

2007-05-14

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

**Remissyttrande över den nationella psykiatrisamordnarens betänkanden
Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets
insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU
2006:100) samt Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU
2006:91)**

Inledning

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har genom remiss från Socialdepartementet 2006-12-18, dnr S2006/8406/HS och S2006/9394/HS, inbjudits att lämna synpunkter på den nationella psykiatrisamordnarens båda betänkanden. RSMH får med anledning härav anföra följande.

RSMH organiserar människor med egen erfarenhet av psykisk och social ohälsa. Bland våra medlemmar finns också närstående och andra som har ett intresse för RSMH:s arbete. RSMH har nu i 40 år företrätt sina 10.000 medlemmars intresse.

RSMH har alltsedan den nationella psykiatrisamordnaren tillsattes och fick sina direktiv i oktober 2003 haft möjlighet att på nära håll följa psykiatrisamordnarens kommittéarbete. Bland annat har vi kunnat medverka i ett nätverk av brukar- och anhörigorganisationer med vilket psykiatrisamordnaren och hans kommitté haft en föredömlig dialog. Vi har där också haft möjlighet att uttrycka vår viljeinriktning för vad vi önskar oss av arbetet inom det psykiska hälsoområdet i framtiden – bl a i en skrift med benämningen ”Så vill vi ha det”. Psykiatrisamordnaren och hans kommitté har också vid ett antal tillfällen haft direkta samtal med företrädare för RSMH. Vi vill här inledningsvis i vårt yttrande ge en eloge för psykiatrisamordnarens utmärkta sätt att bedriva underlags- och utredningsarbetet.

Ett av de två nu remitterade betänkandena, Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare, SOU 2006:91, handlar ur vår synvinkel sett i allt väsentligt om regler och organisation m m för den rättspsykiatriska vården. Detta betänkande behandlar, dock ganska kortfattat, också frågan om sköpen vård med särskilda villkor. Vi har tidigare från RSMH:s sida haft möjligheter att vid en remiss från den tidigare regeringen 2006-03-30, dnr 88/6, ge våra synpunkter på det tänkta systemet med öppen vård med särskilda villkor. Vi erinrar om våra synpunkter i den frågan genom att till detta remissvar bifoga vårt tidigare remissvar som bilaga 1.

SOU 2006:91 handlar också till viss del om organisationen av rättsmedicinska undersökningar och den rättsmedicinska vården och ansvarsfördelningen mellan i första hand

staten och landstingen – även om också kommunerna berörs. Vi vill erinra om att RSMH 2006-08-25 yttrade sig över en remiss 2006-07-10, dnr Ju 2006/5624/PO, angående betänkandet Forensiska institutet - Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri, SOU 2006:63. Vi anser att de synpunkter vi framförde – bl a om behovet av ett statligt kostnadsansvar för helheten av rättspsykiatrin, och behovet av en beställarmyndighet - är giltiga även som synpunkter på psykiatrisamordnarens förslag och mycket väl kan appliceras på den myndighetsstruktur för ledningen av rättspsykiatrin som psykiatrisamordnaren diskuterar. Vi bifogar detta remissvar som bilaga 2.

Utöver de synpunkter som vi tidigare givit till regeringen angående rättspsykiatrin har vi vissa kommentar senare i remissyttrandet på delar av SOU 2006:91. Vi ger dock först våra synpunkter på huvudbetänkandet, SOU 2006:100.

Allmänt om psykiatrisamordnarens förslag

Vi uppfattar från RSMH:s sida huvudinriktningen i psykiatrisamordnarens förslag så att man med anslagsförstärkningar på c:a 800 miljoner kronor per år från statens sida skall försöka stimulera kommuner och landsting att satsa ungefär motsvarande mängd medel – och att satsningarna skall stadfästas i en överenskommelse eller ett avtal mellan berörd kommun och landstinget om hur man bäst skall bygga upp och driva en bra psykiatri i kommunen och landstinget. För att avtalet skall ge statliga bidrag ur anslagspotten på de 800 miljoner kronorna skall brukarorganisationerna, således bl a RSMH, engageras i arbetet och ge samråd på avtalets utformning och innehåll. Utöver detta skall bidragen villkoras med att kommuner och landsting medverkar i bl a kvalitetsregister.

Vi har tolkat psykiatrisamordnarens förslag som att han också vill göra ett politikområde av den psykiska hälsan i samhället – ett politikområde som skulle formuleras ända från regeringsnivån och ut i organisationen, oavsett om den har kommunal eller landstingskommunal tillhörighet. Ett sådant politikområde skulle bidra till samordningen och till att entydiga signaler går ut i hela samhället. Tankarna i detta stämmer väl överens med de tankar som RSMH framförde i brev till både den tidigare och den tillträdande nye statsministern under hösten 2006.

Av naturliga skäl lägger psykiatrisamordnaren sina förslag först från 2009 och uppemot sju år framåt, i varje fall till år 2015. Såvitt vi förstår har han då räknat in en kalkylerad tid för remiss- och beslutsprocessen och finner att man av sådana planeringspraktiska skäl inte kan börja arbetet med just de här förslagen innan 2009. RSMH vill emellertid se psykiatrisamordnarens satsningar som en förlängning av de satsningar som redan innevarande år kan påbörjas med de pengar regeringen ospecificerat lagt in i statsbudgeten till förstärkning av psykiatrin. Det vore slöseri att inte samordna den pågående resursförstärkningen med ambitionerna i den kommande.

Vi vill från RSMH:s sida framföra några principiella synpunkter utifrån den uppfattning om huvuddragen i psykiatrisamordnarens förslag som vi redovisar ovan.

Först kan vi konstatera att vi helt stödjer förslagen till resursförstärkningar enligt den generella modell som psykiatrisamordnaren tänker sig, d v s statliga bidrag som skall kompletteras med minst lika stora kommunala och landstingskommunala satsningar, avtalsfästas och med en samrådsskyldighet i förhållande till bl a RSMH. Ett sådant system ger möjlighet att variera bidragen och satsningarna i de olika kommunerna och landstingen på ett

sådant sätt att hänsyn kan tas till det faktiska läget i varje område för sig. Vi önskar från RSMH att systemet ges en utformning så att högre ambitioner och egeninsats från en kommun eller ett landsting berättigar till högre statligt bidrag. Det innebär att vi inte önskar ett system där pengar proportioneras ut till de berörda med hjälp av mera eller mindre kvalificerade fördelningsnycklar.

Särskilt viktigt torde det vara att brukarorganisationerna den här gången ges en kvalificerad roll i överläggningarna om psykiatrins framtida utformning i kommuner och landsting. Detta kan man få med det förslag som psykiatrisamordnaren lägger fram – och under förutsättning av att kommuner och landsting i sitt planeringsarbete tar med brukarorganisationerna i planeringsarbetet på ett tidigt stadium. Detta kan t ex ske genom att använda existerande samverkans- och brukarråd eller motsvarande för en dialog – en dialog som måste starta redan med en problemformulering och sedan så småningom leda till lösningar i ett samrådsförfarande.

Självfallet måste brukarorganisationerna samarbeta för att resurserna skall räcka till att medverka i planeringsarbetet. Även om RSMH, som den största och mest yttäckande brukarorganisationen inom området psykisk hälsa, är representerat i flertalet områden där planering av psykiatrins utveckling måste göras, blir detta en stor kraftansträngning för oss. Vi har under senare tid också fått uppleva att kommunala bidrag till våra lokala föreningar och landstingsbidrag till våra distriktsföreningar minskats eller dragits in, något som gör att våra utgångsförutsättningar för att kunna delta i det nödvändiga planeringsarbete som kommer att krävas är starkt försämrade bara i förhållande till för några år sedan.

Psykiatrisamordnaren har ju starkt betonat brukarorganisationernas viktiga roll i utvecklingen av psykiatrin. Det vore därför rimligt att, om statsmakterna nu ställer ökande krav på dessas medverkan i de lokala och regionala planeringsprocesserna, man kan skjuta till någon form av bidrag för detta – och också anmoda kommuner och landsting att bidra. Ett första sådant bidrag på 3 miljoner kronor har beslutats av regeringen 2007-03-15 gällande nätverket Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, och för förvaltning av medlen genom Riksförbundet Attention. Det är av stor vikt att dessa medel används också till den av psykiatrisamordnaren föreslagna planeringsprocessen. Regeringen bör enligt vår mening på lämpligt sätt anmoda kommuner och landsting att stödja de berörda brukarorganisationerna som man normalt samverkar eller bör samverka med.

När det gäller frågan om ett politikområde för den psykiska hälsan stöder vi från RSMH:s sida självfallet helt och hållet den tanken. Allt som kan förbättra styrningen av åtgärder inom området är viktigt för att vi skall få en rättvis, jämn och hög nivå i landet när det gäller resurser och åtgärder för psykisk hälsa och resurser och åtgärder mot psykisk ohälsa. Vi har alltför länge tvingats acceptera en ordning där beslut fattas utan tillräcklig samsyn och samordning mellan statliga departement och myndigheter och mellan kommuner och landsting. Inbördes otillbörlig konkurrens och önskan att spara egna pengar på andra myndigheters (motsv) bekostnad har alltför ofta tillåtit styra utvecklingen. I detta spel har kommunerna ofta tvingats dra nitlotten. Mycket av det som är dagens problem i psykiatrin hänger samman med att kommunerna inte orkat med eller velat ta sin viktiga roll för människor med psykisk ohälsa.

Enligt vår mening måste man inom ett sammanhållet politikområde göra upp med om psykiatrin i första hand sysslar med ett samhällsskydd – något som i hög grad styrt ambitionerna inom justitiedepartementet, Rikspolisstyrelsen, Säpo och Kriminalvårdsverket

samt domstolsväsendet och häpnadsväckande nog även i hög grad Socialstyrelsen – eller om det handlar om att förebygga psykisk ohälsa i samhället och hos de enskilda individerna och att se till att människor som drabbats av psykisk ohälsa snabbt får den vård och det stöd som samhället kan ge. Såvitt vi från RSMH:s sida kan bedöma har vi i Sverige inte ens kunnat leva upp till EU:s ambitioner, i t ex den sk gröna boken, när det gäller att hålla ihop politiken och skapa en gemensam målsättning för landet.

Förhållandevis ofta handlar politiken inte om den enskilda sjuka människans väl och ve, utan om hur samhället skall kunna kontrollera denna människa via register och regler och hur man skall kunna skydda allmänheten, och särskilt personal vid vård- och omsorgsenheter, från våld och övergrepp. Vi har från RSMH de senaste åren kunnat se en allt större slagsida åt samhällsskydds- och personalskyddsaspekten i vår samverkan med myndigheter och andra offentliga organisationer; detta för att i en i många avseenden missriktad ambition skydda samhället från individer som, enligt forskningen, har obetydligt större våldsfrekvens inom gruppen än sk friska människor. Det nuvarande läget är ohållbart i längden. Därför stöder vi tillkomsten av ett politikområde inom vilket målen för den psykiska hälsan i samhället kan diskuteras och prioriteringar göras – varefter inriktningen och eventuella uppdrag kan spridas till landsting och kommuner - och inte minst till en del statliga myndigheter som har verksamhet som griper direkt in i den enskilda människans liv, framför allt försäkringskassan och arbetsmarknadsverket.

Vi vill redan här också ta upp något om genomförandet av psykiatrisamordnarens förslag. Han föreslår, som vi konstaterat ovan, att åtgärder kan sättas in från 2009. Han är då uppenbarligen påverkad av det han ser som de formella möjligheterna - om beslutsprocesserna skall tillåtas ta sin rimliga tid. Enligt vår uppfattning brådskar det med åtgärder, något som ju regeringskoalitionen också konstaterat eftersom man tänkte sig ett program för att stärka psykiatrin redan under valarbetet inför valet hösten 2006. Åtgärder borde i vissa avseenden egentligen ha varit vidtagna för lång tid sedan för att kunna få effekt inom de närmaste åren. Som ett exempel på detta kan man nämna att om man vill stärka tillgången till psykoterapibehandling, vilket är en av de allra viktigaste åtgärderna att genomföra framöver, så måste planeringen av detta påbörjas minst fem och sannolikt upp till nio år innan man börjar se effekterna eftersom man som en viktig åtgärd måste öka utbildningen av bl a psykologer. Det är denna typ av långsiktiga investeringar som ofta behövs – och som måste planeras i god tid. RSMH vill därför starkt rekommendera att man ser över möjligheterna att snarast genomföra viktiga åtgärder – utan att avvakta tidsperioden 2009 – 2015 och att använda de av regeringen redan avsatta pengarna som en start på detta.

Innan vi kommenterar de olika kapitlen i betänkandet vill vi ta upp en övergripande brist i utredningen. Ett återhämtningsperspektiv saknas i stort sett i betänkandet. Denna brist gäller även övriga centrala myndigheters hantering av psykiatrifrågor samt innehållet i nationella policy- och styrdokument.

Återhämtningsperspektivet har fått en alltmer framträdande plats i olika internationella organisationers och länders centrala styrdokument för psykiatrisk vård och socialt arbete. Vi tar i bilaga 3 upp några internationella exempel på hur länder som varit framgångsrika i sitt utvecklingsarbete har satt upp återhämtning som ett övergripande nationellt mål för psykiatrin. Att arbeta återhämtningsinriktat har alltså använts som en framgångsrik strategi och har blivit en drivkraft i flera länders reformarbete inom psykiatri och socialt stöd.

