Men ökas dosen därutöver går fördelarna förloerade och de negativa effekterna blir ett nytt funktionshinder ovanpå dem man hade tidigare.

Vi tror att du ser samma risker som vi med neuroleptika och tycker att det vore bra om du vill kommentera följande frågor:

- ♦ Hur ser du på medias beskrivningar av neuroleptika?
- ♦ Får vi nya och bättre neuroleptika. Med undantag för klozapin (leponex) som haft bättre effekt för vissa patienter, så tycks inte de nya preparaten ha blivit nämnvärt bättre än de gamla?
- ♦ Hur ser du idag på orsakerna till schizofreni och dopaminhypotesen? Är vi ens i närheten av att förstå vad som orsakar schizofreni?
- ♦ Hur ser du på neuroleptikans brister?

# Om rätten att inte bli neddrogad

Text Jakob Ronsten, ordförande stiftelsen Humlan

Även i vanliga fall rätt sansade psykiatrer ryggar. RSMH:s paroll om "Rätt till drogfri vård" får etablissemangen att ruska på huvudet. Ändå gick Socialstyrelsen 1989 ut med rekommendationen att i akutbehandling "bör patienten observeras under någon vecka... eftersom vissa akuta psykoser ej kräver behandling med läkemedel".

Denna direkta uppmaning till vård utan psyko-farmaka, per definition: en drogfri vård, kräver en annan vårdsyn än den gängse. Akutmottagningarna måste förändras. Desto viktigare är bemötandet, och att man tar sig tid till att lyssna och etablera en trygg kontakt. Vad man avsätter i tid har man igen i det långa loppet. Då krävs också att miljön där dessa möten ska äga rum är utformad så att den främjar ett optimalt förtroende (för det är mänskliga möten det handlar om).

EN STOR DEL PATIENTER spontanläker från psykotiska skov, om man avvaktar och patienten vistas i en lugn miljö. Psykiatriutredningen nämner siffran 50

procent i ett av sina delbetänkanden. Finska Åbo-psykiatrin uppger att man klarar än fler (om man kortvarigt använder lugnande medel).

Det är inte ens självklart att vården ska bedrivas på särskilda enheter. I begränsad omfattning har också Sverige börjat tillämpa vård i patientens hemmiljö, och med goda resultat.

Spontanläker hälften av patienterna så betyder det förstås att den andra hälften förr eller senare får viss medicinsk behandling. Men inte heller för dessa psykospatienter gäller ett konventionellt insättande av neuroleptika. Med modern teknik har kunnat påvisas en hög blockerande verkan redan vid låga doser. Något som till och med fått läkemedelsindustrin att gå ut i en kampanj för sänkta doser.

DROGFRI VÅRD innebär i detta sammanhang ”rätten att få vård utan att bli neddrogad”, dvs en låg dos så att biverkningarna inte blir besvärande och förtar den eftersträvade effekten. Det betyder också, vilket är minst lika viktigt, att inte en kontinuerlig medicinering ska ske bara för att den en gång satts in. Tvärtom.

Medicinering är något som bör sättas ut så snart det är möjligt – och patienterna ska få en fullödig information och ha rätt att själv vara med och bestämma behandlingen – även medicinering. Vårdorganisationen ska ha skyldighet att ställa upp (så länge det inte bedöms som helt orimligt) på en planerad utsättning, när patienten vill det.

## Visa BBC:s program om Prozac!

Text Maths Jespersen, distriktsombud RSMH Skåne

På senare tid har det nya amerikanska lyckopillret Prozac diskuterats i svensk media. I den diskussionen har det funnits inslag av ett försiktigt ifrågasättande. Men många av artiklarna har varit rena marknadsföringen, som till exempel i Svenska Dagbladet 5/8 och Dagens Nyheter 10/9 (1994). Godtroget vidarebefodrar man en tillrättalagd bild till allmänheten.

Någon kritiskt granskande journalistik finns inte i Sverige när det gäller psykiatrin och den mäktiga läkemedelsindustrin. Det finns helt enkelt ingen tradition bland svenska medier på detta område.

Annat är det i anglosaxiska länder. Där finns en helt annan kritisk vaksamhet. Så gjorde till exempel BBC för inte så länge sedan en dokumentär om just Prozac. Där fick inte bara de Prozacfrälsta komma till tals utan även kritiska forskare och människor som fått sina liv förstörda av det nya medlet.

SOM VANLIGT när det gäller BBC var det ett väl-balanserat, sakligt och informativt program, som inte själv tog ställning för eller emot Prozac utan försökte få effekterna av läkemedlet belyst från alla sidor. Man hade bland annat tagit sig till Wenat-

chee, som i de amerikanska medierna brukar kallas "Världens Prozac huvudstad". Där verkar bland andra den mest kände Prozacprofeten, psykologie doktor James Goodwin.

Dr Goodwin är anmäld till *The State Psychology Board* för oriktig yrkesutövning. Inte i och för sig för att han ordinerar så mycket Prozac, utan för att han sätter diagnosen "depression" på var enda en som söker sig till hans mottagning.

För att få börja i hans kognitiva terapi måste patienterna först behandlas med Prozac. En av dem som anmält honom är Heidi Summer, som av en domstol skickades till Dr Goodwin för att tillsammans med sin före detta man utarbetat en plan över hur de skulle ta hand om sina barn efter skilsmässan. I stället för att prata om detta började Dr Goodwin fråga ut henne om hennes sexliv och insisterade på att hon hade en kemisk obalans och därför behövde Prozac.

I BBC:S PROGRAM försökte Dr Goodwin framställa sig själv som en stor snäll nallebjörn, som inte förstår varför så många bråkar med honom; han försöker ju bara hjälpa människor att bli lyckligare.

Man får också i programmet vara med Dr Goodwin under en inledande terapisesession med en kvinnlig patient. För henne förklarar han att Prozac kommer att ändra hennes personlighet, så att hon inte riktigt känner igen sig längre och tillägger att det är väl bra om man kan ändra sin personlighet till något bättre.

Detta är också Goodwins budskap, att med kemiska medel ändra vår personlighet – detta är framtiden.

I programmet vittnar patienter om hur de blivit hjälpta av Prozac. De beskriver det som ett rent under hur de i ett slag har kommit ur åratals missmod och handlingsförlamning.

SAMTIDIGT DÅ BBC gör sitt inslag i Wenatchee kommer *The Prozac Survivors Group* (PSSG) – en grupp av människor som gått på Prozac och fått svåra skador av detta, men som lyckats ta sig ur sitt beroende av drogen – för att arrangera en informations- och diskussionskväll.

I programmet uppträdde fler medlemmar i PSSG som berättade om sina personlighetsförändringar och hur de inte kände igen sig själva och att detta skett på ett förskräckligt sätt.

Mest uppskakande var ett framträdande av ett syskonpar som med tårar i ögonen först berättade hur deras far förändrats – de beskrev föräldrarnas 40-åriga äktenskap som mycket lyckligt – efter att ha börjat äta Prozac och sedan hur han stuckit ihjäl deras mor med en kniv och sedan tagit livet av sig själv.

PSSG hade också med sig psykiatern Peter R. Breggin – den främste kritikern i världen av psykofarmaka och ECT – som i somras gav ut en bok om Prozac, *Talking back to Prozac*. I den avslöjar han bland annat interna FDA-dokument (motsvarigheten till Läkemedelsverket och som

prövat och godkänt Prozac) där det framkommer att FDA redan från början visste att Prozac är en klassisk ”stimulant” (beroendeframkallande) men att man försökt dölja detta.

Med på mötet fanns författarinnan till *The Prozac Pandora*, Anna Black Tracy. Även hon framhöll att det är en stimulantia och att det verkar på hjärnan på samma sätt som LSD, ett annat amerikanskt lyckopiller.

NU HÅLLER PROZAC på att introduceras i Sverige. Metoderna för denna marknadsföring är de samma nu som för 30 år sedan.

Att svensk media inte lyckats tränga bakom detta är oroväckande.

Det enda man kan hoppas på är att svensk television köper in BBCs program så att svenska folket får en djupare och allsidigare bild av detta läkemedel.

## Neuroleptikafällan

Text Jacob Ronsten, ordförande Stiftelsen Humlan

Intresset för temanumret *Neuroleptikafällan* har varit stor. De flesta har varit positiva till numret men kritiska röster har också hörts.

Några har tyckt att numret varit allt för negativt mot neuroleptika, att man inte skall svartmåla så när man vet att många kamraterna inom RSMH medicinerar med och mår bra av neuroleptikan. Andra har ansett att numret varit för positivt mot neuroleptika. Man har också frågat varför vi inte uppmärksammat Leponex och andra nya så kallade biverkningsfria preparat som av många anses vara de lömskaste av alla neuroleptika.

AVSIKTEN MED ATT SKRIVA om neuroleptika är inte att uppnå ett totalförbud mot dess användande eller att uppmåna eller skrämman människor att sluta med neuroleptikabehandling.

Avsikten är att ge röst åt alla de människor för vilka neuroleptikabehandling utgör ett långvarigt lidande.

Avsikten är att få igång en debatt om neuroleptika.

Avsikten är att få psykiatriker och vårdpersonal att lyssna på och samverka med patienterna.

Avsikten är att avslöja alla de myter om neuroleptikabehandling som den moderna psykiatrin omger sig med:

1. Myten om neuroleptikarevolutionen eller myten om att det var neuroleptika som tömde mentalsjukhusen.

2. Myten om att neuroleptika är den viktigaste beståndsdelen vid behandling av psykotiska tillstånd och att den psykiske patienten måste neuroleptikabehandlas.

3. Myten om att psykotiska tillstånd är skadliga i sig själv och att återfall är det värsta som kan hända.

Utifrån detta resonemang måste symptomen dämpas med neuroleptika och återfall förebyggas med underhållsbehandling, ofta för resten av livet.

4. Myten om att neuroleptikabehandling är förenat med relativt små röster för allvarliga skadeverkningar.

5. Myten om den antipsykotiska effekten vid neuroleptikabehandling som av patienten ofta upplevs som oförmåga, passivisering och förlust av mental kapacitet.

6. Myten om den nya så kallade biverkningsfria preparaten där man lyckats minska de synliga biverkningarna – de som påverkar kroppens rörelseförmåga. De övriga biverkningarna – de som via nervsystemet påverkar kroppens inre organ finns kvar. Även dessa preparat har en effekt som av patienter upplevs som förlust av mental kapacitet.

7. Myten om att depåneuroleptika är en effektiv behandlingsform. Förutom att den ger kraftiga

biverkningar och har påtagligt negativa effekter för många patienter så utgör den en ogenomtränglig kemisk barriär som förhindrar delaktighet, tillväxt och möjlighet att tillgodogöra sig psykologisk och psykosocial behandling.

Till sist har vi myten om att psykiatern vet bäst och att vi bör överlåta åt honom eller henne att avgöra vilken behandling som är lämpligast och bäst. Patienter, politiker, anhöriga och andra lekmän skall inte lägga sig i hur psykiatern behandlar sina patienter.

KAN VI DÅ INTE ställa några krav på de behandling som psykiatrikerna utsätter oss och våra medmänniskor för?

Jo! Behandlingen skall direkt eller indirekt bota, lindra eller förebygga det sjukdomstillstånd den är avsedd för och den skall inte förorsaka patienten nya skador eller orimliga biverkningar.

Att dessa krav varit och är mycket dåligt tillgodosedda inom den biokemiska psykiatrin råder ingen tvekan om. Från samhället och politikernas sida kan man ställa kravet att behandlingen skall vara effektiv och ge optimal utdelning ur ett ekonomiskt perspektiv.

Under många år låg neuroleptikan bra till. Den föreföll vara en billig behandling till dess man började analysera vilka kostnader den medför i form av hospitalisering och kronifiering till livslång psykiatrisk vård, och vilka besparingar samhället kan göra när psykiatrins patienter med hjälp av psyko-

logiska och sociala stöd- och behandlingsinsatser kan återgå till ett normalt liv.

MAN KAN OCKSÅ STÄLLA ETISKA KRAV på behandlingsmetoder. En behandling skall inte få kränka livet så tillvida att människor som utsatts för den upplever att deras personlighet förändras.

Kroppen förändras, man går runt med mer eller mindre stela och robotliknande rörelser. Men det är inte det värsta. Även viljan, känslan och tankarna förändras. Man upplever sig själv som en tom och ospontan robot, omvärlden som grå och overklig, man besväras av dålig koncentrationsförmåga, problem med att tänka och känna och fungera som människa.

Utifrån vetenskapliga, ekonomiska och etiska utgångspunkter uppmanar vi politiker, anhängare och alla andra att förena sig med RSMH i kravet:

**RÄTT TILL DROGFRI VÅRD!**

# Vad tycker RSMH om ungdomsfrågor?

## *Arbete nyckelfråga för unga*

RUS - Riksförbundet ungdom för social hälsa - är RSMH:s ungdomsförbund, som arbetar med frågor för ungdomar (vilket man är upp till och med 35 år, enligt RUS stadgar).

Ungdomsförbundets tillvaro har varit stormig under åren men sedan 2001 har förbundet, med hjälp av engagerade medlemmar och anställda, blivit alltmer stabilt.

Några av de frågor som RUS koncentrerar sig på:

- ♦ Arbete/sysselsättning: det ska vara möjligt för alla att arbeta, utifrån de egna förutsättningarna.
- ♦ Studier: Det ska vara möjligt att fullfölja studier på grundskolenivå för att kunna söka vidare till högre studier.
- ♦ Daglig verksamhet: kommuner/landsting ska erbjuda ungdomar/unga vuxna som inte studerar eller har ett arbete daglig meningsfull verksamhet.

RUS VISION: Ungdomsperspektivet behöver lyftas fram i RSMH. Vi behöver fler medlemmar och RUS och RSMH måste samarbeta för att locka unga människor till organisationen.

## Satsa på oss unga - nu!

Text Jonas Andersson förbundsordförande RUS

En sak vet vi och är överens om. Det är att våra barn och ungdomar mår allt sämre. Våra barn och ungdomar är vår framtid, så deras hälsa är även vår framtid och välfärd.

Vem är det som har ansvaret för att barnen och ungdomarna ska få den hjälp som de verkligen behöver? Är det samhället eller är det föräldrarna som har ansvaret för att barn och ungdomar får den professionella hjälp de behöver?

Är det inte båda parterna? Föräldrarna genom sitt föräldraskap och samhället genom att tillmötesgå med de resurser som behövs. Men de resurser som satsas på barn och ungdomars psykiska hälsa är i dag otillräckliga i förhållande till behoven. Är det rimligt att vänta upp till ett år eller mer för att få komma i kontakt med barn och ungdomspsykiatri, som i vissa landsting kan vara fallet?

I RUS ÄR VI ÖVERTYGDADE OM att vi måste börja satsa på barn och ungdomar. Det är dags att sluta med resursnedskärningar och börja investera i möjligheter för dem istället. Jag skulle tro att vi tjänar på det i längden.

Dessutom kommer lidandet att minska. Att erbjuda barn och ungdomar hjälp i rätt tid är preven-

tivt – jag är övertygad om att det skulle få behovet av vuxenpsykiatri att minska. Sen ska vi inte glömma hur viktiga fritidsgårdar är för våra barn och ungdomar.

Många hittar en vuxen förebild på just ungdomsgården och inte minst en trygghet som saknas i allt för många hem runt om i Sverige. Tyvärr kan man allt oftare läsa att allt fler fritidsgårdar läggs ner på grund av nerdragningar i kommunerna. Hur mycket ska de kunna dra ner för våra barn och ungdomar? Vart ska de ta vägen till sist?

De ungas trygghet försvinner och det är en skrämmande utveckling. Jag förstår mer och mer varför barn och ungdomar mår så pass dåligt som de gör. Det är bara vi vuxna som kan hjälpa dem på vägen och det är vår skyldighet att göra det.

BRIS STÖDVERKSAMHET FICK 2003 en exceptionell ökning av e-post från unga flickor som funderat på självmord. Många av dessa flickor tyckte att livet inte var värt att leva. De hade haft självmordstankar under en längre tid och några hade till och med flera fullbordade självmordsförsök bakom sig.

Statistiken säger att självmordsförsök är dubbelt så vanligt bland unga flickor jämfört med unga män, medan fler unga män begår fullbordade självmord.

De senaste åren har det blivit en ökning av unga personer som har behövt sjukhusvård för självdestruktiva handlingar och 95 procent av dessa handlingar är just självmordsförsök.

Den främsta orsaken till ökningen av sjukhusvård är att ungdomar i större utsträckning än tidigare tagit preparat med paracetamol (till exempel Panodil och Alvedon) som bland annat kan ge svåra lever-skador.

En barn och ungdomspsykiatrisk mottagning i Skåne har sex olika kommuner i sitt upptagningsområde. På avdelningen finns enbart fem slutenvårdsplatser att tillgå. Det händer att de får skicka hem patienter innan de är färdigbehandlade för att de behöver platsen till en annan patient akut.