I Sverige har detta perspektiv än så länge inte anammats. Vissa forskningsansatser m m har dock genomförts. Forskningen vid Institutionen för Socialt Arbete vid Stockholms Universitet och Psykiatri Södras FoU-enhet inom Stockholms läns landsting i samarbete med RSMH:s Återhämtningsprojekt har varit inspirerande inom, men även utanför, Sveriges gränser. Ett projekt om Återhämtningsinriktat arbetssätt drivs, finansierat med de medel som fördelats av psykiatrisamordnaren, av RSMH i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting och några andra organisationer.

Insatserna därutöver är få - och förankringen av begreppet och arbetssättet i såväl statliga som andra dokument inom i psykiatris och socialtjänstens är än så länge dålig. I Nationell Psykiatrisamordnings slutbetänkande Ambition och ansvar används begreppet endast ett tiotal gånger. Det har ingen framträdande position och definieras aldrig innan det används.

Ofta likställs återhämtning med rehabilitering. På senare tid har ett nygammalt begrepp åter introducerats från medicinskt håll, nämligen "remission". Det verkar vara ett försök att bevara föreställningen om att allvarliga psykiska problem är kroniska, livslånga. Individen blir aldrig fri från sina problem - men kan tidvis må bättre. Detta anses då bero på "sjukdomens" eget förlopp och läkemedels inverkan. Att likställa återhämtning med rehabilitering och remission är att missa både individens egen roll i processen och den vetenskapligt påvisade möjligheten till bättring och total återhämtning.

Hur kommer det sig att intresset för ett återhämtningsperspektiv har varit så begränsat bland myndigheter i Sverige? Det är en diskussion som kräver ett stort utrymme. Kanske är en bidragande orsak att utvecklingen av det socialpsykiatriska kunskapsområdet går mycket långsamt i Sverige. Mycket lite forskning har en social inriktning och socialtjänstens metod- och kunskapsutveckling om stöd till människor med psykisk funktionsnedsättning har inte tagit fart sedan man tog över huvudansvaret för gruppen. Kanske har också kommunernas arbete med andra människor med funktionsnedsättning inom omsorgen präglats inriktningen på stödet. Stödets utformning är ibland mer inriktat på att personerna ska hantera sina funktionsnedsättningar än att stötta deras återhämtningsprocess.

Ett återhämtningsperspektiv är en praktisk väg som kräver flexibla organisationer. Det tar inte sin utgångspunkt i ideologi utan i individernas behov och önskemål och vad deras erfarenheter visat vara hjälpsamt för dem. Denna erfarenhetsbaserade kunskap kan ha svårt att ta plats i nuvarande organisationer. Utgångspunkten är människors liv och vardag och uppdraget är att stötta människor att utvecklas så att de blir framgångsrika och nöjda i de sammanhang de önskar vara.

Kunskaper om återhämtningsbefrämjande faktorer kan få konsekvenser både inom och utanför den psykiatriska och sociala praktiken. Sådana är t ex

- nya kunskaper om psykiska problems beskaffenhet och patientens/brukarens identitet,
- förmedling av hopp och optimism till patienterna/brukarna, deras anhöriga och övriga sociala nätverk samt ett erkännande av deras insatser betydelse för återhämtningsprocessen,
- hopp och erkännande till personal samt ett erkännande av deras konkreta bidrag till arbetssätt för professionella,
- brukarnas centrala roll i sin egen återhämtning,

- sociala förhållandens viktiga roll för återhämtningsprocessen,
- utvärderings/kvalitetsutvecklingsinstrument.

Vi vill till detta ge följande kommentarer.

När det gäller att skapa hopp och optimism är det viktigt att möta en patient utifrån en kunskap om att patientens aktuella svårigheter kan vara övergående istället för ett kroniskt tillstånd. Detta påverkar såväl mötet som dess budskap.

Forskningen visar att hur man lyckas förmedla hopp och kunskap om de möjligheter som patienten står inför inverkar på utfallet av behandlingsinsatserna. Hopp och optimism, grundad på forskningsresultat, bör också kunna förmedlas till patientens sociala nätverk och utgör en bas för förbättrat samarbete.

Återhämtningsforskningen visar på den betydelsefulla rollen som den behandlande personalen kan ha för återhämtningsprocessen. Detta utgör i sin tur ett erkännande av personalens insatser. Det som ofta framkommer av forskningen är att specifika behandlingsmetoder spelar en begränsad roll för återhämtningsprocessen. Deras betydelse kan handla om att erbjuda den professionella en ram för förståelse av sitt eget handlande, men för brukaren verkar den emotionella aspekten i relation till den professionella spela en betydande roll. Viktiga aspekter i det förhållningssätt som kännetecknas som hjälpande av personer som återhämtat sig är

- att bryta med en ensidig tillämpning av den distanserade professionalitet som ofta förekommer som modell inom den psykiatriska litteraturen; att vara med i sociala situationer tillsammans med patienten utanför institutionaliserade sammanhang,
- att etablera ett samarbete med patienten som aktör i sitt eget liv kring frågor som medicin/medicinering och övriga insatser; att upprätta handlingsplaner som inte enbart är förteckningar över det som de professionella anser vara lämpligt för brukaren,
- att inte reducera patienten till sina svårigheter och problem (men inte heller förneka dessa) utan att också upptäcka patientens resurser och erkänna hans/hennes ansträngningar att hantera sina problem och därmed hjälpa honom/henne att se och vidareutveckla dem och
- att se patienten i sitt livshistoriska sammanhang, aktivt intressera sig för detta sammanhang och därmed hjälpa patienten att se sig själv och sina problem i ett större psykosocialt och individuellt historiskt sammanhang.

Vi har pekat på att utvecklingen i flera länder går mot att omsätta återhämtningsforskningens resultat i både administrativa policies och i den vardagliga praktiken. I framför allt de anglosaxiska länderna utvecklas "återhämtningsinriktad vård och stöd" (recovery-oriented practice). Det är viktigt att poängtera att vården aldrig kan återhämta någon. Det är den enskildes process och där många faktorer är bidragande. Men forskningen visar att samhällets insatser kan spela en viktig roll i en sådan process.

Alltmera av forskning och utvecklingsarbete inriktas på att anpassa insatserna som erbjuds så att de bättre stödjer återhämtning. I Sverige har utveckling, som vi bedömer det, precis börjat ta fart. Många frågor återstår. Ska målet med vård och stöd vara att möjliggöra människors återhämtning? Varför är återhämtningsbegreppet så sällan använt i officiella dokument i Sverige? Vad kan ett återhämtningsinriktat arbetssätt inom socialtjänsten och psykiatrin innebära?

Nationell psykiatrisamordning har initierat tillkomsten av CEPI som under fem år ska utveckla kunskaper kring evidensbaserade psykosociala insatser. Det är ett bra initiativ. Men, som vi pekar på ovan, ett lika viktigt, och i Sverige ännu mer förbiset forsknings- och utvecklingsområde, är återhämtning.

Vi behandlar nedan under ett antal rubriker enskildheter i psykiatrisamordnarens förslag med avseende på

- nuläget,
- vision och mål för psykisk hälsa,
- vård, stöd och service,
- boende och fritid,
- arbete och sysselsättning/rehabilitering och återhämtning,
- delaktighet och tillgänglighet,
- barn och ungdomar,
- tvångsvård,
- rättspsykiatrisk vård och kriminalvård,
- personalförsörjning,
- forskning och utveckling,
- statlig styrning,
- ansvarsfördelning och huvudmannaskap,
- brukarinflytande och
- personuppgifter, journaler och register.

Nuläget

Psykiatrisamordnaren gör i huvudbetänkandets kapitel 2, Bakgrund, en exposé över nuläget, historiken och utvecklingen under modern tid av villkoren för människor med psykisk ohälsa.

Han behandlar därvid avinstitutionaliseringen genom avvecklingen av mentalsjukhusen från 1960-talet och framåt och utvecklingen av sektorspsykiatris mera varierade och öppna vårdformer. Han sätter in denna utveckling i perspektivet med problemen att definiera de ökade kraven på kommunerna i förspellet till psykiatrireformen, tankarna i densamma samt dess genomförande med början 1995. I anslutning till detta gör psykiatrisamordnaren en kortfattad problemanalys över vad som blev psykiatrireformens resultat.

Vidare redovisar psykiatrisamordnaren hur levnadsförhållandena, bl a statistiskt, ser ut för människor med psykisk ohälsa i landet. Han redovisar bl a hälsoläge och förekomsten av sjukdom samt ekonomiska förhållanden, arbete och försörjningsläge, boendeförhållanden och sociala mönster för människor med psykisk ohälsa. Han går också igenom våld och kriminalitet hos psykiskt sjuka.

Psykiatrisamordnaren går i bakgrundsavsnittet också igenom nuvarande ansvarsfördelning och reglering, bl a socialtjänstlagens bestämmelser, LSS, reglering inom hälso- och sjukvården, missbruksvården samt försörjning m m. Vidare behandlar han den psykiatriska vårdens och socialtjänstens omfattning, innehåll och kostnader samt samverkansbrister. Brukarnas synpunkter på hur man vill ha det i kommuner och landsting behandlas också.

RSMH är positivt till psykiatrisamordnarens sätt att beskriva nuläget och dess utveckling samt i huvudsak den problemanalys som görs. Vi instämmer i merparten av det som framförs i beskrivningarna eftersom detta är sedan länge väl kända problem för oss.

RSMH, som fyller 40 år under innevarande år, har varit med och drivit på utvecklingen - utflyttningen från mentalsjukhusen och de stora institutionerna till en mera mänsklig sektorspsykiatri i närheten av människorna och med öppnare vårdformer och med små slutenvårds- eller behandlingshemsenheter, och den samtidiga utvecklingen av det kommunala ökade ansvarstagandet för vardagen för människor med psykisk ohälsa. Vi ser naturligtvis med tillfredsställelse på denna utveckling – en utveckling som aldrig får tillåtas drivas åt motsatt håll igen. Återinstitutionalisering måste undvikas till varje pris.

De senaste åren har krav rests från olika håll i samhället som kan tyda på att man vill återinföra slutenvård i mera sjukhusliknande former. Motivet tycks ofta ha varit samma skäl som ligger till grund för att tillkalla en psykiatrisamordnare och som omnämns redan i första meningen i huvudbetänkandets kapitel 1, nämligen mordet på Anna Lindh i september 2003 och några andra våldsdåd som begicks vid ungefär samma tid, d v s att man vill skydda samhället från ”psykiskt störda” och farliga individer.

Av betänkandets avsnitt 2.2.8 Våld och kriminalitet framgår med all önskvärd tydlighet att människor med psykisk ohälsa inte är nämnvärt farligare än andra människor i samhället, något som RSMH och forskningen hävdar under lång tid - men med föga framgång hos opinionen, framför allt i massmedia. Vad som gör människor farliga och brottsliga, oavsett om man har en psykisk ohälsa eller anses vara frisk, är i första hand missbruk av alkohol och andra droger. Det är viktigt att detta också sägs tydligt från offentligt håll, i första hand av företrädare för statsmakterna, så att den allmänna opinionen successivt kan få en mera realistisk uppfattning om hur det förhåller sig med fakta.

Psykiatrisamordnaren säger i sammanhanget också att ”Det finns inget samband mellan avinstitutionaliseringen och våldsbrottsligheten i samhället, eftersom den grupp som främst var föremål för sådan vård endast står för en liten del av de samtliga lagförda våldshandlingarna”. Vi vill från RSMH:s sida för säkerhets skull återigen betona att man i vårt moderna samhälle aldrig någonsin får frestas att återgå till ett system baserat på mentalsjukhus och mera eller mindre uttalat tvång att vårdas där på stora institutioner.

Vi kommenterar i övrigt nuläget och den moderna utvecklingshistorien, om vi anser att det är nödvändigt, under respektive särskild rubrik nedan.

Vision och mål för psykisk hälsa

Vision och mål för perioden framöver, och minst till år 2015 behandlas i huvudbetänkandets kapitel 3, En nationell vision. Vi anser detta vara ett mycket viktigt kapitel – med ett innehåll som styr resten av resonemanget i betänkandet – och som kommer att vara av avgörande betydelse för hur man kommer att lyckas med sina uppdrag i alla delar av samhället som har att verka för psykiska hälsa och motverka psykisk ohälsa.

Psykiatrisamordnaren redovisar i kapitlet behovet av att ta fram *en tioårig nationell plan* för psykisk hälsa där ett brett anslag måste göras av alla som i vid bemärkelse har roller som kan bidra till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Han föreslår

också att *en nationell utvecklingsstrategi med mål och inriktning för vård, boende, sysselsättning och delaktighet i samhället för människor med allvarlig psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder* ska antas av riksdagen.

Han redovisar för vart och ett av målområdena tydliga mål för vad som ska ha uträttats till år 2015 och två delmål på vägen dit, nämligen för åren 2009 och 2011.

När det gäller *bostadsmålet* noterar vi att han säger att "Bostad och vardagsstöd är en förutsättning för att behandling, rehabilitering och återhämtning ska vara möjlig". År 2015 ska alla invånare ha ett fungerande boende eller att en aktiv process pågår för att tillgodose detta boende. När det gäller *sysselsättningsmålet* sägs att målet år 2015 ska vara "att alla har någon form av arbete eller sysselsättning". För *delaktighet* gäller att "de flesta människor med psykiskt funktionshinder upplever att de får nödvändigt stöd för att vara delaktiga i samhället, och att de har vänner eller annan gemenskap som de önskar". Slutligen säger psykiatrisamordnaren att för det fjärde målområdet, *vård och stöd*, ska gälla att "alla som har behov av det får individuella planer och att planerna följs upp regelbundet".