DET ÄR INTE ACCEPTABELT att det är på det viset. Vem tar ansvaret för våra barn och ungdomar idag? Samhället? Knappast.

Det är nu dags att byta spår – från neddragningar till upprustning och satsningar för framtiden.

## Livskunskap i skolan

Text Magnus Frhisk, vice förbundsordförande RUS

Psykisk ohälsa är ett av våra stora folkhälsoproblem. Det gäller framför allt ungdomar. Bland dem är självmorden den vanligaste dödsorsaken. En förutsättning för att tidigt kunna upptäcka när någon mår dåligt är att det finns en fungerande psykosocial miljö.

I stället ser vi nu hur skolans psykosociala miljö försämras. En viktig orsak till det är de nedskärningar som görs inom skolan. Om det kan man läsa i nästan vilken landsortstidning som helst.

Övergripande tycks det vara så att allt fler elever mår psykiskt dåligt och att deras problem blir svårare.

SKOLAN SKA INTE BARA VARA ett ställe där man inhämtar teoretisk kunskap, utan även en arena för social träning och inskaffande av livserfarenhet.

Att på grund av spariver rationalisera bort resurspersoner inom skolan är mycket kortsiktigt, speciellt med tanke på lärarnas pressade arbetssituation. De har inte en chans att hjälpa de elever som behöver extra stöd.

Denna utveckling får inte fortsätta. Skolan måste ta sitt ansvar, även för de elever som har det svårt.

Ett av skolans värsta problem är att elever och faktiskt också lärare mobbas. Det får inte fortsätta. Ett sätt att få stopp på det kan vara att införa ett nytt obligatoriskt ämne i grundskolans läroplan – Livskunskap.

Unga människor behöver ett forum där de kan prata om livsfrågor, dels för att förstå sig själva men också för att förstå andra. Vi i RUS är övertygade om att ett forum där man kan prata om relationer, känslor, psykisk kris/ohälsa och visa på hur illa man gör dem som mobbas, är det enda sättet att komma till rätta med problemen.

LIKA VIKTIGT ÄR DET ATT VISA vilken resurs kompisarna kan vara när någon mår psykiskt dåligt. Genom att hjälpa andra blir förståelsen och kunskapen om sig själv och andra större.

Man kan säga att vanmakten minskar och egenmakten ökar. Den insikten kan hjälpa många. Ja, den kan till och med vara livsviktig. Livskunskap är kortfattat en ”psykisk första hjälpen”. På det sättet kan vi få en bättre skolmiljö. Livskunskap är dessutom något man har nytta av livet ut. Även om vi inte själva drabbas av psykisk ohälsa kommer vi under livet möta någon som lider av det, kanske en vän eller en anhörig.

RUS skrev till förra skolministern Ylva Johansson om behovet av livskunskap i skolan. Till svar fick vi att ”Det ni kallar för livskunskap finns redan idag i läroplanen inom ämnena biologi och religionskunskap”.

Jag var närvarande på de flesta lektionerna i skolan men jag har aldrig fått någon undervisning i det vi menar med livskunskap. För att ge unga människor en bättre framtid uppmanar RUS den nya skolministern att införa livskunskap i skolan.

# Vad tycker RSMH

## om ekonomi?

### *Ersättning på lika villkor*

Samtidigt som psykiatrireformen genomfördes mötte Sverige (och hela västvärlden) en lågkonjunktur som kulminerade i förskräckelse med punkterade IT- och fastighetsbubblor.

Människor med psykiska funktionshinder hör till samhällets förlorare, ekonomiskt sett. Under 1990-talet var många på väg ut i samhället där kampen om arbete och resurser hade hårdnat betydligt.

Priser och avgifter för vård, service och medicin steg samtidigt som marknadsekonomiska överväganden blev ett viktigt inslag i upphandling och styrning av vård och service.

1993-1996 GENOMFÖRDE RSMH ett projekt om den ekonomiska situationen för psykiskt funktionshindrade. Här kunde man bland annat konstatera att socialtjänst, gode män, försäkringskassan och psykiatrin brister i sitt sätt att bemöta sina klienter och stödja dem med deras ekonomiska problem.

I dag driver RSMH:s intressepolitiska utskott frågor som till exempel att rätten till handikappersättning inte ska vara kopplad till arbetsliv, utan snarare

avgöras av vilka merkostnader som finns. Män-  
skor med med psykisk ohälsa som inte har något  
jobb står annars utanför rättigheter som till exem-  
pel reseersättning även om det finns behov.

VISION: Psykiskt funktionshindrade ska ha rätt till  
handikappersättning (som till exempel bilstöd och  
hjälpmedel) på **åtminstone** samma nivåer som  
andra funktionshindrade.

Personer som har ekonomiska problem ska kun-  
na få hjälp med olika stödfunktioner (till exempel  
autogiro) som garanterar att grundläggande kostna-  
der som hyra, el och försäkring betalas.

## Den dödliga ojämlikheten

Text Hans Kihlström, vice förbundsordförande RSMH

”Psyiskt funktionshindrade har den lägsta inkomsten av alla. Särskilt ekonomiskt utsatta är personer med psykisk sjukdom”.

”Allra sämst ställt är det för dem som har en psykiatrisk diagnos”.

”Den grupp vars ekonomiska situation har försämrats mest är de med psykiska besvär”.

Rapporterna har duggat tätt under åtminstone de senaste femton åren. Även utan dessa rapporter vet alla som jobbar inom psykiatrin eller med psykiskt funktionshindrade inom socialtjänsten att det förhåller sig på det här viset.

De är vanligen också medvetna om att den ekonomiska stress som så många psykiskt sjuka och funktionshindrade lever under blir en ytterligare belastning på den psykiska hälsan, utgör en riskfaktor för återinsjuknande och allvarligt reducerar möjligheterna till återhämtning. Många vet också att hjälp med ekonomin påverkar den psykiska hälsan positivt.

I BOKEN *Tänk på avståndet – ojämlikhet dödar* hävdar professorn i social epidemiologi Richard Wilkinson att en viktig orsak till den klassberoende

ohälsan är de sociala klyftorna i sig själva, skillnader som finns även om man räknar bort effekten av kostvanor och livsmiljö.

Människor dör yngre i samhällen med stora inkomstklyftor. Det är vår biologiska natur som gör att vi är så känsliga inför skillnader i social status.

Att stärka psykiskt funktionshindrades sociala status är alltså viktigt. Inte minst då att stärka deras ekonomiska möjligheter så att de inte utesluts från ett normalt socialt liv av kostnadsskäl.

En väg är naturligtvis att se till att psykiskt sjukas och funktionshindrades ställning på arbetsmarknaden stärks. Ett av skälen till deras dåliga ekonomiska situation är ju just att de i så stor utsträckning är utestängda från arbetsmarknaden. Under överskådlig tid är det svårt att se att några revolutionerande förbättringar kommer att ske och många kommer även fortsättningsvis att tvingas att leva på en mycket låg förtidspension (eller sjukersättning som det heter i dag).

DÄRFÖR MÅSTE DET TILL förbättringar i de ekonomiska stödsystemen. Det bästa sättet för den enskilde vore givetvis att förbättra sjukersättningen. Det viktigaste för de allra sämst ställda är att garantivån höjs. Men även de som haft jobb med låg lön och som får en sjukersättning motsvarande 64 procent av antagandeinkomsten får en mycket svår ekonomisk situation. Sjukersättningen behöver höjas också för dem.

Handikappersättningen skall ersätta funktions-

hindrade för de merkostnader de har på grund av sitt handikapp. Det har visat sig att mycket få personer med psykiska funktionshinder får del av denna ersättning. Därför måste regelverket ses över så att det förtydligar psykiskt funktionshindrades rätt och dessutom måste försäkringskassornas personal utbildas bättre när det gäller psykiska funktionshinder.

MEN DET RÄCKER INTE. En ny, lägre nivå behövs i handikappersättningen. För den som har mycket små inkomster är även merkostnader i storleksordningen 5 000–6 000 kronor per år, vilket inte kvalificerar för handikappersättning (det vill säga minst 11 000 kronor per år), mycket betungande och måste kompenseras.

Många psykiskt sjuka och funktionshindrade har inte bara små inkomster och stora utgifter för sitt funktionshinder/sjukdom utan de har också svårigheter att handskas klokt med pengar. Ångest och depression kan bli dyrbara. Man frestas att ”köpa sig glad” eller konsumera för att dämpa ångesten. Detta leder lätt till att man blundar för de ekonomiska realiteterna.

Psykisk sjukdom kan också föra med sig kognitiva störningar som får till följd att man inte kan sköta sin ekonomi. Det är fortfarande dåligt ställt med utbildning och träning i att självständigt klara sin ekonomi. Både metod- och organisationsutveckling behövs inom området ”ekonomisk rehabilitering”.