För dessa fyra målområden ger psykiatrisamordnaren således grunderna för den nationella utvecklingsstrategin – vad som bör ha uppnåtts år 2015 med ett par avstämningpunkter på vägen dit, flera av dessa ganska konkreta med sysselsättningsmål m m. Kravet är att samtliga berörda samhällsinstanser skall arbeta mot dessa mål. RSMH anser att psykiatrisamordnaren har gjort en mycket realistisk och i huvudsak bra formulering av möjliga framtida mål. Vi har naturligtvis synpunkter på dessa formuleringar – men först och främst vill vi säga att arbetet med att komma fram till dessa mål måste börja omedelbart, det går inte att avvakta med starten till år 2009.

När det gäller bostadsmålet vill vi framföra att målet måste vara entydigt – alla invånare ska ha ett fungerande boende. En formulering som "eller att en aktiv process pågår för att tillgodose detta boende" kan inte accepteras. Vi har tillräckligt stor erfarenhet av hur frågor t ex rörande boende skjuts på framtiden för att inse redan nu att år 2015 kommer det att vara detta som gäller och inte ett faktum att alla med psykiska funktionsnedsättningar har fått adekvat bostad. Ett inte oväsentligt antal personer med psykiska funktionsnedsättningar bor också i dag i otillfredsställande boenden, t ex gruppboenden som har karaktären av från mentalsjukhus utflyttade vårdavdelningar - med många boende och en rumsstandard som påminner om vårdavdelningsrum.

Vi vill därför att när regeringen formulerar det slutliga målet år 2015 för boendet ska det inte vara möjligt att ursäkta bristande måluppfyllelse med "att en aktiv process pågår för att tillgodose detta boende". Målet år 2015 bör klart och tydligt vara: "Alla människor med psykisk ohälsa har rätt att, om de så önskar, ha ett eget boende och ett till detta väl anpassat stöd i vardagen".

När det gäller sysselsättningsmålet är ju det föreslagna målet att alla ska ha någon form av arbete eller sysselsättning år 2015. Även detta mål är det enligt vår mening viktigt att precisera. Idag är sysselsättningsnivån i vanligt på marknaden förekommande arbete i storleksordningen 10 till 20 %, d v s en nivå som ligger närmare övriga grupper på arbetsmarknaden arbetslöshetsnivå under några av de senaste åren. Vi ser heller inte nu, trots den kraftiga konjunkturuppgången och minskningen av den allmänna arbetslösheten,

några tecken på att situationen på arbetsmarknaden skulle förbättras för människor med psykiska funktionsnedsättningar.

Detta antyder att det kommer att krävas mycket kraftfulla åtgärder för att komma i närheten av att lyckas med det angivna målet. Det fordras helt andra tag än vad som varit aktuella de senaste åren eller som är igång idag. Ett nytänkande behövs hos regeringen, arbetsmarknads- och försäkringsmyndigheterna samt kommuner och även landsting. Vi är från RSMH:s sida beredda att delta i ett arbete för att få igång ett sådant nytänkande.

Om inte detta kommer till stånd befarrar vi att arbeten för människor med psykisk ohälsa kommer att prioriteras bort och ersättas med enklare former av verksamhet till för kommunerna så låga kostnader som möjligt. Risken finns att sådana verksamheter har föga med arbete att göra och att man skapar isolerade världar för människor med psykisk funktionsnedsättning. Vi föreslår att målet år 2015 klart och tydligt ska vara: ”Alla människor med psykisk ohälsa har rätt att, om de så önskar och har förutsättningar för det, ha ett eget arbete; om förutsättningar inte finns för att ha ett eget arbete har vederbörande rätt att delta i sådan verksamhet som svarar mot hans eller hennes önskemål och behov”.

Vård, stöd och service

Vård, stöd och service behandlas i huvudbetänkandets kapitel 4.

Kapitlet fokuserar främst på organisation, kunskap och personal hos de organisationer som har till uppgift att svara för vård, stöd och service, d v s i första hand landsting och kommuner. Man beskriver i detta kapitel, förutom problem som förekommer, hur en bra vård, ett bra stöd och en bra service kan fungera tillsammans och bli effektiv. Bl a beskrivs några modeller med olika nivåer för insatser både inom landstingsorganisationen och inom socialtjänsten.

Man beskriver också på ett varierat sätt hur insatser kan samordnas, hur samarbete kan bedrivas, skyldigheten till individuell vårdplanering, det fortsatta behovet av PAL och motsvarigheten till en sådan inom socialtjänsten samt behovet av att utveckla hemsjukvården och den uppsökande verksamheten. En nyanserad syn på slutenvårdsverksamheten och dess innehåll redovisas också.

RSMH delar i allt väsentligt både beskrivningen av problembilden och möjligheterna att förbättra situationen. Det är en klarsynt beskrivning som när det gäller problem beskriver i klartext vad som inte fungerar på många håll – och som innehåller goda förslag på tänkbara utvecklingar. Vi berör därför inte alla frågor beträffande vården som tas upp i betänkandet utan fokuserar på några frågor som vi vill trycka särskilt på.

Beskrivningen i detta kapitel skulle i det fortsatta arbetet i samverkan mellan kommunerna, landstingen och brukarorganisationerna kunna användas som en slags checklista för problem som bör penetreras i den aktuella kommunen eller det aktuella landstinget i den framtida planeringen och för vilka möjliga lösningar som skulle kunna diskuteras. Självklart är kapitlet inte så heltäckande att det resonerar om alla problem som existerar eller alla varianter på organisatoriska och administrativa lösningar som kan finnas – men kapitlet är bra att använda som underlag för att diskutera tänkbara utvecklingsidéer.

I kapitlet behandlas också ”kunskap och evidensbaserade metoder” på ett sätt som vi i stor utsträckning stöder. Dels beskrivs den kunskapsmassa inom psykiatrin i vid bemärkelse som aldrig kommer att kunna påstås ha vetenskaplig evidens och ändå skall anses vara forskningsbaserad kunskap, dels pekar man på att en förhållandevis liten andel av vården kan bedrivas med sådan verksamhet som har ett starkt vetenskapligt stöd. Vi uppfattar beskrivningen som starkt förespråkande för utvecklingsinsatser för att öka kunskaper och att använda de metoder man får kunskap om förbättrar vården och dess resultat. Kunskap kan vara evidensbaserad - eller av andra skäl självklar, t ex att man mår bättre om man har en bostad än om man ingen har, att ekonomiska problem är en stressfaktor o s v.

Vi delar självfallet den inställning som psykiatrisamordnaren redovisar. Vi vill i sammanhanget understryka betydelsen av att den ensidiga planering som framför allt landsting, men numera också en hel del kommuner, ägnar sig åt och som går ut på att utmönstra s k gamla metoder eller icke-evidensbaserade metoder - och i bästa fall ersätta dem med evidensbaserade - inte får tillåtas fortgå utifrån rekommendationer av teoretiskt slag som ges av några myndigheter som lever en bit från verkligheten och en begränsad mängd verklighetsfrämmande forskare. Det föreligger stora risker för att värdefulla delar av vården och omsorgen rivs ned som en följd av borttagandet av s k icke-evidensbaserad vård. All vård måste bedömas individuellt och ges till varje individ för sig.

I kapitlet behandlas kortfattat psykiatrisamordnarens syn på bl a behandling och rehabilitering. Till dessa två avsnitt har vi några kommentarer.

I fråga om behandling säger psykiatrisamordnaren att inom både

”primärvård och specialistpsykiatri ska olika behandlingsalternativ finnas tillgängliga och lämpliga insatser kunna väljas utifrån behov och patientens egna önskemål”

Han säger vidare bl a att följande insatser ska finnas:

- Läkemedelsbehandling ordinerad av en läkare med goda farmakologiska kunskaper.
- Psykoterapi med den metodik som är lämpligast för aktuella tillstånd.
- Psykosocialt stöd och nätverksarbete.
- Psykopedagogiska insatser med möjlighet för både personen själv och närstående att få information och kunskap om sjukdomen och behandlingen.
- Färdighetsträning och funktionshöjande träningsprogram.
- Anhörigstöd (vilket ska inkludera även barn och syskon)

Vi är från RSMH:s sida mycket nöjda med att psykiatrisamordnaren så tydligt uttrycker det vi under en lång följd av år har hävdat, d v s att oavsett om man är patient i primärvården eller i den specialiserade psykiatrin, så har man rätt att utifrån egna önskemål välja behandlingsmetod eller blandning av metoder. Detta innebär att vi inför framtiden ser en förskjutning av behandlingsmetoderna från läkemedelsbehandling och mot psykoterapi eller annan psykologisk behandling av lämpligt slag.

Det är enligt vår uppfattning synnerligen viktigt att läkemedelsinsatserna i framtiden blir mer välavvägda än vad som hittills varit vanligt. För höga doser, för långa behandlingar och för litet intresse på biverkningar kort- och långsiktigt har varit det vanliga ända tills nu. Om det krävs goda farmakologiska kunskaper av läkaren kommer enligt vår uppfattning mönstret för läkemedelsförskrivningen att successivt ändras. Vi tror också att

det vore bra om läkemedelskommittéerna i många landsting skulle kunna visa ett större intresse för farmakologin inom psykiatriområdet för att få till stånd mera väl avvägda rekommendationer om hur läkemedelsbehandling kan kombineras med psykoterapeutiska och andra psykologiska metoder.

Vi noterar också att psykiatrisamordnaren kortfattat men så tydligt säger att man ska tillämpa psykoterapi med den metodik som är lämpligast för aktuella tillstånd. Vi hoppas att detta ska stoppa trenden att bara få så kallade evidensprövade och godkända behandlingar ska få bedrivas. Det behövs en vid variation av metoder på det psykoterapeutiska området och för övrig psykologisk behandling. Individen måste få en behandling som är enskilt avpassad och där en förtroendefull relation kan byggas upp till behandlaren. Först då kan man få verkligt god effekt av behandlingen.

Vi anser att behovet av psykoterapi idag är långt större än vad resurserna räcker till och vad man hittills planerat för när det gäller utbildning och träning av yrkesgrupper som kan utöva sådan. Här behövs omedelbara insatser av regeringen för att kartlägga tillståndet i olika delar av landet, avsätta ekonomiska resurser för utbildning och konkret behandlingsverksamhet och brådskande starta utbildningsverksamhet. Minst en fördubbling av behandlingskapaciteten under en femårsperiod måste, enligt RSMH:s mening, vara ett första inledande mål.

I snart 20 år har RSMH tillsammans med en rad andra organisationer arbetat för att göra psykoterapi och annan psykologisk behandling eller stöd tillgängligt för personer som har behov av och önskar sådan behandling eller sådant samtalsstöd. RSMH har under alla dessa år krävt att psykoterapi ska ersättas på samma sätt som annan vård och behandling, att det inte får vara en behandling som endast är tillgänglig för den som har gott om pengar.

Under 1980- och 1990-talen las ett flertal motioner i riksdagen med förslag om att ersätta privatpraktiserande psykoterapeuter via socialförsäkringssystemet. Frågan har under årens lopp tagits upp av flera olika utredningar utan att få någon lösning. Så har det också blivit i psykiatrisamordnarens betänkande, i vilket han visserligen förordar en utbyggnad av den psykologiska och psykoterapeutiska kompetensen inom primärvården, men i övrigt överlämnar frågan om vilka behandlingar som ska prioriteras åt de s k marknadskrafterna. RSMH anser det vara en stor brist att psykiatrisamordnaren i så liten utsträckning berört denna fråga. Den bristande tillgången på psykoterapi och samtalsstöd är nämligen kanske den enskilda fråga som väcker mest kritik mot den psykiatriska vården av alla.

I flera andra näraliggande länder i Europa, t ex Norge, Finland, Danmark; Tyskland och Holland, finns idag system för offentlig finansiering av psykoterapi. RSMH anser att ett sådant system skyndsamt måste utredas och tillskapas även i Sverige.

När det gäller rehabilitering så behandlas den också som vi redan nämnt ovan mycket kortfattat. Vi anser att detta viktiga område också skulle ha behövt en vidare utveckling. Även om psykiatrisamordnaren på några ställen i betänkandet berör begreppet återhämtning så är det i allt väsentligt utelämnat i idé- och förslagsdelarna. Begreppet återhämtning som i sin engelska översättning börjar användas allt mera ute i världen har introducerats i Sverige av bl a RSMH och företrädare inom psykiatrin i några landsting. Det är väsentligt att detta nya synsätt på rehabilitering - med bl a en betydligt mera aktiv

styrning av den funktionshindrade själv - får slå igenom i synsättet över hela landet. Vi utgår från att den fortsatta planeringen som Socialstyrelsen genomför efter att ha tagit över ansvaret efter psykiatrisamordnaren kommer att bli fokusera på detta.

Vi vill också ta upp ett problem som numera inte uppmärksammas särskilt mycket i debatten om psykiatrin. Det handlar om situationen för de läkemedelsberoende. Enligt Statens folkhälsoinstitut beräknas det handla om cirka 250 000 personer. Läkemedelsberoende människor är en osynlig och bortglömd grupp som till stor del består av medelålders och äldre kvinnor.

Ett vanligt mönster är att medicinerna man får förskrivna mot psykiska eller kroppsliga besvär efter en tid skapar nya psykiska eller kroppsliga besvär. Då kunskapen om läkemedelsberoende generellt är låg inom sjukvården ger ofta behandlande läkare ännu mer mediciner eller mediciner av annan sort vilket ofta bara förvärrar tillståndet. RSMH anser att psykofarmaka ofta förskrivs slentrianmässigt, framför allt inom primärvården - men även inom psykiatrin. Trots att det är vetenskapligt belagt att medicinering och terapi tillsammans är mest effektivt vid ångest och depressionstillstånd används normalt endast medicinering av en ekonomiskt hårt ansatt sjukvård.

Det behövs även rådgivning och stöd till personer som besväras av biverkningar av olika svårighetsgrad. Det kan handla om stöd till personer som är oroliga och inte vågar ta de läkemedel de ordinerats för att man inte tycker att man fått tillräckligt med information eller för att man läst om riskerna med läkemedelsbehandling t ex i någon tidning.

RSMH anser att åtgärder behöver sättas in för att minska läkemedelsberoendet och förbättra informationen och rådgivningen angående läkemedel. Det behövs bland annat bättre utbildning av förskrivande läkare om läkemedelsberoende samt förbättrade resurser för psykologiskt stöd på vårdcentralerna.

I två särskilda avsnitt i kapitel 4, avsnitten 4.6 och 4.7, behandlas ett par områden som är viktiga för våra medlemmar och övriga brukare – nämligen insatser för att främja kroppslig ohälsa och behovet av tandvård. Vi stöder helt den inställning i frågorna som psykiatrisamordnaren redovisar. Det är oerhört viktigt att få igång ett systematiskt arbete för att förbättra den kroppsliga hälsan hos många av brukarna som måste ingå i både kommunens och landstingets uppgifter. Ett aktivt boendestöd bör också stimulera till aktiviteter som friskvård m m och kan vara en del i en sådan ambitionshöjning – likaväl som att en uppföljning av läkarnas medicinering och dess effekter på kroppens eventuella viktökning måste vara naturlig.

Psykiatrisamordnaren pekar på en rad missförhållanden som gäller tandvården för människor med psykisk ohälsa och föreslår med rätta åtgärder. Vi delar hans uppfattning och förutsätter att regeringen snarast och utan att avvakta 2009 ger direktiv som gör det omöjligt för landstingen och kommunerna att feltolka regelsystemet.

RSMH anser utöver detta att ett system för årliga kostnadsfria tandvårdskontroller och somatiska hälsoundersökningar bör införas för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Boende och fritid

Boende- och fritidsfrågor redovisas i huvudbetänkandets kapitel 5.

I kapitlet ges en bra beskrivning av brister som allt sedan psykiatrireformen genomförande funnits när det gäller att inrätta väl anpassade boendeformer för personer med psykiska funktionshinder. Psykiatrisamordnaren slår också fast principen att det alltid ska vara den enskildes behov och önskemål som ska styra insatsens utformning.

Vi välkomnar förslaget att förtydliga kommunens skyldighet att erbjuda boendestöd genom att föra in den som ett exempel på de stödinsatser som räknas upp i socialtjänstlagen § 3:6. Psykiatrisamordnarens ställningstagandet att boendestöd till personer med psykisk funktionsnedsättning inte bör medföra några avgifter för den enskilde anser vi mycket viktigt eftersom avgifter idag tas ut mycket godtyckligt. Därtill innebär de avgiftsprinciper som idag gäller enligt socialtjänstlagen respektive LSS, genom att LSS är avgiftsfri, ett ekonomiskt incitament att hålla gruppen med psykisk funktionsnedsättning utanför LSS personkrets.

Psykiatrisamordnaren anser att man bör höja ambitionsnivån för boendestödsinsatser till människor med psykisk funktionsnedsättning med sammansatta och stora vårdbehov. Fler bostäder med särskild service behöver tillskapas.

RSMH stöder detta förslag men vill understryka vikten av att en ambitionshöjning kommer till stånd för boendestödet som helhet. Många personer med psykiska funktionsnedsättningar upplever att de sitter fast i de kommunala strukturerna där de erbjuds stödinsatser. När en individ fått ett boende och i bästa fall erbjudits någon form av verksamhet anser kommunen och övriga vård- och servicegivare att de har gjort sitt. Individer som vill utvecklas, återhämta sig, studera, bli mer självständiga och på sikt komma ut i arbetslivet upplever sig inte sällan fastnaglade och omgärdade av ett tänkande där ambitioner att komma vidare i livet anses orealistiska och motarbetas.

Vi stödjer Psykiatrisamordnarens förslag om att inrätta särskilda verksamheter för vistelse vid kortvariga svikttillstånd. Vi anser också att sådana verksamheter med fördel skulle kunna drivas av brukarorganisationer i samarbete med socialtjänsten och psykiatrin och bemannas med återhämtade brukare. Personalen vid ett sådant sviktboende skulle kunna bestå av återhämtade brukare som anställs med lönebidrag.

Verksamheter som påminner om de nu föreslagna har på några platser i landet bedrivits inom ramen för lokalföreningar inom RSMH. Dessa verksamheter har aldrig utvärderats men upplevts som framgångsrika - dels genom att de minskat den enskildes ensamhet och lidande när man kommit i kris eller hamnat i en svacka och dels genom att de minskat behovet av att besöka psykiatriska akutmottagningar eller inläggning på sjukhus. Dessa verksamheter har bedrivits på ideell basis och man har tvingats lägga ner dem efter en tid när man inte lyckats få ekonomiska resurser till att driva dem vidare.

RSMH har tillsammans med SKL och SABO börjat skissera ett projekt för att skapa en modell för sviktboende. Vi vill härmed föreslå regeringen att detta kan stödjas med avsatta pengarna inom statsbudgeten för förstärkningen av psykiatrin.

Beträffande psykiatrisamordnarens förslag till boendelösningar för personer med särskilda behov vill RSMH bestämt avvisa ett förslag som läggs för det som i texten kallas en ”tredje undergrupp”. Personer med psykiska funktionsnedsättningar och omfattande och

komplexa behov av både socialt stöd och sjukvårdinsatser ska, utan att uppfylla kriterierna för tvångsvård, kunna anvisas särskilt placerade eller utformade bostäder om deras beteende ”kan skrämra och störa omgivningen”. Avsikten är att kunna skydda samhället mot personer som inte uppfyller kriterierna för psykiatrisk tvångsvård men som genom sitt utagerande beteende kan skrämra och störa omgivningen.

RSMH anser att luddiga formuleringar av det här slaget öppnar för godtycke och rättsosäkerhet. Toleransen för avvikande beteende är något högst personligt och subjektivt och sakliga kriterier för när detta ”anvisande” ska användas går därför inte att formulera. En bakgrund till förslaget tycks också vara att man underlåter att väcka åtal när brott begås av en person med dessa funktionshinder just för att personen är funktionshindrad och därför i nästa skede saknar rättslig grund för någon form av tvångsåtgärd. RSMH:s uppfattning är att man antingen får väcka åtal eller avstå från formella eller informella tvångsåtgärder. Vi avvisar alla förslag om något slags mellantvång utanför det rättsliga systemet. Ett sådant system löper en uppenbar risk att få karaktären av ett ”erbjudande som du inte kan säga nej till”.

Arbete och sysselsättning/Rehabilitering och återhämtning

Frågor rörande arbete och sysselsättning samt rehabilitering redovisas i huvudbetänkandets kapitel 6.

RSMH är positivt till den behandling frågorna om arbete och rehabilitering har fått i betänkandet och i delrapporten ”I begynnelsen var organisationen”. Man gör en noggrann analys av de olika typer av problem och hinder som finns inom området och lägger sedan ett antal bra förslag.

Vi vill först kommentera och problematisera utredningens utgångspunkter och förslag när det gäller arbete och sysselsättning på två punkter. Som vi skrivit tidigare saknar vi ett tydligt återhämtnings- och empowermentperspektiv i betänkandet. Ett sådant perspektiv är särskilt viktigt att ha med i alla rehabiliteringsinriktade insatser. Det räcker inte med personlig coaching och ambitiösa och samordnade insatser från samtliga inblandande aktörer om man inte arbetar utifrån en väl integrerad kunskap om att det är individen som är motorn i sin egen återhämtning och att alla insatser måste vara anpassade till individens empowerment, utveckling, mognad och positivt förändrade självbild.

Rehabiliteringsaktörerna och de som arbetar med rehabilitering/habilitering måste ha kunskap som gör det möjligt för dem att förstå, hantera och visa följsamhet till dessa processer - som inte alltid är så lätta att se för den som är otränad. För att återhämtningsprocessen ska kunna gå vidare behöver man ibland ta en paus, invänta en uppladdningsfas eller någon annan process som sker inom den enskilde. Ibland behöver man motivera och stödja en individ att orka gå vidare och ibland behöver man ställa krav, ge någon en spark i baken för att han eller hon ska komma igång. Personal som har tillägnat sig en sådan lyhördhet, följsamhet och känsla för när tiden är lämplig har bättre möjligheter att bidra till framgångsrik rehabilitering - men bara under förutsättning att rehabiliterande myndigheter och servicegivare ger denna personal mandat och förtroende

att med stor flexibilitet agera utifrån sina kunskaper om återhämtningsprocesser och inte utifrån ett stelt regelverk.

Rehabiliteringsaktörerna behöver utveckla sin förmåga att kommunicera kring återhämtningsprocesserna och tillägna sig den kunskap som under de senaste åren utvecklats inom återhämtnings- och empowermentinriktad professionell verksamhet, brukar- och anhörigbaserad verksamhet samt forskning. Kunskapen handlar om att utveckla olika strategier, hjälpmedel eller verktyg som stödjer återhämtningen, förebygger kriser eller bakslag eller som underlättar hanterandet av misräkningar. Ett viktigt område är att förstå hur olika delar av brukarens sociala nätverk kan vara till hjälp, vad de professionella måste stå för, vilken roll de anhöriga kan spela och i vilka situationer arbetskamrater eller andra brukare kan mobiliseras som stöd. Kunskapen kan också handla om betydelsen av att säkerställa de materiella grundförutsättningarna för att återhämtning ska vara möjlig och de rehabiliterande insatserna effektiva.

Den andra övergripande punkten handlar om hela det system som idag har ansvar för den arbetsrehabiliterande verksamheten. Liksom flera andra utredningar har psykiatrisamordnaren funnit många och stora brister i försäkringskassans och arbetsförmedlingens sätt att bedriva och samordna den arbetsrehabiliterande verksamheten. Man har dock inte haft mandat att föreslå någon radikal förändring utan lägger istället ett antal förslag som avser att leda till att samordningen förbättras och att hindren undanröjs.

Problemet med en dåligt fungerande arbetsrehabilitering är långt ifrån nytt men har förvärrats när antalet sjukskrivna på senare år har ökat. Sedan många år har en rad olika försök i projektform genomförts för att förbättra den samordnade rehabiliteringen och de har i stort sett alltid varit framgångsrika. Resultaten blir alltså bättre så snart man går ifrån det ordinarie systemet. När projekten är slut sker ändå vanligtvis en återgång till verksamheten som den var tidigare. I andra länder, även i de övriga nordiska länderna, har mera radikala förändringar genomförts - som klart har förbättrat den arbetsrehabiliterande verksamheten. Mot denna bakgrund anser RSMH det befogat att regeringen tillsätter en utredning om att samla ansvaret för den arbetsrehabiliterande verksamheten i en organisation. RSMH är berett att delta i en sådan utredning.

Bland de förslag som psykiatrisamordnaren lägger fram finns en modell för ett förstärkt aktivitetsstöd för yngre personer med psykiska funktionsnedsättningar. I ett första steg vill man införa modellen för personer som redan idag har tillgång till aktivitetsstöd inom aktivitetsersättningen, d v s personer mellan 16 och 29 år. Man motiverar detta med att denna grupp utgör ett numerärt hanterligt antal, som bedöms rimligt i ett första steg - men understryker att modellen, efter utvärdering och eventuella justeringar, bör införas för hela gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning senast 2012.

RSMH tillstyrker den modell som förslås av psykiatrisamordnaren men anser att begränsningen av målgruppen till personer mellan 16 och 29 år ger en alltför låg ambitionsnivå och en långsiktig ekonomisk felsatsning. Utifrån brukar- och närståendeperspektivet upplever vi att det finns en stor grupp unga eller relativt unga personer som vill komma vidare i livet. Många saknar studiecirklar, grupper, utbildningar, praktikplatser, arbetskooperativ eller andra fora där man kan förbereda sig eller träna på att ta nästa steg in i samhället. De vill börja studera eller komma ut i arbetslivet snarast men behöver stöd för att komma dit samt under den första tiden de är där.

Vår bedömning är att man genom att ändra åldersgränsen för målgruppen till mellan 16 och 39 år skulle nå flertalet av de personer som idag upplever sig sitta fast i sjukskrivnings- och förtidspensionssystemen. Att utöka satsningen på en ny modell för förstärkt aktivitetsstöd till åldersgruppen 29 - 39 år skulle innebära en betydande förbättring av livskvaliteten för denna grupp - samtidigt som det skulle bidra till minskad vårdkonsumtion och bidragsberoende. En ”förlorad generation” skulle få en ny chans.