Vi vet att socialministern är bekymrad över läget och förväntar oss att regeringen snarast tar itu med att förbättra sjukersättningen och handikappersättningen och ger till exempel Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den ekonomiska rehabiliteringen.

# Miljoner missar målet

Text Jan-Olof Forsén, förbundsordförande RSMH

Rykten om extra miljoner till psykiatrin har surrat som nykläckta myggor inför vårens budgetförhandlingar. Anders Milton har gått ut och talat om pengar som inte finns avsatta i budgeten. Det som slutligen landade är en summa på 1,7 miljarder som ska räcka till missbruksvård, nationell vårdgaranti i hälso- och sjukvården samt slutligen psykiatri.

Det känns som att makthavarna har missat något. Dels de skriande behov av resurser till psykiskt sjuka och funktionshindrade, dels att resurser som inte öronmärks brukar hamna någon annanstans än i psykiatrin. Den Nationella handlingsplanen för sjukvården, som Lars Engqvist brukar påstå ska tillföra psykiatrin resurser, är ett aktuellt exempel på detta. Hur skall pengar ordnas fram?

KOMMUNER OCH LANDSTING föreslås skjuta till hälften av det som staten tänkt att bidra med. Problemet är det att kommuner och landsting själva beslutar över sina egna resurser, genom det kommunala självstyret, inte staten. Kommunerna och landstingen ska helt enkelt genom morot och

piska inte kunna låta bli att avsätta resurser till psykiatrin, för bidrar de inte med egna pengar får de inte var med om statens extra satsning. Representeranter för kommuner och landsting är kritiska, motsträviga till att satsa egna medel. Ekonomiskt utrymme saknas.

Att ta pengar från somatisk sjukvård eller verksamheter som barnomsorg, skola och äldreomsorg är mycket svårt eftersom de försvaras av starka påtryckningsgrupper. Det har snart gått tio år sedan psykiatrireformen genomfördes och man kan tycka att kommunerna haft tid att lära sig att de har lika mycket ansvar för personer med psykiska funktionshinder som för barn och äldre och ska prioritera därefter.

Kommuner och landsting måste överväga hur resurser används och omprioritera utifrån förändrade behov vid insatser för den psykiska hälsan. Det borde vara en självklarhet men är det inte. Dessutom är intresset hos kommuner och landsting obefintligt för en av de viktigaste åtgärder som regeringen hoppades skulle förbättra psykvården, nämligen gemensamma nämnder.

MEN REGERINGEN MÅSTE ta på sig det största ansvaret, för mycket av dagens situation har förorsakats av gamla synder. Under de år som gått sedan psykiatrireformens genomförande har regeringen underlåtit att lyssna till de rapporter, varnings signaler och förslag till åtgärder (oftast samstämmiga) som framförts av RSMH, Socialstyrelsen,

närstående- och yrkesorganisationer. Förslagen har arkiverats. Många av de verksamheter som inom RSMH betecknades som framtidens psykiatri, som byggdes upp under reformperioden, har gått i graven. Personligt ombudsverksamheten tycks vara en av de få nyskapelser som har överlevt med hjälp av RSMH och Schizofreniförbundet.

Anders Milton har föreslagit att av de extra medlen ska 70 procent gå till slutenvården och 20 procent till kvalitetsjämförelser, gemensamma nämnder och resten till uppföljningar. Hur denna prioritering av extra resurser till psykiatrin kommer att förbättra livssituationen för dem med psykisk ohälsa är svårt att förstå.

FÖRSLAGET TYCKS VARA baserat på den mediebild och populistiska opinion som efter förra årets spektakulära våldsbrott tror att fler slutenvårdsplatser är lösningen på problemet. Inom RSMH vet vi vad för satsningar som behövs och var de skall sättas in. Brukarstyrda verksamheter som byggs upp med projektmedel har vid utvärderingar bedöms som mycket verksamhets- och kostnadseffektiva.

Tyvärr läggs dessa typer av verksamheter ofta ned på grund avsaknad av permanent inansiering. Detta slöseri med resurser och kompetens måste upphöra. Av Anders Miltons och regeringens miljoner måste ett stort antal öronmärkas och permanentas för brukarstyrd självhjälpsverksamhet. RSMH väntar på att Milton ska komma till oss för att söka råd var resurserna gör störst nytta och skall sättas in.

# Låt oss slippa c-lag för lönebidrag

Text Hans Kihlström, vice förbundsordförande RSMH

“Arbete befordrar hälsa och välbefinnande och förhindrar många tillfällen till synd”. Gamla moralkakor kan återanvändas. Hälsa och välbefinnande är en bristvara bland människor med psykiska besvär och funktionshinder (synden kan kyrkan få ta hand om).

Kan arbete förbättra detta tillstånd? Ja, för alla dessa människor som har, en ofta mycket låg, sjukersättning, skulle ett arbete förbättra det ekonomiska “välbefinnandet”. Enligt RSMH:s erfarenheter förbättras också den psykiska hälsan av ett lämpligt arbete/sysselsättning. Lönebidrag har visat sig vara det kanske bästa medlet.

FÖRESLÅR DÅ LÖNEBIDRAGSUTREDNINGEN åtgärder som kommer att medföra större möjligheter för dessa människor att komma ut på arbetsmarknaden? Kanske för en del, som inte har så allvarliga besvär, men knappast för alla dem som under lång tid, kanske för alltid, kommer att ha nedsatt arbetsförmåga.

Utredningens intresse fokuseras mycket tydligt på dem som är relativt lättrehabiliterade. Lönebidragets tidsmässiga begränsning till fyra år är ett tydligt tecken på detta. Det gäller att få en snabb genomströmning genom lönebidragssystemet så att fler kommer ut på den öppna, osubventionerade arbetsmarknaden.

Förmodligen kommer de regler som föreslås för lönebidragen att medföra förbättringar som gör att något fler personer kommer att lämna lönebidragssystemet för ett osubventionerat arbete. Och detta är naturligtvis bra.

De som inte klarar den här fyraårsgränsen kan få "särskilt lönebidrag" eller trygghetsanställning. Många som har lönebidrag i dag betraktar sig som ett arbetsmarknadens b-lag och det är illa nog. Nu vill utredningen införa ett c-lag – de som inte klarar att komma ut i osubventionerat arbete inom fyra år.

NÅGON FORM AV STÖD BEHÖVS för alla dem som kommer att ha mycket långvarig nedsättning av arbetsförmågan. Särskilt lönebidrag eller trygghetsanställning är ett bättre alternativ än inget arbete.

Därför lär de flesta, som kan komma i fråga ta den möjligheten, men de kommer att känna sig nedvärderade jämfört med dem som får "riktigt" lönebidrag. Låt lönebidrag vara lönebidrag – en del kommer att behöva det under kortare tid, andra under längre tid men de kan rymmas under samma hatt. Med de förbättringar som föreslås

kommer antalet personer som behöver det under kortare tid förmodligen att öka alldeles oavsett om man gör denna diskriminerande uppdelning eller inte.

Utredningen redovisar grova uppskattningar av hur många anställningar som kan vara aktuella med "särskilt lönebidrag" eller trygghetsanställning.

Mycket tyder på att utredningens siffror innebär en grov underskattning av det verkliga behovet av långvariga lönebidrag. De lär trots det komma att styra anslagsberäkningar och praktiken ute på fältet, där de kan ge upphov till snålhet med "särskilt lönebidrag" och trygghetsanställning. Detta kan komma att slå hårt mot dem som behöver lång tids lönebidrag. Bland dessa finns ett stort antal personer med psykiska arbetshandikapp.

ENLIGT ARBETSMARKNADSVERKET är andelen som får arbete utan subvention högre för personer med fysiskt arbetshandikapp jämfört med dem som har psykiska, intellektuella eller socialmedicinska arbetshandikapp. Personer i den gruppen får i högre grad subventionerade anställningar.

Arbetsgivare överväger i högre utsträckning att anställa personer med fysiska funktionshinder jämfört med andra funktionshinder. Lönebidraget är alltså extra viktigt för personer med psykiska arbetshandikapp - för många av dessa behövs lönebidrag som inte är tidsbegränsade.

Människor med psykiska arbetshandikapp är den största gruppen som får sjukersättning. Bland dem

finns många som skulle kunna klara ett arbete med lönebidrag. I stället får de sjukersättning för att göra ingenting.