Vi tror att denna åldersgrupp befinner sig i den position i livet när man utvecklingspsykologiskt och erfarenhetsmässigt är mest motiverad att satsa på en förändring av sin situation om möjlighet erbjuds. Man har ofta flera års erfarenhet av sina psykiska problem, sin sjukdom eller sitt funktionshinder, man vet hur det påverkar livsvillkoren och börjar samtidigt få perspektiv på livet och funderar över sina livsmål. RSMH anser att det förstärkta aktivitetsstödet bör utvidgas till att omfatta även denna grupp av personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Det finns också andra vägar att stimulera möjligheterna att gå ut i arbetslivet. Vi påminner oss t ex det förslag som dåvarande utredningen om ”En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering”, (SOU1996:113, kapitel 12.3.7), lämnade. I korthet gick förslaget ut på att vissa grupper av förtidspensionärer skulle få möjlighet att arbeta i begränsad omfattning med bibehållen förtidspension/månadsersättning, dock med viss avräkning på pensionen/månadsersättningen – nämligen ett fribelopp på 1.500 kr per månad som inte skulle påverka månadsersättningen och att 65 % av förvärvsinkomsterna utöver fribeloppet skulle minska månadsersättningen. Vi bedömer att ett system av den här typen skulle vara till stort gagn inte minst för människor med psykiska funktionsnedsättningar.

Beträffande handikappersättning vill vi säga följande. Trots att redan psykiatriutredningen konstaterade att andelen människor med psykiska funktionsnedsättningar som kom i åtnjutande av handikappersättning var orimligt liten så handlar inte dessas ekonomiska problem enbart om utebliven handikappersättning. Problemen består också i bl a låga inkomster, höga utgifter p g a funktionsnedsättningen och bristande förmåga att hantera sin ekonomi. För många handlar det om att leva hela eller större delen av vuxenlivet på eller nära existensminimum. Det är inte heller bara de som bor i kommunernas särskilda boenden som har dessa problem. Flertalet människor med psykiska funktionsnedsättningar bor i egen lägenhet och bland dem finns också många med synnerligen låga inkomster, höga utgifter och svårigheter att hantera ekonomin. Begränsningen till att utreda enbart dem som bor i särskilt boende utesluter ett stort antal personer med psykiska funktionsnedsättningar som också är i stort behov av särskilda åtgärder p g a ekonomiska problem.

Utredningen behandlar också konsekvenserna av de dåliga ekonomiska villkoren - men enligt vår bedömning, grundad på både egna undersökningar och tillgänglig forskning, är konsekvenserna värre än vad utredningen antar. Den ekonomiska stressen i sig kan vara orsak till psykisk ohälsa och är mycket ofta det - och för människan med den psykiska funktionsnedsättningen innebär den en ytterligare belastning som allvarligt försvårar en återhämtning. Detta gäller inte bara de personer som enligt utredningen föreslås bli aktuella för schablonmässig handikappersättning.

Vi efterlyser därför förslag som förbättrar situationen för alla människor med psykiska funktionsnedsättningar som lever ett torftigt liv på grund av ekonomiska svårigheter -

förslag som förbättrar inkomsterna och i vissa fall minskar utgifterna samt som innebär insatser för att förbättra stödet för hanteringen av den personliga ekonomin.

Ett exempel på en möjlig utgiftsminskning - och som borde betraktas som tämligen självklar - är avgiftsfri tvångsvård. Detta är något som RSMH krävt upprepade gånger, och detta av två skäl - för det första därför att vårdavgiften som patienten samlar på sig under en längre tids tvångsvård blir så stor att han/hon mycket ofta inte klarar att betala den och för det andra därför att det är orimligt att behöva betala för något som man själv inte bett om eller t o m aktivt av sagt sig. Vi kräver från RSMH:s sida nu att avgiften för att vårdas i tvångsvård tas bort. Man ska inte behöva vara i en sämre ekonomisk situation som sjuk och tvångsvårdad än som frisk och i fängelse.

Stödet för att hantera ekonomi handlar mycket om pedagogik som inte bara gäller att lära ut hushållsekonomi utan också att ”övervinna motstånd”, d v s att verkligen komma sig för att genomföra de åtgärder som behövs för att få ekonomin att fungera. Ett mål för en önskvärd utveckling av ett program på det här området skulle kunna vara att alla som behöver personligt stöd i form av god man eller dylikt skall bibringas förmågan att klara sin ekonomi på egen hand. Datorstödda hjälpmedel – både PC och handdator – är fortfarande bristfälligt utvecklade på detta område. Stöd till en sådan utveckling och användning av tekniska hjälpmedel behövs.

Förslag till inkomstförbättringar bör gälla alla människor som har psykiska funktionsnedsättningar och som kan påvisas ha de svårigheter som utredningen föreslår och då bör man inte enbart hänga upp sig på kognitiva funktionsnedsättningar utan också affektiva och emotionella funktionsnedsättningar. Kriteriet bör vara funktionsnedsättning på grund av den psykiska ohälsan oavsett vad man sätter för ytterligare etikett på funktionsnedsättningen. Detta resonemang bör också gälla t ex hjälpmedelsfrågan.

För utredningens förslag för handikappersättning skulle detta betyda följande:

- 1) Personen har en psykisk funktionsnedsättning som konsekvens av psykisk ohälsa
- 2) Han eller hon har av behörig läkare konstaterats ha allvarliga svårigheter att planera och genomföra ändamålsenliga åtgärder med avseende på hushålls ekonomin.
- 3) Tillståndet ska ha diagnostiserats innan personen fyllt 65 år.

Det finns andra viktiga åtgärder som skulle förbättra den ekonomiska situationen för människor med psykiska funktionsnedsättningar - men det är åtgärder som i så fall skulle komma alla förtidspensionärer till del. Att ge förtidspensionärer samma skattesänkning som nu de arbetande fått del av är därvid av både ekonomiska och psykologiska skäl ett minimikrav. En höjning av förtidspensionerna, eller åtminstone följsamhet mot löneutvecklingen, är också önskvärt. En minimiåtgärd vore en kraftig höjning av garantinivån i sjukersättningen med minst 1.000 kr per månad.

Delaktighet och tillgänglighet

Åtgärder för delaktighet och tillgänglighet redovisas i huvudbetänkandets kapitel 7.

RSMH ställer sig bakom psykiatrisamordnarens överväganden och förslag med avseende på delaktighet och tillgänglighet med undantag för vad som sägs under avsnittet om personligt ombud, där vi vill anföra följande.

Psykiatrisamordnaren slår fast den positiva effekten av verksamheten med personligt ombud och slår vakt om deras självständiga ställning. För övrigt finns inte mycket sagt om denna verksamhet, kanske med motiveringen att man vill avvakta en pågående utvärdering.

RSMH anser att personligt ombud är en välfungerande och kostnadseffektiv verksamhet - faktiskt den bästa av de nyskapande verksamheterna som växte fram ur 1995 års psykiatrireform. Verksamheten har dock fortfarande kvar en provisorisk karaktär och finns inte i alla kommuner. Många ombud, och deras klienter, lever fortfarande i osäkerhet om vilken utformning, omfattning och ekonomi verksamheten kommer att ha under nästa budgetår - eller om den överhuvud taget får vara kvar. Statsbidraget till personligt ombud är lågt - i genomsnitt ca 50 procent av den totala kostnaden om man räknar med att ombuden ska ha marknadsmässig lön och möjlighet till handledning, fortbildning, verksamhetsutveckling och välfungerande lednings- och samverkansgrupper. Flera kommuner budgeterar verksamheten så lågt att t ex fortbildning och handledning inte kan tillgodose. Lönenivåerna medför svårigheter att konkurrera med andra verksamheter om kompetent personal. Innebörden av att verksamheten ska ha en fristående ställning är fortfarande oklar och många ombud upplever att de har svårt att vara autonoma i förhållande till socialtjänsten. Det konkurrensutsatta anbuds- och upphandlingsförfarandet är en påfrestning för alla ombud som verkar på entreprenad, och för deras klienter. Utbildningsfrågan för de personliga ombuden har inte lösts. De har olika yrkesutbildning bakom sig men, som alla andra kvalificerade yrkesgrupper, ett behov av kontinuerlig fortbildning. Hittills har varje kommun, eventuellt i samråd med berörd länsstyrelse, själv fått ta ansvar för innehåll och utformning av sådan fortbildning.

RSMH anser att verksamheten med personligt ombud måste säkerställas permanent. Att erbjuda personligt ombudsverksamhet av god kvalitet bör bli en skyldighet för varje kommun. Statsmakterna måste se över verksamhetens finansiering. Idag är finansieringen kvalitetsmässigt underdimensionerad. Verksamhetens fristående ställning bör förstärkas. Möjligheten att undanta personligt ombudsverksamhet på entreprenad från lagen om offentlig upphandling till förmån för brukar- och anhörigbaserade driftsformer bör utredas. De brukar- och anhörigdrivna verksamheterna är viktiga som referensmodell för övriga personligt ombudsverksamheter. RSMH anser att resurser bör avsättas för att erbjuda brukar- och anhörigorganisationer som är intresserade av att starta entreprenadverksamheter med personligt ombud särskilda stimulans- och stödinsatser, t ex i form av utbildning innehållande bland annat arbetsgivar- och arbetsledningsfrågor, lagar och regelverk, verksamhetens innehåll och utveckling o s v. Resurser bör också ställas till förfogande för att ta fram en plan för och sedan genomföra fortbildning för personliga ombud. Alla berörda parter bör medverka i detta arbete. Statliga resurser för att delfinansiera ombudens fortbildning bör ställas till förfogande även fortsättningsvis för att garantera en positiv utveckling av verksamheten.

Verksamhet med personligt ombud bör byggas ut till att omfatta flera målgrupper än vad som gäller idag, d v s personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning enligt den definition som användes i psykiatrireformen. T ex personer med neuropsykiatriska

funktionsnedsättningar skulle sannolikt ha ett gott stöd av att ha tillgång till personliga ombud. För att genomföra detta krävs att nya ekonomiska resurser tillförs.

Barn och ungdomar

Barn och ungdomar behandlas i huvudbetänkandets kapitel 8.

Vi anser att kapitlet ger en bra helhetsbild av hur barn och ungdomar med psykisk eller social ohälsa har det i vårt samhälle. Kapitlet fokuserar mycket på organisation, kunskap och personal inom de organisationer som har till uppgift att svara för vård, service och stöd, d v s landsting, kommun och skolhälsovård. Man beskriver i detta kapitel, förutom problemen som finns, även hur bra vård, ett bra stöd och en väl fungerande service kan fungera tillsammans och bli effektiv.

Man beskriver också förekommande brister på samverkan inom olika organisationer och verksamheter, men betonar även vikten av samverkan med familjen och att man inte får glömma att ta hänsyn till vad det drabbade barnet eller ungdomen själv tycker.

RSMH delar i allt väsentligt både beskrivning av problembild och möjligheterna att förbättra situationen. Det är en klarsynt beskrivning som när det gäller problem beskriver i klartext vad som inte fungerar på många håll och som innehåller goda förslag på tänkbar utveckling. Vi berör därför inte alla avsnitt i slutbetänkandet som handlar om barn och ungdomar.

Man beskriver konkret hur man kan utveckla skolhälsovården och ungdomshälsan på ett effektivt sätt. RSMH anser att skolhälsovården är en mycket viktig del i det förebyggande arbetet och att stora insatser behövs för att förbättra de förebyggande och tidiga insatserna. Det är idag lagstadgat att skolorna ska ha skolläkare och skolsköterska tillgängliga för eleverna. RSMH anser att det även bör vara lagstadgat att skolhälsovården ska ha resurser som skolpsykolog, kurator och speciallärare.

Barnombudsmannen gör ett bra arbete för barn och ungdomar. RSMH saknar dock en utvidgad diskussion med brukarorganisationerna om behoven av att förbättra vård och förebyggande insatser för barn och ungdomar. RSMH:s ungdomsförbund RUS liksom övriga brukarorganisationer besitter stor och viktig kunskap om hur vården fungerar i verkligheten och kan utifrån egna erfarenheter visa på såväl brister som positiva inslag i den vård som erbjuds idag.

RSMH anser att det måste tillföras resurser till barn- och ungdomspsykiatri. Idag är köerna på BUP orimligt långa på vissa håll och det råder brist på samtalsterapeutiska resurser. I vården av barn och unga med psykisk ohälsa är det viktigt att erbjuda ett brett spektrum av vårdalternativ anpassade efter de individer som behöver vårdinsatsen. Dagens resursknappa vårdssystem är alltför akutstyrt, och medicinering får ofta ersätta adekvata psykoterapeutiska eller andra psykologiska insatser. Detta är oacceptabelt. På varje BUP-mottagning och i såväl öppen som sluten vård måste det finnas större resurser för att också bedriva kortare och längre samtalsterapier. Det är också viktigt att det finns olika institutioner och vårdinrättningar för att tillgodose olika behov. En större kompetens i öppenvården, en utökad elevhälsa och en fungerande BUP är viktigt. Men det är också av stor vikt att man satsar större resurser på behandlingsinstitutioner för de patienter som

inte klarar att nå tillfrisknande och återhämtning med den hjälp som erbjuds inom dessa enheter. Dessutom är det av stor vikt att det finns bra mellanvårdsalternativ så att de patienter som skrivs ut från institutioner och slutenvård får en trygg utslussning.

Barn som lever med föräldrar som har psykiska eller sociala problem är en bortglömd grupp. Det borde vara självklart att när en mamma eller pappa diagnostiseras som psykiskt sjuk så ska den andra föräldern och barnet/barnen i familjen erbjudas stöd och information. Lika självklart borde det vara att personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar som har barn erbjuds stöd i sin roll som förälder. Vi anser att det behövs mer resurser till utbildning och samtalsstöd för barn som har psykiskt sjuka föräldrar. Det finns goda exempel inom den somatiska vården där särskilda vårdteam har till uppgift att söka upp anhöriga för att personligen informera och svara på frågor kring den sjukdom som drabbat en nära anhörig. Detta kan man använda som mall för hur uppsökande team skulle kunna arbeta för att hitta och hjälpa barn till föräldrar med psykiska funktionsnedsättningar.

RSMH anser att förslaget om en ungdomshälsa är mycket bra. Vi kräver större flexibilitet i behandlingen där vården anpassas efter individ och inte efter ålder. Under ett antal år har man på olika håll i landet arbetat med s k Unga Vuxna-mottagningar. Tanken bakom detta är bland annat att sudda ut den annars skarpa gränsen mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Många i vår målgrupp upplever det som ett stort trauma att mitt under pågående behandling tvingas byta såväl terapeut som miljö och terapeutisk inriktning. Vi anser att Unga Vuxna-mottagningar eller ungdomshälsa är en modell som bör spridas och finnas i hela landet.

Det är också mycket positivt att sammanföra kommunens och landstingets insatser i samma organisation. Det är inte acceptabelt att en ung person får vänta på vård för att kommun och landsting ska bråka om vem som ska stå för notan. Ett ökat samarbete i särskilda ungdomsmottagningar bidrar till att minska detta problem.

Psykiatrisamordnaren föreslår en förstärkt vårdgaranti. RSMH instämmer i detta. Det är idag oacceptabelt lång väntetid för såväl en första kontakt som för att få vård inom BUP på vissa ställen i landet. Vårdgarantin inom psykiatri innebär att man ska erbjudas utredande samtal med kvalificerad behandlingspersonal på en BUP-mottagning inom fyra veckor från det datum man söker kontakt samt att adekvata vårdinsatser ska vara påbörjade senast 90 dagar efter utredningssamtalet. BUP-mottagningarna brister i att följa denna vårdgaranti. Om vårdgarantin ska skärpas enligt psykiatrisamordningens förslag, vilket är angeläget, krävs nya resurser till BUP så att personaltätheten kan utökas.

RSMH instämmer även i kravet på individuella planer som ska vara gemensamma för kommun och landsting. Vi vill skärpa detta krav med ett slopande av åldersgränsen för att få hjälp av personliga ombud. Det är dags att satsa på personliga ombud för gruppen unga som är på väg in i långvarig psykisk ohälsa. Personliga ombud ska också bidra till att unga människor med psykisk funktionsnedsättning får sina rättigheter till vård, stöd och service tillgodosedda. Målet måste vara förbättrad livskvalitet och ökad självständighet för de personer som finns i målgruppen. Det personliga ombudet ska kunna hjälpa sin uppdragsgivare i hans eller hennes kontakter med olika myndigheter, såsom hälso- och sjukvård, socialtjänst, socialförsäkring och arbetsmarknadsåtgärder.

Vi anser alltså att åldersgränsen för att få personligt ombud bör slopas. Idag förlitar man sig på att psykiskt sjuka under 18 år får hjälp av föräldrar eller anhöriga i sina olika kontakter med myndigheter och vårdgivare. Vår erfarenhet är att många familjer, där barnen drabbas av psykisk ohälsa, inte klarar av att hantera både krisen i familjen och arbetet med att skaffa bästa möjliga vård och stöd. När en ung människa drabbas av psykisk ohälsa drabbas hela familjen. Därför måste dessa familjer ha rätt till samma stöd som familjer till vuxna med psykisk ohälsa.

Tvångsvård

Tvångsvården enligt LPT, LRV och LVM behandlas i huvudbetänkandets kapitel 9, men även i det särskilda betänkandet SOU 2006:91, Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Vi har även tidigare yttrat oss över en promemoria daterad i mars 2006 (se ovan och bilaga 1). Vi hänvisar när det gäller öppenvård med särskilda villkor också till de synpunkter vi framfört där.

Rent allmänt vill vi framföra att det är ett misslyckande för vården varje gång tvångsvård måste tillämpas oavsett vilken av lagstiftningarna som gäller i det enskilda fallet.. Det är ett annat sätt att uttrycka det som psykiatrisamordnaren säger om att ”Frivillig vård är det normala” och ”vård utan samtycke utgör absoluta undantag”.

Tvångsvård kan man få efter att ha begått ett brott som man döms för, men man kan också få det utan att ha begått ett brott – ja inte ens ha varit inne på tanken att begå ett brott. Tvångsvård är ett frihetsberövande som i sådana fall gränsar till att sätta de mänskliga rättigheterna på spel. En, förhoppningsvis väl kvalificerad, läkare kan med lagens och domstolens hjälp ta initiativ till och med en kollegas hjälp låsa in och påtvinga en patient en vård som denne inte vill ha – för att läkaren/läkarna anses veta bäst vad som är bra för patienten.

Hur många gånger har inte patienter i den somatiska vården tvingats ifrågasätta läkares behandlingsbeslut - och med stöd av formuleringar i hälso- och sjukvårdslagen kunnat hävda sin rätt? Patienter, särskilt sådana med många års erfarenhet av sin sjukdom, vet ofta lika bra som en läkare, som kanske aldrig mött patienten förr, vad som behöver göras.

Psykiatripatienter kan ofta i praktiken inte hävda sin rätt gentemot läkare och annan behandlande personal, t ex när det gäller synpunkter på vad det är som är bästa behandling i den situation patienten befinner sig. Det kan gälla behov av att inte medicinera så hårt och att byta ut medicinering helt eller delvis mot andra behandlingsformer och terapier, inte minst psykoterapi. Man är i en stark beroendesituation till den behandlande personalen och känner sig ofta omyndigförklarad. Hot med innebörden att ”om du inte gör nu som vi säger så ska vi se till att du får tvångsvård” hör till sådant som ett inte oväsentligt antal patienter fått höra under sin tid av kontakter med psykiatrin.

Psykisk ohälsa är en del av utslagningen i samhället. Det finns olika skäl till debuten, det finns olika typer av psykiska ohälsotillstånd och man är sjuk olika länge, oftast med långa friska eller symptomfria perioder mellan korta sjukdomsperioder. Vissa sjukdomar anses av vissa läkare och experter ha genetiska orsaker medan andra anses ha ett ursprung i hur samhället fungerar och hur människors livsstil anpassas till samhället. Det vanligaste synsättet är kanske att det handlar om en kombination av olika orsaker. RSMH har under

alla år hävdar att det bl a finns en rad sociala och psykologiska orsaker som måste beaktas tillsammans med de mera medicinska.

Ibland, men naturligtvis inte alltid, debuterar sjukdomen tidigt, ja redan i barn- och ungdomsåren. Mycket talar för att om samhällets resurser sätts in med kraft tidigt eller i förebyggande syfte kan betydande effekter nås, både när det gäller att förbättra den psykiska folkhälsan och undvika eller mildra så långt möjligt långvariga sjukdomsförlopp. Kommuner och landsting har viktiga roller i detta, liksom en rad statliga myndigheter och motsvarande, t ex arbetsförmedlingar och försäkringskassor.

Innan någon kommer i situationen att tvångsvård aktualiseras har personens psykiska ohälsa i allmänhet hunnit utvecklats under en tid. Tvångsvård aktualiseras mera sällan som en blixtnedslag från en klar himmel. Man kan i nästan varje fall som aktualiseras för tvångsvård spåra en historia av behandlingsinsatser som varit mera eller mindre lyckade – ibland rentav sådana som varit direkt misslyckade. Man kan också i nästan varje fall finna mera eller mindre lyckade insatser från den berörda kommunens sida när det gäller det stöd man skulle ge den sjuka i form av bl a boende och sysselsättning. Utvecklingen fram till ett tvångsomhändertagande går ofta att spåra i form av brister i kommunens och landstingets psykiatris uppbäckning av patienten/klienten. Varje enskild brist kanske inte är avgörande – men sammantaget blir de ibland till en avgrund för individen. Det är så det ofta fungerar när en patient cirkulerar runt i vårdsystemet – och ibland hamnar i tvångsvård. Det är därför vi från RSMH säger att det är ett misslyckande från samhällets sida när en patient aktualiseras för tvångsvård.

Vi har då inte berört samhällets stöd efter tvångsvård som ofta brister på elementära punkter. Man kan inte få fram bostäder eller arbete, ofta inte ens annan daglig verksamhet, till en person som skrivs ut – även om skyldigheten för kommunen finns redan idag. Hur ska den då kunna bli en realitet i en snar framtid då ännu flera skulle skrivas ut i en sk öppenvård med särskilda villkor? Risken är stor för att människor kommer att hamna i kläm när ett sådant system införs. Ingen bostad, eller en undermålig sådan, inget arbete eller daglig verksamhet, medicindosering av t ex neuroleptika som är tillräckligt stor för att behandlande läkare skall våga skriva ut patienten till öppen vård och ingen annan behandling – så ser scenariot ut för den framtida öppna tvångsvården.

Rättspsykiatrisk vård och kriminalvård

En särskild del av tvångsvården är den rättspsykiatriska vården. Personer som döms till rättspsykiatrisk vård vårdas ofta under mycket långa tider. Inte sällan fortsätter tvångsvården där även om man är frisk och inte längre behöver psykiatrisk vård. Den sk psykansvarskommittén har, med sin terminologi, föreslagit att ”psykiskt störda” lagöverträdare ska dömas till fängelse och kunna avtjäna sitt straff där när de inte längre har den psykiska störning som de hade när de begick brottet.

Det kan tyckas inhumant att döma psykiskt sjuka till fängelse. De individer som skulle drabbas beskrivs ofta som viljelösa offer för sin sjukdom - och som t ex inte kan motstå röster som befäller dem att skada andra människor. Men det är bild av psykisk sjukdom som, enligt RSMH:s uppfattning få känner igen sig själva i. Personer som själva hör röster säger inte sällan att de mycket väl kunnat stå emot - t ex befallningar från rösterna vid ett visst tillfälle. De menar att förmågan att ta makten över psykotiska upplevelser går att träna upp genom självhjälpsmetoder. En relativt liten grupp anser att de psykiska

sjukdomssymtomen är så besvärande att de ockuperar deras egen förmåga att tänka vettigt och styra sina handlingar.

En bärande tanke i vårt arbete är att personer med psykisk ohälsa och därigenom med funktionsnedsättning av något slag ska vara medborgare på samma villkor som andra - och det gäller både rättigheter och skyldigheter. Även när personer som begått ett brott döms till en viss påföljd bör principerna om likabehandling och förutsägbarhet gälla. Samma påföljdsregler bör alltså gälla för alla oavsett om brottet begåtts under påverkan av en s k psykisk störning eller inte. Psykiatriska vårdbehov ska tillgodoses oavsett vilken påföljd en person dömts till och var han eller hon befinner sig. Idag finns stora brister inom kriminalvården beträffande insatser för fångar med psykisk ohälsa - och en upprustning är nödvändig. .

Lagstiftningen och dess tillämpning påverkar det allmänna rättsmedvetandet och människors respekt för rättsväsendet och den rättspsykiatriska vården. Det är svårt att förstå lagar som innebär att en person som dömts för allvarliga våldsbrott efter några månaders behandling anses frisk och kan skrivas ut - samtidigt som en annan person som begått ett lindrigt brott kan vårdas i många år. Det är också svårt att bedöma en persons förmåga till vett, vilja och anpassningsförmåga i en viss situation då ett brott begås. De rättspsykiatriska bedömningarna upplevs, med rätta, ofta som godtyckliga. Ingen vet hur länge man kommer att hållas inspärrad.

Vi ser en överhängande risk för att fördomar mot s k psykiskt sjuka som helt oförmögna till ansvarstagande blir utslagsgivande, något som kan leda till ett hårdare samhällsklimat och allt längre vårdtider. Denna utveckling är redan tydligt igång.

RSMH har ställt sig bakom Psykansvarskommitténs förslag. För flertalet av de s k psykiskt störda lagöverträdarna skulle detta innebära att den rättspsykiatriska vården ska bibehållas och att personer ska erbjudas vård där så länge de har psykiatriska vårdbehov. Sedan ska den resterande strafftiden kunna avtjänas inom kriminalvården.

Särskilda enheter med god vårdmiljö och kompetent personal, där man erbjuder social rehabilitering, måste utvecklas inom kriminalvården. Den enskilde ska få stöd att finna egna verktyg och strategier samt mobilisera sitt sociala nätverk för att klara ett liv ute i samhället och för att minska risker för återfall i brott. God kontinuitet, goda förebilder och tolerant men samtidigt gränssättande vårdkultur är viktiga ingredienser i detta.

Det ovan beskrivna bör vara huvudregeln - men det ska också finnas undantag. En tillräknelighetsreglering, i begränsad omfattning, bör införas i svensk lagstiftning. Den ska gälla lagöverträdare som är så påverkade av sin s k psykiska störning att han eller hon inte haft någon möjlighet att välja mellan olika handlingssätt och därför inte bör kunna ställas till ansvar. "Icke tillräkneliga" gärningsmän ska bland annat kunna dömas till "slutet boende", en ny form av vård där de boende till en hög dygnskostnad (jfr LSS) ska erbjudas rehabiliterings- och habiliteringsinsatser. Denna vårdform är bl a tänkt för personer med utvecklingsstörning eller autism.

Det finns enligt vår uppfattning en klar risk för att satsningarna på kompetensutveckling och vårdmiljöer inom kriminalvården aldrig kommer till stånd och att strafftänkande, krav på yttre säkerhet och hänsyn till den allmänna opinionen blir tongivande argument i det fortsatta arbetet. En sådan utveckling skulle innebära ett misslyckande för alla.