Lönebidragsutredningen har varit begränsad av sina direktiv men man kunde ändå förväntatsig att man skulle granskat och räknat på inte bara vad fler lönebidrag skulle kosta utan också på vilka besparingar som skulle uppnås i andra delar av den offentliga sektorn. Lönebidrag i stället för sjukersättning skulle ge stora vinster i sjukförsäkrings-systemet, förbättrad hälsa skulle minska sjukvårdskostnader och minska kostnader för den sociala omsorgen. Förutom de rent mänskliga vinsterna skulle man också få samhällsekonomiska vinster.

Genomför gärna de förbättringar i rehabiliteringshänseende som föreslås men framför allt, byt passivitet mot aktivitet, sjukersättning mot lönebidrag.

## Förlorarna i välfärdssamhället

Text Bo Ardström, kanslichef RSMH

Återigen toppas nyheterna av att psykiskt funktionshindrade inte får den vård de behöver.

Forskaren Anita Bengtsson-Tops visar i en ny undersökning att mer än hälften av de cirka 100 psykiskt funktionshindrade som hon intervjuat inte fått information om sin sjukdom, medicinering eller andra möjligheter till behandling.

Studien visar också att arbetslösheten är hög hos den här gruppen, att de har dålig ekonomi och är socialt isolerade. Hälften av de intervjuade hade en inkomst som var lägre än 7 400 kronor i månaden. När de psykiskt funktionshindrade själva fick berätta om sin livssituation uttryckte hälften att de hade stödbehov som inte var tillgodosedda inom områden som boende, mat, hemmets skötsel, intima relationer och fysisk hälsa.

FÖR SNART TIO ÅR SEDAN konstaterade Psykiatriutredningen att människor med psykiska funktionshinder var förlorarna i välfärdssamhället. De levde under betydligt sämre omständigheter än andra grupper i samhället; de hade en svag rättslig ställning och möjligheterna att styra det egna livet var små.

Tyvärr kan vi idag konstatera att det har hänt alldeles för lite för att förbättra deras livssituation.

Den självklara utgångspunkten för en sådan förändring är att det är den enskilde som har svaren på hur en bra vård, ett bra livsinnehåll och hur ett respektfullt bemötande är och fungerar. Det handlar om ett betydande inflytande över sitt eget liv och verkliga valmöjligheter när det gäller vård och livssituation i övrigt. Exempel på viktiga frågor till den enskilde att börja med kan vara: "Hur vill du leva ditt liv? Vilket stöd behöver du för att kunna arbeta eller studera?"

ETT STORT PROBLEM är att bara 2 600 av de cirka 20 000– 40 000 personer som Psykiatriutredningen menade hade behov av LSS-insatser har fått sådan beviljad. En reformerad LSS-lagstiftning som också skulle omfatta de psykiskt funktionshindrade skulle kunna vara ett av verktygen för att åstadkomma en del av den nödvändiga förändringen.

Människor med psykiska funktionshinder får rehabiliteringsinsatser i mycket mindre omfattning än personer med andra sjukdomar eller funktionshinder. Orsakerna till att det är på detta sätt kan, enligt en studie gjord av Riksrevisionsverket, vara att den enbart är arbetslivsinriktad, att den är begränsad till ett år och att få företag vill ta emot psykiskt funktionshindrade för arbetsträning.

Vi vill inte om tio år återigen läsa att de psykiskt funktionshindrade är välfärdens förlorare. De röster

som Hans Nordén samlat om psykiatrireformen, i boken *Änglar och demoner* visar att det inte finns någon väg tillbaka. De gamla mentalsjukhusen har stängts. Det finns en väg framåt som heter fördjupning och utveckling av psykiatrireformen.

Det är dags att på allvar slå in på denna väg.

## Psykiskt sjuka slås ut

Text Hans Kihlström, vice förbundsordförande RSMH

Flera undersökningar har visat att människor med psykiska handikapp har det ekonomiskt svårare än andra. Ett skäl till detta är att handikappet gör det oerhört svårt för dem att komma ut på och stanna kvar på arbetsmarknaden. De blir ofta tidigt förtidspensionerade med mycket låg pension. Många går i förtidspension utan att någonsin ha haft ett jobb och döms därmed till livslång fattigdom.

FÖRUTOM ATT PSYKISKT HANDIKAPPADE har mycket låga inkomster så har de ofta stora utgifter på grund av sitt handikapp. Den av riksdagen tillsatta avgiftsutredningen har nyligen presenterat sitt betänkande där man visar att psykiskt handikappade är en av de fem handikappgrupper som har högst kostnader för sitt handikapp.

Dessutom påvisar utredningen de stora kostnadsökningar som sjuka och handikappade drabbats av under 1990-talet. Under en period då konsumentprisindex har ökat med cirka femton procent har kostnaderna för läkemedel och sjukvård ökat med i storleksordningen hundra procent samtidigt

som taket för högkostnadsskyddet höjts med över 50 procent. Även kostnaderna för färdtjänst har ökat märkbart.

Utredningen visar att de sammantagna avgiftshöjningarna inom kommuner och landsting är så stora att många människor med funktionshinder inte har råd med den vård, service och medicin de behöver om pengarna skall räcka till att överleva på.

Handikappade och sjuka har drabbats hårt av Göran Perssons besparingar. Förtidspensionerna har försämrats i flera steg. Bostadstillägen till förtidspensionärer har försämrats för flertalet.

Sänkning av ersättningsnivån i sjukförsäkringen medför stora försämringar för dem som har arbete men som på grund av handikapp eller psykiska problem blir sjukskrivna.

Ökade kostnader för medicin och tandvård ökar på bördan ytterligare. Höjningen av taket i högkostnadsskyddet holkar ytterligare ur de låga inkomsterna.

MED BÄVAN SER VI FRAM EMOT vilket förslag till nytt förtidspensionssystem som Sjuk- och arbetsskadekommittén kommer att lägga fram. Det finns många idéer om att göra det svårare att få förtidspension (eller "månadsersättning" som det kanske kommer att heta) och att sänka nivåerna.

Människor som slås ut från arbetsmarknaden på grund av psykiska problem skall inte behöva straffas ytterligare med sänkta "förtidspensioner".

Ekonomisk stress ökar bevisligen risken för

psykiska besvär. För dem som redan lever med stora ekonomiska svårigheter och dessutom redan har psykiska besvär kan ökad ekonomisk stress få katastrofala följder.

Göran Persson brukar säga i dessa dagar att om han skulle fatta beslut efter vad hjärtat säger så skulle han aldrig föreslå åtgärder som drabbar dem som redan har det svårt. Om han inte har blivit fullständigt hjärtlös borde han kunna rätta till de orättfärdiga beslut han drivit igenom.

Regering och riksdag måste i vart fall besinna sig och sluta lägga fler bördor på dem som redan håller på att gå under. Och de måste också rätta till redan fattade beslut. Förtidspensionerna måste räknas upp med konsumentprisindex, minskningen av folkpensionen till förtidspensionärer måste upphävas, nivåerna i sjukförsäkringen måste förbättras åtminstone för dem som har det ekonomiskt sämst.

GENOMFÖR OCKSÅ avgiftsutredningens förslag om avgiftstak och höjt förbehållsbelopp för service och omvårdnad, avgift för färdtjänst i nivå med kollektivtrafiktaxan och med handikappersättningen.

Hur skall vi då spara om det nu är nödvändigt? Förslagsvis genom att sänka taket i sjukförsäkringen. Det borde åtminstone kunna sänkas till 6,5 basbelopp som det var förut. Då skulle besparingen inte drabba någon fattig. Momssänkningen på mat kommer både rik och fattig till godo. Slopa den och använd pengarna till dem som har det svårast i stället!

# Vad tycker RSMH om brukarinflytande?

## *Vardagsmakt – makt och ansvar*

I slutet av 1960-talet, hade patienten/brukaren fortfarande en passiv roll i den psykiatriska vården. Begreppen inflytande och medverkan hade ingenting med psykiatrin att göra, inte för brukarens del i alla fall.

Under RSMH:s historia har ett samarbete mellan brukarorganisationen och personal i vården utvecklats. Ett ömsesidigt givande och tagande har gjort att respekt, förståelse och acceptans har vuxit fram.

EFTER FLERA ÅRTIONDENS KAMP finns idag brukare ofta med på alla nivåer i vården och dessutom är vi väl representerade i maktens korridorer.

Brukarinflytande är något att räkna med, vardagsmakt och egenmakt är begrepp som både brukare och vårdpersonal använder och förhoppningsvis också förstår vad de innebär.

En fälla kan vara att brukarrepresentanter sitter med som gisslan, en person utan inflytande men som får gruppens sammansättning att framstå som politiskt korrekt.