RSMH anser, trots ovanstående farhågor, att det är en bättre ordning att brottets straffvärde styr frihetsberövandets längd och att rättspsykiatrisk vård endast ges under den tid man är sjuk.

Personalförsörjning

Personalförsörjningen diskuteras i huvudbetänkandets kapitel 10.

I kapitlet redogörs för de omfattande personalförsörjningsproblem som psykiatrin har idag och står inför i framtiden. Utifrån en inventering av den aktuella personalsituationen när det gäller bl a personaltillgång, kompetens- och utbildningsnivå samt rekryteringssituationen och åldersfördelningen diskuteras behov av åtgärder och ges vissa förslag för att skapa stärkta personalresurser. I detta ingår, förutom en samlad strategi för personal till psykiatriområdet, en strategi för stärkt läkarrekrytering och en kliniskt inriktad psykologutbildning. Utöver detta behandlar psykiatrisamordnaren innehållet i relevanta grundutbildningar, modulbaserad basutbildning för baspersonal och kompetenshöjning genom vidareutbildning m m för redan anställda.

Psykiatrin i vid bemärkelse kommer i framtiden att stå eller falla beroende på om man lyckas med kompetensförsörjningen eller inte. I kompetensförsörjningen innebär att ha rätt mängd personal av olika kategorier - och varje kategori ska vara rätt utbildad. Det handlar både om att tillföra ny personal allt eftersom personal avgår med pension eller av annan anledning och att vidmakthålla kompetensen hos den personal som redan finns och som stannar i organisationen.

Vi kommenterar nedan i korthet några av förslagen som berör utbildning. Generellt vill vi säga att vi anser att brukar- och anhörigorganisationer alltid bör medverka i hela processen när nya utbildningsplaner tas fram. Så sker normalt inte idag . En annan generell iakttagelse är att det som vi i andra delar av detta yttrande återkommer till om avsaknaden av ett inflytande, empowerment och återhämtningsperspektiv i hög grad gäller det innehåll som planeras i de nya utbildningarna.

RSMH delar i väsentliga avseenden den analys som görs av psykiatrisamordnaren och behoven av åtgärder som han föreslår. Vi vill emellertid peka på några viktiga frågor som ofta aktualiseras av våra medlemmar och andra brukare.

Psykiatrisamordnaren diskuterar behovet av förbättrad utbildning för flera olika yrkesgrupper inom psykiatriområdet men avstår från att diskutera behovet av att förändra läkarutbildningen. Det är inom läkarnas grundutbildning samt specialistutbildningen i psykiatri som vi från RSMH ser de största bristerna. Dessa utbildningar måste ses över och kompletteras. Detta gäller både de specifikt psykiatriska delarna och annat innehåll som värderingar, attityder, etik, bemötande, kommunikation, återhämtning etc.

Svårigheterna att rekrytera och förmå läkare att stanna kvar inom psykiatrin är också en fråga om att man som läkare kan känna sig tillfredställd med att stödja och hjälpa människor i svåra situationer – och att man kan samarbeta med sina kollegor i teamet och med patienterna och deras anhöriga. Det finns många olika kunskapsområden som ska rymmas i en läkarutbildning - och de exempel vi nämner tror vi är viktiga om det ska gå att rekrytera lämpliga och engagerade läkare till framtidens psykiatri.

Det är ingen tvekan om att det råder en stor brist på läkare med adekvat specialistutbildning. Vi tvingas gång på gång konstatera det - särskilt när det gäller läkarförsörjningen i andra områden än storstads- och universitetsområdena.

Ett exempel på detta är att man t ex än idag inte kan få regler om att vårdintyg ska utfärdas av specialistkompetent läkare – antalet specialistkompetenta läkare räcker helt enkelt inte till för att täcka landet på ett rimligt sätt. Någon ambition att rätta till detta förhållande förefaller heller inte finnas, varken hos psykiatrisamordnaren eller hos socialstyrelsen, som nyligen utrett frågan. Vi kommer att få fortsätta att leva med att ett av de viktigaste besluten som fattas om en individs liv - det om att tvångsomhänderta individen – och som kommer att för all framtid påverka livsförutsättningarna fattas av en läkare som inte är specialist på psykisk ohälsa och ofta inte kan mera om psykiatri en vanlig människa. Att intagningsläkaren sedan har ett avgörande inflytande för att överpröva vårdintygsbeslutet ändrar ingenting – skadan är skedd redan då vårdintygsbeslutet skrivs in i den beslutande läkarens journal över patienten.

Läkarutbildningen inom psykiatrin drivs på flertalet håll också med för liten bredd. Psykoterapikunskapen är ofta för grund eller närmast obefintlig. En slagsida råder till förmån för medicinska och neurologiska förklaringsmodeller och behandlingsmetoder. Vi måste få en specialistläkarkår inom psykiatrin som förstår de komplexa sociala, psykologiska och medicinska processer som leder till psykisk ohälsa - och som förstår att behandla denna med alla behandlingsmetoder som står till buds och där den enskilde individens behov av återhämtning står i fokus.

Vi stödjer förslaget om att satsa på en kliniskt inriktad psykologutbildning – även om vi har synpunkter på vad den bör innehålla, synpunkter som vi gärna vill få möjligheter att framföra i annat sammanhang än i detta remissyttrande. Vi vill också t ex betona behovet av en ökad psykoterapiutbildning för de yrkeskategorier, främst psykologerna, som har ett direkt behov av att använda psykoterapeutiska metoder i sin behandlingsverksamhet. Enligt vår bedömning kräver detta också en kraftigt ökad utbildning av psykologer (jfr vår bedömning på s 4 ovan).

Vi vill slutligen när det gäller personalförsörjning och kompetensutveckling ta upp frågan om rekrytering och kompetensutveckling av den personal som i betänkandet benämns baspersonal. Denna personal är den grupp människor som brukarna möter i det dagliga livet – i t ex bostadsstödet och i den frivilliga slutenvården samt tvångsvården inkl den rättspsykiatriska vården. Det är oerhört viktigt att denna personal är rätt rekryterad och ges en fortsatt vidareutbildning och kompetensutveckling. Det brister på alltför många håll idag. Personal anställs inte alltför sällan t o m utan ordentliga anställningsintervjuer och annan lämplighetsprövning. Ofta bryr man sig inte om utbildningsbakgrund och liknande utan förefaller gå mera på fysiska egenskaper hos dem man anställer – i varje fall inom tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. Det kan inte tillåtas få fortsätta på det sättet.

Lämplig grundutbildning måste finnas att tillgå för baspersonal av olika slag. Det handlar inte bara om ren kunskapsinhämtning utan även om attitydutbildning och att skapa förståelse för hur man positivt förstärker en återhämningsprocess hos den enskilde brukaren eller patienten. Vidareutbildningen måste också handla om sådana saker. Den modulbaserade basutbildning för baspersonal som håller på att utvecklas i ett av psykiatrisamordnarens riktade projekt är en mycket god idé som vi gärna stödjer.

Idén med en gemensam basmodul och påbyggnadsmoduler för olika inriktningar är en uppbyggnad som vi tror på.

Vi stödjer också förslaget om att se över de grundläggande yrkesutbildningarna inom psykiatriområdet. Här finns stora brister i de obligatoriska delarna medan de tillvalskurser som förekommer i vissa utbildningar kan ha ett bra innehåll. Brukarperspektivet och medverkan av brukare i utbildningen är överlag dåligt tillgodosett. En annan iakttagelse vi gjort är att ju längre utbildningen är desto sämre tillgodoses brukarperspektivet.

Forskning och utveckling

Forskning och utveckling behandlas i huvudbetänkandets kapitel 11.

RSMH stödjer psykiatrisamordnarens förslag när det gäller forskningens inriktning. Vi anser dock att ett viktigt forskningsområde har förbigåtts. Det handlar om det stora och växande behovet av att inrätta ett "Kunskapscentrum för inflytande, empowerment och återhämtning vid psykisk ohälsa". Forskning om återhämtning, empowerment och inflytande bedrivs endast undantagsvis i Sverige idag. Behovet av sådan forskning kommer inte heller att i någon nämnvärd utsträckning tillgodoses inom ramen för det nya forskningscentret CEPIS tillkomst. Det ligger helt enkelt inte i centrets uppdrag som i princip innebär att verka över ett betydligt bredare område - hela det socialpsykiatriska kunskapsområdet - inom ramen av en total budget på fyra miljoner per år.

Kunskapscentret bör ha en nära koppling till brukar- och anhörigrörelsen men också ett nära samarbete med universitet, FoU-verksamhet och professionen. Kunskapscentrat bör ha resurser för att kunna bedriva egen forskning.

Statlig styrning

Den statliga styrningen av psykiatriområdet behandlas i huvudbetänkandets kapitel 12.

Delar av det som sägs i kapitlet har vi behandlat inledningsvis i vårt remissyttrande. Därutöver vill vi säga följande.

De statliga myndigheter som har som en av sina uppgifter att styra psykiatris utveckling, Socialstyrelsen, SBU, IMS, Statens folkhälsoinstitut m fl, måste ha stor autonomi och förhålla sig objektiva till trender och kampanjer inom psykiatrin. De måste skapa balans mellan de forskningsresultat eller behandlingsmetoder som för tillfället marknadsförs och blir populära och övrig kunskap inom området. Idag saknas en sådan autonomi och objektivitet hos myndigheterna, något som leder till att deras budskap ibland blir subjektiva, otydliga och motsägelsefulla.

Myndigheterna måste försöka hålla sig ovanför och vara neutrala i förhållande till de faktorer som tar sig uttryck i att personer som själva tror på en viss behandling tenderar att uppvärdera dess resultat och evidens. Så t ex tenderar den medicinskt inriktade psykiatern att värdera medicinen högre än psykoterapi. För psykoterapeuten är det tvärt om. För att så långt det är möjligt neutralisera den s k partisanfaktorn bör de som arbetar med t ex medicinsk utvärdering rekryteras från alla relevanta vetenskapsområden – och med ambitionen att skapa en god balans. Så ser det inte ut idag.

Psykiatrin är en trendvetenskap och sedan några år är det, åtminstone i Sverige, de biogenetiska förklarings- och behandlingsmodellerna som är ”på modet”. Roten till psykisk sjukdom är att våra hjärnor fungerar felaktigt och ”botemedlet” är symptomdämpande psykofarmaka. Det var inte bättre förr när det blåste andra vindar, när allt skyldes på samhället, uppväxtmiljöerna eller föräldrarna. Både då och nu har de förhärskande synsätten och deras metoder fått en status och en dominans som de inte förtjänar. I den vetenskapliga debatten presenteras ofta de senaste teorierna som om de vore fakta samtidigt som man försöker dölja att den psykiatriska vetenskapen faktiskt inte vet särskilt mycket om den djupare bakgrunden till t ex psykiska sjukdomar som ångestillstånd, depression eller schizofreni.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk utvärdering, SBU, får mycken kritik för sin begränsade vetenskapssyn och valet av kriterier som sorterar bort relevanta forskningsresultat för att de inte passar in i den medicinska modellen. Detta har inte sällan skapat en felaktig bild av vilka behandlingsmetoder som är effektivast och mest uppskattade av brukarna.

Det är också viktigt att de statliga myndigheterna är medvetna om att forskningsresultat och behandlingsmetoder marknadsförs med mycket varierande ekonomiska villkor - och att sådant som förefaller vara stark evidens i själva verket beror på information som sprids med hjälpa stora marknadsföringskonton. Staten borde uppdra åt de berörda myndigheterna att ta fram förslag till hur man kan skapa mera likartade förutsättningar för företrädare för olika behandlingsinriktningar att sprida kunskap och information om sina behandlingar och deras effekter.

Vår bild är att de inblandade statliga myndigheterna försökt att införa det medicinska evidensbegreppet inom det psykiatriska området sedan mitten av 1990-talet – detta utan att ha haft någon genomgripande diskussion om det systemskifte det innebär att ersätta den ”upplysta praktiken” där tanken är att man i den kliniska praktiken följer vad som händer inom forskning och metodutveckling och själva inför ny kunskap och erfarenhet i arbetet.

Man har inte heller diskuterat hur begreppet evidens ska definieras, vilka svårigheter användandet av ett nytt begrepp innebär, för- och nackdelar, konsekvenser för forskare och praktiker och brukare o s v. Idag är ”evidens” det mest ifrågasatta begreppet inom psykiatriområdet. För många är det liktydigt med medicinsk och kognitiv behandling som ofta påstås ha starkast evidens. Andra grupper - forskare, praktiker och brukare - säger emot detta påstående och menar att det handlar om vilka krav man ställer på den forskning som man väljer att ta med i sin sammanställning.

Ambitiösa personer som går till de källor som SBU eller socialstyrelsen hänvisar till i sina rapporter blir inte sällan överraskade över de slutsatser som myndigheterna dragit av resultaten. Man menar att myndigheterna tenderar att övertolka de ofta mycket små skillnaderna mellan olika metoder och ifrågasätter myndigheternas objektivitet och trovärdighet. Det tycks finnas en tendens att få fram ett tydligt resultat av en studie – man vill kunna säga vilken behandlingsform som är bäst. Även om skillnaderna i studierna är mycket små och kan ifrågasättas så vill man utse en vinnare.

Ett särskilt problem är att evidens saknas för det mesta av det som görs inom psykiatri och socialtjänst och att även nyligen genomförd forskning ofta ger svag evidens.