RSMH:S VISION är att brukare ska vara en part som på jämställda villkor deltar i beslutsprocessen i frågor som rör psykiatriska frågor. Det ska också vara ekonomiskt möjligt att ha uppdrag som brukarrepresentant, det vill säga också en brukare ska få ersättning för resor och förlorad inkomst under medverkan i möten.

## Vi brukare måste vara med

Text Jan-Olof Forsén, förbundsordförande RSMH

FÖR SNART TVÅ ÅR SEDAN diskuterades psykiatrins kris i riksdagen. Partierna överträffade varandra med förslag om åtgärder och löften om pengar. De miljarder som utlovades har det inte blivit mycket av. Regeringen har istället beslutat att under två år dela ut lite extrapengar till kommuner och lands-  
ting för bland annat kompetensutveckling och bättre samarbete. En liknande satsning på projekt gjordes under 1990-talets psykiatrireform.

Modellen med treåriga projektmedel upplevdes som förkastlig då välfungerande verksamhet fick läggas ned efter projektens slut. Är det bristande vilja att ta itu med problemen eller saknar förtroendevalda och tjänstemän kunskap om psykiskt funktionshindrades livsvillkor idag? Eller odlas det även på Socialdepartementet negativa attityder kring gruppen psykiskt funktionshindrade, som placeras längst bak i prioriteringskön?

REGERINGENS TAFATTA AGERANDE och halvhjärtade satsning tyder på att både kunskap och långsiktigt strategiskt tänkande saknas på Socialdepartementet. Bristen på strategisk ledning yttrar sig i avsaknad av brukarmedverkan.

Regeringen tycks endast se brukarorganisationerna som passiva mottagare av samhällets bidrag och insatser. Man har osynliggjort det stora arbete som läggs ned av RSMH-medlemmar och anställda över hela landet. Kamratstöd och självhjälp är inget att satsa på tycker regeringen som menar att endast kommuner och landsting ska kunna få del av medel. Regeringens agerande är en dålig förebild för myndigheter och övriga vårdgivare. Vi är en intresseorganisation men också en kunskapsorganisation som borde finnas med som innovatör och utförare. Regeringen har försökt förpassa oss till åskådarplats men det nöjer vi oss inte med.

RSMH ÄR ALLTSÅ INTE BERÄTTIGAT att söka de pengar som regeringen har avsatt. De skall endast gå till kommuner och landsting. Men vi har ändå skickat in fem projektansökningar i samarbete med aktörer som Sveriges Kommuner och Landsting, Sibus, enskilda landsting och kommuner samt FOU-enheter.

Samtliga dessa projekt är nyskapande och kunskapsutvecklande och de vänder sig både till professionen och till brukarna. RSMH vill vara med och ta ansvar för att förbättra livssituationen för personer med psykiska funktionshinder.

Gemensamt för våra satsningar är att de har individernas egenkraft i centrum. Ett av projekten handlar om att ta fram riktlinjer för hur vård och stöd kan bli mer återhämtningsinriktad. Ett annat

närbesläktat projekt handlar om att utbilda personer med egen erfarenhet till återhämtningshandledare.

Att stöd från andra brukare hör till det som hjälper är väl känt inom återhämtningsforskningen.

Vi satsar också på ett projekt som handlar om att förbättra bemötandet av kvinnor med erfarenhet av övergrepp och våld. En undersökning genomförd av Malmö högskola på uppdrag av RSMH, visade att närmare 70 procent av kvinnor som sökt psykiatrisk hjälp har erfarenheter av övergrepp, medan personalens kunskap på området är dålig.

Inom ett annat projekt vill vi arbeta med att förstå och hantera röster, bland annat genom att starta en utbildning där vårdpersonal möter brukare som hör röster.

Åtgärder för att motverka den stigmatisering som drabbar personer med psykisk ohälsa är ämnet för ett annat projekt. Inom detta område görs idag inga insatser värda namnet ifrån samhällets sida.

PSYKIATRISAMORDNINGEN HAR TAGIT flera bra initiativ och försöker nu, trots regeringens passivitet och bristande finansiering hitta former för att brukarorganisationerna inte bara ska vara mottagare utan även medskapare i processen.

Som det ser ut skall psykiatrisamordningen som funktion avvecklas efter 2006. Det är orimligt då vården kräver en kraftsamling och kontinuitet. Satsningen bör därför förlängas och breddas.

Grundproblemet är att kunskapen om vad som

hjälper människor till ett bra liv efter psykiska kriser har svårt att ta plats i nuvarande organisationer. RSMH ser ofta att insatser inriktas på att hantera livslånga sjukdomar eller varaktiga funktionshinder istället för att stötta utveckling och återhämtning.

Många är i onödan fastlåsta i stödsystem. RSMH vill se återhämtningssinriktad vård och stöd med utgångspunkt i individernas behov snarare än i vilken vetenskaplig disciplin en organisation råkar arbeta efter.

# Den som har skon på sig vet bäst var den klämmer

Text Jan-Olof Forsén förbundsordförande RSMH

”Brukarinflytande handlar om att bli tagen på allvar, det handlar om våra liv. Men för personalen är det bara en liten del av deras jobb.”

En RSMH-medlem fångar här några viktiga aspekter på vad inflytandefrågorna handlar om. Hur ska den som inte blir tagen på allvar kunna återhämta sig? Hur ska makt och inflytande över det egna livet kunna stärkas och flyttas över till den enskilde?

Sedan 1980-talet har brukarinflytande förts fram av politikerna som en viktig del i ett demokratiskt samhälle. ”Den som har skon på sig vet bäst var den klämmer”, är ett argument som dåvarande civilminister Bo Holmberg spetsade debatten med. Sedan dess har en rad reformer genomförts som ytterligare fört fram att inflytandet är ett villkor för att vård och service ska lyckas med sina mål.

INFLYTANDE ÄR ETT VILLKOR för delaktighet. Det har RSMH hävdad sedan starten 1967. Men idag frågar vi oss vilka resultat vi ser av dessa idéer. På vilket sätt är vi, som fortfarande vet var skon klämmer med när besluten fattas. Undersökningar visar att

kommuner och landsting antingen underskattar svårigheterna eller väljer att inte ta dem på allvar. För att lyckas med att förverkliga idéerna om inflytande räcker det inte att bjuda in representanter från brukarorganisationerna till möten några gånger per år.

Brukarinflytandet måste ses som en naturlig del i den professionella verksamheten och kräver riktlinjer, resurser, utbildning och uppföljning.

Det finns idag begränsad dokumenterad kunskap i Sverige om hur man bygger upp fungerande brukarinflytande. Utvecklingen har kommit längre i andra länder. Vi kan vinna mycket på att ta till oss erfarenheterna av arbetet i Holland, England och USA och den forskning som finns tillgänglig.

En förutsättning är att myndigheterna tar sitt ansvar och tillsammans med lokala brukargrupper formulerar strategier för hur inflytandet ska utvecklas. En framgångsrik sådan måste ha högre ambitioner än den "låt gå" mentalitet som råder idag. Bara det kan råda bot på det fusk som hotar att helt urvattna begreppet brukarinflytande.

ERFARENHETER FRÅN ANDRA LÄNDER visar att brukarinflytandet kan reduceras till att vårdgivarna bara får idéer om hur de kan förbättra sin verksamhet. Med denna inställning blir obekväma synpunkter lätta att strunta i. Ett syfte med brukarinflytandet är att våra idéer ska komma till nytta och förbättra verksamheterna, men inte på bekostnad av målet om inflytande och makt över det egna livet.

Vi ställer följande krav på de ansvariga myndigheterna:

- ♦ Kommuner och landsting måste uppfylla de förpliktelser som lagar och riktlinjer ålägger dem och i samarbete med lokala brukargrupper skapa strategier för hur fungerande brukarinflytande kan byggas upp.
- ♦ Stödet till lokala brukarföreningar bör utvecklas och brukarrevisioner genomföras.
- ♦ Kommun- och landstingsförbund måste utifrån de brister som påvisas av Socialstyrelsen, RSMH och andra, aktivt arbeta med att stödja utvecklingen i kommuner och landsting.
- ♦ Regeringen måste följa upp hur lagstiftning och de beslut som riksdagen fattat om demokrati, jämlikhet och delaktighet följs när det gäller verksamheter för psykiskt funktionshindrade.

VI SER ATT dagens lagstiftning och riktlinjer inte räcker. En central satsning och tydligare lagstiftning är nödvändig för att människor ska få möjlighet att påverka det stöd de är beroende av.

En förutsättning för att brukarinflytande inte skall dikteras uppifrån är att människor kan träffas, skapa relationer och oberoende av vård- och servicegivare formulera sina behov, ta fram kunskap och arbeta för att dessa blir mötta.

Målet med vårt arbete med brukarinflytande är att få möjlighet att leva i ett samhälle utan fördomar och negativa attityder, där hänsyn tas till våra funktionshinder och behov av stöd.

## **Brukarmedverkan nödvändig för att rädda psykiatrin**

Text Jan-Olof Forsén, förbundsordförande RSMH

Under ett drygt halvårs tid har ett antal fruktansvärda våldsdåd inträffat. I media har händelserna fått stort utrymme och skildrats på ett sätt som påminner om en grekisk tragedi, med utrikesministermordet som dramatisk höjdpunkt.

I det här sorgliga skådespelet har den psykiatriska vården blivit syndabock, och nu diskuteras lösningar på krisen i vård och omsorg.

En glidning mot en allt mer välvillig inställning till tvång, framför allt i öppenvården, kan spåras hos allt fler experter och makthavare. Fler slutenvårdsplatser och möjligheter till tvång i psykiatrin är några olika förslag som har diskuterats och som verkar ha vunnit mark.

NU ÄR DET VIKTIGT FÖR RSMH, på lokal- och riksnivå, att arbeta för att påverka våra beslutsfattare. Det är av yttersta vikt att brukarnas erfarenheter och upplevelser medverkar till de eventuella lagändringar som nu blir aktuella.

RSMH är inte, som enstaka psykiatriprofessorer ibland vill göra gällande, motståndare till medicinering och vård. Många av våra medlemmar

använder och är nöjda med dagens mer effektiva mediciner. Men om möjligheter till tvångsmedicinering överhuvudtaget ska diskuteras är det absolut nödvändigt att personer som har egen erfarenhet får komma till tals. På riktigt, inte bara för syns skull sitta med som gisslan i något brukarråd.

Biverkningar och medicinernas allmänna påverkan på kroppen är ytterst individuellt. För att medicineringen ska vara effektiv och human, krävs en bärkraftig dialog mellan förskrivare och mottagare. Annars kommer behandlingen aldrig att få önskat resultat, utan ge psykiska och/eller fysiska symptom som till exempel zombiefiering, ångest, vanföreställningar, rastlöshet, stelhet, minskad sexuallust, viktuppgång och muntorrhet.

I REVANSCH FINNS i flera nummer personliga berättelser om vilka problem felaktig medicinering kan leda till. I det här numret pratar nobelpristagaren och forskaren Arvid Carlsson om sitt sökande efter en medicin som kan minimera biverkningarna. Han vet vilka svåra sviter många lider under på grund av dagens mediciner. En annan viktig aspekt i frågan om tvångsmedicinering är dosering.

I dag är det fortfarande så att det till många människor förskrivs alltför höga doser. I forskningen utgår man fortfarande från en manlig, genomsnittlig norm, vilket i slutändan betyder att många kvinnor, och även många män, får fel dos.

Tvång inom den psykiatriska vården finns till med ett enda syfte – nämligen att förhindra att människor gör sig själva eller andra illa. Inget annat!

ATT ÖVERVÄGA ett införande av tvångsmedicinering i öppenvård kommer att leda till en förtroendekris mellan brukare och vårdgivare.

När psykiatrisamordnare Anders Milton nu påbörjar uppdraget att förbättra samarbetet mellan kommun och landsting och att se över gällande lagstiftning, är det viktigt att arbetet sker med ett brukarperspektiv och ett genusperspektiv.

Det är absolut nödvändigt för att återupprätta människors förtroende för psykiatrisk vård och omsorg.

# Vad tycker RSMH om återhämtning?

## *Från omöjlighet till möjlighet*

PERSPEKTIVET HAR VRIDITS och inställningen till återhämtning har förändrats avsevärt. Kanske också för många brukare, men framför allt för professionen.

Att det är möjligt att återhämta sig från psykisk ohälsa av olika slag är inte längre ett konstigt påstående utan ganska naturligt.

Psykologen Alain Topor, verksam inom Psykiatrien Södra i Stockholm, är en av förgrundsfigurerna inom återhämtning i Sverige. Han har skrivit flera böcker om ämnet och samverkat med RSMH i Återhämtningsprojektet.

ÅTERHÄMTNINGSPROJEKTET har genomfört intervjuer med människor som tidigare haft svåra psykiska besvär men som idag mår bra. Intervjuerna visar att det kan vara olika saker som hjälper, liksom det kan vara olika människor som kan vara till hjälp. Det de har gemensamt är att de kan lyssna på andra och vara medkännande.

Sysselsättning är annan central fråga för en person som vill återhämta sig.

VISION: Att kunskap sprids i världen om att det är möjligt för människor med svåra psykiska besvär att återhämta sig.

Det bör vara möjligt för de som har återhämtat sig att hitta arbete/sysselsättning där de kan arbeta utifrån sin förmåga.

## Valfrihetens omöjliga val

Text Jan-Olof Forsén, förbundsordförande RSMH

En grundläggande förutsättning för att kunna välja är att det finns något att välja emellan. Hur ser det då ut för RSMH:s medlemmar? Finns det alternativ när man skall välja doktor, vård och behandling, sysselsättning, boende, med mera? Knappast. Man får snarare vara glad om man överhuvudtaget kan få något av detta.

Att valmöjligheterna till de olika vårdformerna skall ske utifrån individens egna önskemål och behov är något som garanterats i mängder av vårdgarantier och andra fina löften för att spä på känslan av en väl fungerande vård. Det är möjligt att valfrihet finns i den somatiska vården i viss omfattning i den somatiska vården men inom psykiatri och socialpsykiatri är det ännu långt till valfrihet och varierade vårdformer och anpassade insatser.

NÄR DET GÄLLER PSYKISK OHÄLSA är det faktiskt så att ohälsan känner den drabbade själv bäst till, eller snarare av. Men inte är det direkt någon rusning av professionella behandlare och andra som frågar den som drabbats av psykisk ohälsa om vad som hjälper henne eller honom bäst.

Att vårdgivarna och andra behandlare kan välja att ge den drabbade insatser på dennes villkor är inte så svårt att förstå, men att det sker i verkligheten är så sällsynt att man blir alldeles förstummad när man hör talas om det. Under hösten har RSMH arrangerat ett flertal konferenser där bland annat människor med egna erfarenheter av psykisk ohälsa och vad som hjälpt just dem att ta sig ur ohälsan behandlats. Vad har då detta att göra med valfrihet?

Jo, om vi fortsättningsvis skall kunna hävda vår rätt till självbestämmande och driva vår grundade uppfattning om att det är faktiskt vi som vet vad vi behöver måste vi bli tydligare med vad vi vill och kan. Inte bara inom RSMH utan kanske framförallt i förhållande till alla de instanser som vi är beroende av. Allt från regeringen till landsting, kommuner med flera. I annat fall riskerar RSMH:s kunskaper och erfarenheter om hur illa systemet fungerar allt mer låta som en gammal skiva som hakat upp sig.

VI INOM RSMH måste bli tydligare med att föra fram det faktum att just vi vet vad som behövs för oss. Vi känner våra behov. Ett tydligt exempel är regeringens tal om satsningar på psykiatrin i snart ett år, vilket ännu inte hjälpt någon, än mindre lett till några förändringar.

I september fick vi en ny vård och äldreomsorgsminister - Ylva Johansson. Vi hoppas att hon ser att det finns andra medel än tvångsmedicinering och slutenvård för en psykiatri i kris.

RSMH hjälper gärna till, vi vet vad som hjälper och även vad som stjälper. Utan respekt, en ökad och förbättrad dialog mellan läkare och patienter och inte minst mer valfrihet, kommer psykiatrin ingen vart,

Detta är något som ledande politiker och psykiatrisamordnare måste betänka innan de lägger förslag och beslutar rörande psykiatrin.

# Vad tycker RSMH om media?

*It's a thin line between love and hate*

RSMH älskar media, eftersom det är ett väldigt effektivt sätt att synas och nå ut med idéer till alla de som faktiskt mår psykiskt dåligt. Men vissa rubriker och löpsedlar får RSMH-medlemmen i bästa fall att koka av ilska, men i många fall tyvärr att må riktigt dåligt.

I samma nummer av en dagstidning där någon journalist inkännande och levande beskrivit hur vardagen ser ut för en person med diagnosen schizofreni, går det att hitta rubriker som pekar ut psykiskt sjuka som farliga.

RSMH BÖRJADE ARBETA STRUKTURERAT med mediefrågor 2004, då ett medieprojekt startade. Tankar och idéer om hur projektet kunde se ut och drivas fanns sedan några år tillbaka. Den tidigare redaktören för Revansch, Tommy Engman, hade besökt England, där brukarorganisationen drev ett ambitiöst mediearbete som innefattade opinionsbildning och medieträning för medlemmar.

I samband med de tragiska våldsdåden under 2003 skrevs det mer än någonsin om psykiskt sjuka - mycket var bra, men mycket var också väldigt

onyanserat och olyckligt framställt. Det var då RSMH ansökte om ett medieprojekt som sedan startade 2004. Läs mer om projektet på sidan 147.

VISION: Den utbildning som RSMH erbjuder sina medlemmar ska göra att du som medlem ska kunna och våga gå ut i media och representera förbundet. Genom att förstå medias mekanismer ska du själv välja vad du vill gå ut med, och vad du vill behålla för dig själv.

# Jag anklagar...

## ett brev till svenska journalister

Text Jan-Olof Forsén, förbundsordförande RSMH, Tommy Engman, projektledare

Den uppmärksamhet som media gav våldsdåden under 2003 (Åkeshov, Gamla stan, Anna Lindh-mordet, Sabina) bidrog till att mer statliga pengar sköts till psykiatrin, och diskussionen om den psykiatriska vården tog fart – vilken gång i ordningen kan man undra.

Samtidigt måste man fråga sig hur det kommer sig att det nu finns förslag på :

- ♦ ett register över alla som tvångsvårdas inom psykiatrin
- ♦ att journalinformation ska kunna finnas hos alla behandlande instanser i sjukvården
- ♦ att läkare ska rapportera till polisen om personer med psykisk ohälsa har vapen
- ♦ att Säpo ska kunna avlyssna läkarbesök
- ♦ att Värmlands läns landsting centraliserar sin psykiatriska vård på bekostnad av öppenvården.

Det är förslag som RSMH bestämt protesterar emot och menar att de inte på något sätt förbättrar situationen för människor med psykisk ohälsa.

Att skriva om våld har numera blivit ett måste. För inte så länge sedan hade *Vårdguiden*, Stockholms läns landstings egen tidning, således ett temanummer om våld. I en annars ganska nyanserad artikelserie säger dock en utredare att han "tror" att psykiatrireformen bidragit till det ökade våldet. Det får stå oemotsagt. Så sprids osanningar vidare.

ATT MEDIERAPPORTERINGEN kring våldsdåd blivit så vanligt kan delvis bero på att våldet i samhället ökat. Men det finns en mer krass förklaring. Våld säljer. Lyckas media med sina löpsedlar skrämman människor så blir det klirr i kassan.

Att polarisera grupper mot varandra skapar både rädsla och trygghet. "Dom" psykiskt sjuka är mördare, och de hotar "oss", vi som köper tidningen.

Ett sätt att motverka polarisering är att gå förbi experterna och göra mer vardagsnära skildringar, där människor själva får komma till tals.

Så vill egentligen journalisterna arbeta, har den norske forskaren Lisbeth Morlandstoe visat i sin avhandling om utvecklingsstörda och psykisk hälsa i media. Men när journalisterna sedan rapporterar blir de ändå experterna som intervjuas, med vinklingar som spär på fördomar och rädsla. Det finns ett glapp mellan ideal och realitet, menar Morlandstoe.

När media rapporterade om våldsdåd under 2003 räckte det oftast som förklaring att den person som

begått brottet var psykiskt sjuk. Att sätta in gärningarna i ett vidare sammanhang, att problematisera eller undersöka om det fanns andra omständigheter, tycktes inte vara nödvändigt.

En annan orsak till det "oförklarliga" och "irrationella" våldet, som kunde drabba "vem som helst", var enligt media psykiatrireformen. När psykiskt sjuka personer inte vårdas bakom institutionernas murar blir det farligt för gemene man.

På det sättet rapporterade media under 2003, enligt en undersökning som Örebro universitet gjort på uppdrag av rsmh:s medieprojekt. Det fanns motbilder och mer problematiserande rapportering, men i betydligt mindre omfattning och inte på framträdande plats i tidningarna.

DET MEDIA, i första hand nyhetsmedia, stödde sig på var för det mesta intervjuer med experter som menade att det finns ett starkt samband mellan psykisk sjukdom och våld.

Många forskare är överens om det, men i första hand förklaras det av att dessa psykiskt sjuka personer som begår våldsdåd, också är missbrukare.

Man menar att det marginellt förhöjda våldet bland psykiskt sjuka i jämförelse med hela befolkningen inte behöver motivera åtgärder som drabbar hela gruppen. Inte heller finns det någon forskning som säger att våldet i samhälle ökat på grund av psykiatrireformen.

Ändå fortsätter media att sprida felaktig information och nedsättande omdömen om psykiskt sjuka som leder till att människor undviker att söka hjälp när de mår psykiskt dåligt. Andra söker hjälp för att de tror de kan bli våldsamma eftersom media rapporterar om det.

FÖRST VAR DET NYHETSMEDIER och nu kommer andra tidningar och magasin efter, var och en med egen vinkling, men där våldets förklaring är psykisk sjukdom och psykiatrireformens misslyckande.

Om utvecklingen går mot en mer repressiv och kontrollerande psykiatrisk vård måste media och enskilda journalister fråga sig i vilken mån de medverkat till den utvecklingen.

# Om RSMH:s medieprojekt

Medieprojektet startade 2004, med syftet att motverka diskriminerande medierapportering om människor med psykisk ohälsa.

Fram till 2006 har projektet:

- ♦ initierat en studie, utförd av Örebro universitet, om media i samband med våldsdåden i Åkeshov och Gamla stan, samt mordet på Anna Lindh.
- ♦ Producerat en film om psykisk ohälsa: *Redaktion Solkatten - Petris berättelse*.
- ♦ Samarbetat med och utbildat Radio Galen som drivs av RSMH Lund, Kanalen går nu att lyssna på via medieprojektets blogg som finns på [www.rsmh.se](http://www.rsmh.se)
- ♦ På bloggen förs diskussioner och publiceras inlägg om media och psykisk ohälsa.
- ♦ Genomfört medieutbildningar för RSMH-medlemmar.
- ♦ Ett rikstäckande nätverk av RSMH-medlemmar med kompetens och beredskap att möta journalister och nå ut med information till media, har bildats,
- ♦ En handbok inför möten med media har producerats.

## Om RSMH...

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, bildades 1967 och är en ideell organisation för personer med psykiska funktionshinder och deras närstående samt andra som vill arbeta för att människor som mår psykiskt dåligt:

- ♦ ska bemötas med förståelse och respekt
- ♦ ska få professionell hjälp i ett tidigt skede och under tillräckligt lång tid
- ♦ ska betraktas som experter på sin egen upplevelse och ges inflytande över den egna behandlingen
- ♦ ska erbjudas ett brett utbud av olika former av åtgärder, stöd och psykoterapi eventuellt i kombination med medicinering

I medlemskapet ingår:

- ♦ information och möjlighet att delta i RSMH:s arrangemang och aktiviteter.
- ♦ tidningen *Revansch*, sex nummer per år
- ♦ medlemsrabatt på RSMH:s böcker
- ♦ inbjudan till kurser och konferenser

För mer information och medlemskap, kontakta RSMH, Instrumentvägen 10, 126 53 Hägersten  
tel: 08 772 33 60 fax: 08 772 33 61 [www.rsmh.se](http://www.rsmh.se)

# Böcker

**Mediesmart** – en handbok.

En handbok för dig som vill nå ut i media. RSMH:s medieprojekt, 2005.

**Nätverkskontrakt ett verktyg för återhämtning**

Ett strukturerat samarbete mellan patient-närstående-psykiatri, *Laila Gentzel*, tillsammans med Återhämtningsprojektet och Föreningen Balans, 2006.

**Återhämtning** – ett okänt begrepp, *Ron Coleman* 2004, Återhämtningsprojektet.

**Vad hjälper?** – vägar till återhämtning från svåra psykiska problem, *Alain Topor*, Natur och Kultur, 2004.

**Ta tillbaka makten över ditt liv** – en väg till återhämtning efter kriser och psykisk sjukdom, *Elisabet Alphonse*, 2004/2005, Återhämtningsprojektet.

**Psykiskt funktionshinderades rättigheter,**

*Anders Printz*, Norstedts juridik, 2004.

Fler böcker hittar du på [www.rsmh.se](http://www.rsmh.se)

**Böcker och övrigt material kan beställas från:**

RSMH, Instrumentvägen 10, 126 53 Hägersten

[www.rsmh.se](http://www.rsmh.se)

tfn: 08-772 33 60, fax: 08-772 33 61,

e-post: [rsmh@rsmh.se](mailto:rsmh@rsmh.se)