RSMH är inte motståndare till att statsmakterna vill förbjuda psykiatrin att arbeta mer kunskapsbaserat och med så effektiva insatser som möjligt - tvärt om stödjer vi aktivt en sådan utveckling. Systemet med att "den upplysta praktiken" som själv tar ansvar för att hålla sig ajour med och införa nya sätt att förstå den psykiska ohälsan, nya behandlingsformer m m har inte fungerat. Vi är medvetna om att det för vissa sjukdomstillstånd finns effektiva metoder som borde få en ökad tillämpning. Problemet tycks finnas inom all medicinsk verksamhet men är av naturliga skäl större inom psykiatrin. Psykiatrin är en mycket vidsträckt och tvärvetenskapligt präglad vetenskap och praktik - som inbegriper allt från neurologi och farmakologi till socialvetenskap och filosofi. Om man vill lyckas med utvecklandet av en mera kunskapsbaserad psykiatri krävs en pedagogik och ett förfaringssätt som tar hänsyn till psykiatrins tvärvetenskapliga karaktär.

RSMH anser att en bred och fördjupad diskussion, ett rådslag, med alla berörda parter är nödvändig för att en bättre styrning mot effektivare insatser ska kunna ske inom psykiatriområdet. Man måste hitta definitioner av de begrepp som ska användas och som går att nå enighet omkring. Man måste använda tvärvetenskapligt sammansatta grupper i allt riktlinjearbete. Man måste hitta en modell där styrningen uppifrån kan kombineras med den praktiska erfarenheten och där forskningsresultat kan kombineras med de professionellas, brukarnas och de anhörigas kunskaper och erfarenheter.

Brukarinflytande

Brukarinflytande behandlas i huvudbetänkandets kapitel 13.

Vi berör redan i inledningen av detta yttrande frågan om brukarinflytande. Till detta vill vi säga följande. Psykiatrisamordnaren framför fler viktiga synpunkter på hur detta område kan förbättras. RSMH vill dock understryka att mera kunskap och fler förslag till åtgärder har tillkommit som ett resultat av det utvecklingsarbete som det så kallade Inflytandeprojektet i samverkan med brukar- och anhörigorganisationerna bedriver fram till och med maj 2007.

På kort sikt ser vi en diskrepans mellan alla de frågor som brukar- och anhörigorganisationerna förväntas arbeta med och ta ansvar för och de ekonomiska resurser som har ställts till förfogande. Man förväntas till exempel bli fortsätta det utvecklingsarbete som Inflytandeprojektet bedrivit och sprida de metoder som projektet tagits fram, men med en lägre budget än den som Inflytandeprojektet har haft. Kompletterande resurser måste enligt vår uppfattning tillkomma redan under hösten 2007 om psykiatrisamordnarens visioner ska kunna förverkligas.

RSMH anser också att man bör överväga att komplettera de incitament som psykiatrisamordnaren har föreslagit ska införas, t ex krav på samråd för att få utvecklingsmedel, med konkreta krav på att vård- eller servicegivare ska ha en skyldighet att ta fram en plan för hur inflytandefrågorna ska tillgodoseas och finansieras i den egna kommunen eller landstinget. I en sådan planering bör ambitionen vara att man ska upprätta avtal mellan landsting och kommun samt brukar- och anhörigorganisationer om hur inflytandefrågorna ska hanteras.

Huvudmannaskap, samverkan, samordning och ansvarsfördelning

Frågor rörande huvudmannaskap, samverkan och samordning samt ansvarsfördelning behandlas i huvudbetänkandets kapitel 14.

Vi har redan i inledningen och på några andra håll i vårt yttrande berört de frågor som i detta avseende är angelägna för oss. Vi har därför inget i övrigt att tillägga beträffande detta kapitel.

Personuppgifter, journaler och register

Frågor rörande sekretess, personuppgiftsbehandling och journalföring behandlas i huvudbetänkandets kapitel 15. Verksamhetsuppföljning, register och statistik berörs i kapitel 16.

Vi vill när det gäller detta kapitel hänvisa till vad vi anfört i yttrande över remiss rörande den nya patientdatalagen (SOU 2006:82). Vi bifogar detta yttrande som bilaga 4.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Håkan Jarmar
Kanslichef

Kjell Broström
Intressepolitisk handläggare

Sändlista

Riksdagens socialutskott
Riksdagens konstitutionsutskott
Riksdagens arbetsmarknadsutskott
Riksdagens näringsutskott
Riksdagens socialförsäkringsutskott
Riksdagens utbildningsutskott
Statsrådsberedningen
Arbetsmarknadsdepartementet
Utbildningsdepartementet
Justitiedepartementet
Integrations- och jämställdhetsdepartementet
Socialstyrelsen
Statens beredning för medicinsk utvärdering
Läkemedelsverket
Statens folkhälsoinstitut
Rikspolisstyrelsen
Säkerhetspolisen
Domstolsverket
Kriminalvården
Rättsmedicinalverket
Åklagarmyndigheten/Riksåklagarens kansli
Justitiekanslern
Justitieombudsmannen
Sveriges Kommuner och Landsting
Svenska Läkaresällskapet
Vårdförbundet
HSO
Övriga brukar- och anhörigorganisationer inom psykisk ohälsa

Stockholm 2006-06-20

Bilaga 1

Vår handläggare:
Jonas Dahl

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Öppen vård med särskilda villkor – den nationella psykiatrisamordnarens promemoria.

Allmänt om några förutsättningar för tvång i öppen vård

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) har beretts möjlighet att lämna synpunkter på den nationella psykiatrisamordnarens förslag 2006-03-30, Dnr 88/6, om öppen vård med särskilda villkor. Med anledning härav får Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, anföra följande.

RSMH är en organisation som organiserar människor med egen erfarenhet av psykisk och social ohälsa. Bland medlemmarna finns även närstående och andra som har intresse av RSMH:s arbete.

Vi vill erinra om att RSMH tidigare uttalat sig i frågan om öppenvårdsformer med tvångsmedel, bl a i vårt remissvar 1998-06-17 över Tvångspsykiatrikommitténs slutbetänkande "Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård, SOU 1998:32. Remissvaret bifogas. Vi konstaterar att mycket av vad vi förde fram i remissvaret, särskilt på s. 11 – 13, fortfarande är aktuellt.

RSMH vill inledningsvis påpeka att förslagen i promemorian vid ett ytligt betraktande ger intryck av att vara väl utformade och ägnade att stödja personer som drabbats av och lever med psykisk ohälsa. Det är enligt vad vi förstår då lätt att se de positiva inslagen i det paket av förslag som psykiatrisamordnaren presenterar. Att psykiatrin inom kommunerna och landstingen kan leva upp till sina åtaganden är självklart en avgörande faktor för bedömningen av förslagen. RSMH har sedan lång tid tillbaka erfarenheter av hur statliga förslag i praktiken genomförs och utförs av kommuner och landsting och har ingen anledning att bedöma att ett genomförande av de här aktualiserade förslagen skulle ske på ett annorlunda sätt än tidigare. *Vi är således synnerligen skeptiska till kommunernas och landstingens möjligheter att i praktiken leva upp till de åtaganden psykiatrisamordnaren beskriver som viktiga villkor för systemets genomförande, åtaganden som de redan har idag och hittills inte uppfylls.*

Ett av motiven bakom förslagen om tvång i öppenvård som har diskuterats de senaste tio åren och som nu kommer som ett nytt förslag från psykiatrisamordnaren är ett förment behov av att också i öppna vårdformer tvångsmedicinera patienter som vårdas med stöd av LRV och LPT. RSMH har under hela 40-årsperioden som organisationen existerat i olika sammanhang tvingats ta upp frågan om medicinering och vi har ibland betraktats som fientliga mot medicinering. Oftast har vi haft föga framgång i vår argumentation. *Öppen vård med tvångsinslag där den främsta behandlingen med all sannolikhet kommer att vara neuroleptikabehandling och där övriga behandlingsformer, t ex olika former av terapi, av bl a kostnads- och resursskäl med största sannolikhet kommer att prioriteras bort kommer inte att leda till en förbättrad situation för människor med psykisk ohälsa.*

Flertalet av de läkemedel som används i behandlingen av många psykiska ohälsotillstånd har mycket kraftigt negativ verkan på den individ som tar eller tvingas ta det. En del beskriver detta som kraftiga biverkningar medan andra ser det som en del av behandlingseffekten. *Vi vill klart säga från RSMH:s sida att vi ser läkemedelsanvändningen många gånger som ett modernt substitut för lobotomi, dvs man skapar en lugn person utan förmåga till aktivitet och initiativ som passivt fördriver dagen utan känsloliv.* Man kan tala om att många människor

känner sig och fungerar som en zombie. Att sedan en ofta förekommande biverkan på manliga individer dessutom blir en *kemisk kastration* är en omständighet som ytterligare tar bort livslust och livsfunktion hos den medicinerade. Effekten på kvinnor blir ofta liknande den hos mannen och dessutom får kvinnor ofta bortfall av menstruationen. *Skillnaden mot forna tiders lobotomi är hårfin* när det gäller effekterna men självklart slipper man det operativa ingreppet. Medicinerna tar bort individens kraft att gå emot ett friskare tillstånd och därmed skapa förutsättningar för återhämtning. Man existerar men lever inte. Man stannar kvar i sitt ohälsotillstånd – och blir en s k kroniker - i stället för att successivt ta sig ur det.

Genomförs förslaget om tvångsvård i den öppna vården föreligger *mycket stor risk för alltför stor och omfattande medicinering – för mycket, för ofta och för länge*. Det ligger i sakens natur att den behandlande läkaren för att vara på den säkra sidan kommer att se till att patienterna är välmedicinerade, dvs övermedicinerade, för det är ju han eller hon som har ansvaret för att patienten beter sig på ett förväntat sätt ute i samhället när han/hon inte längre vårdas inom den slutna vårdformen. Det ligger enligt vår uppfattning i sakens natur, och stämmer också med våra erfarenheter, att under sådana förhållanden kommer *andra behandlingar än läkemedelsbehandlingar att hamna i bakgrunden*.

Sammanblandningarna mellan LRV- och LPT-vård

RSMH vill principiellt ta upp frågan om den sammanblandning som praktiskt taget alltid sker mellan vård som bereds med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård 1991:1129, LRV, och vård med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård 1991:1128, LPT. Genom att lagarna redovisas i direkt anslutning till varandra och i väsentliga avseenden är identiska eller mycket likartat formulerade blir det i utredningssammanhang och i diskussioner lätt att behandla lagarna på samma eller mycket likartat sätt – alla ”dras över en kam” oavsett om man är dömd till rättspsykiatrisk vård eller tvångsvårdad p g a ett sjukdomstillstånd. I nästa steg gör detta att myndigheter och allmänheten får intrycket att båda lagstiftningarna står för ungefär samma sak och behandlar dem därefter.

Man får enligt RSMH aldrig glömma bort att de två lagarna reglerar två vitt skilda situationer för den enskilde. Oftast handlar det när det gäller tvångsvård enligt LPT om att skydda individen från den egna självdestruktiva kraften.

Utredningar och underlag i annan form som tas fram rörande de båda grupperna, inte minst psykiatrisamordnarens nu föreliggande promemoria, behandlar i alltför stor omfattning de båda patientgrupperna som om de vore delar av en och samma grupp – något som inte är lämpligt. *RSMH föreslår och anser det nödvändigt att de båda lagstiftningarna i framtiden skiljs tydligt från varandra*, t ex genom att i ett första steg skiljas från varandra i nummerserien för författningarna och att de vid omarbetningar ges en mindre likartad och stereotyp utformning. Båda lagarna skulle vinna på att individualiseras och anpassas till förutsättningarna i de båda fallen.

RSMH:s ståndpunkt är att grupperna skiljer sig åt i en sådan omfattning att lagförslag som utarbetas i detta sammanhang eller andra bör vara tydligt åtskilda och avsedda direkt för varje grupp i separat lagstiftning. Att på ett slentrianmässigt sätt sammanblanda behov och åtgärder för dessa olika grupper löser inga psykiatriska vårdproblem och inga problem för individen. Däremot spär resultatet av gemensam lagstiftning på fördomarna kring tvångsvården och stigmatiseringen av de berörda individerna.

RSMH anser att en utredning som den nu aktuella, om den leder till lagstiftning, ger psykiatrin och domstolarna en mycket stor rätt till inskränkning i de medborgerliga rättigheterna och den enskildes rätt till självbestämmande.

Synpunkter på psykiatrisamordnarens förslag

De ovan redovisade synpunkterna är i allt väsentligt av generell karaktär. De kan sammanfattas som att vi är mycket skeptiska till förslagen oavsett om de gäller LRV- eller LPT-vård. Vi tror inte på möjligheterna att i nuvarande system ha öppen vård med tvångsåtgärder mot patienten – i vart fall inte som den faktiska situationen för närvarande ser ut i kommuner och landsting och inte om man eftersträvar förbättring och återhämtning hos patienter som vårdas med stöd av de berörda lagarna. Vi tror inte att ett genomförande av förslaget blir annat än ett nytt, möjligen också dyrbart, experiment till föga nytta för berörda patienter.

RSMH anser att det av psykiatrisamordnaren framlagda förslaget är orealistiskt oavsett om det gäller lagstiftningen enligt LRV eller LPT. Vi vill ändå *inte motsätta oss* förslaget vad gäller gruppen som vårdas med stöd av LRV om regeringen av mycket tungt vägande andra skäl än dem som RSMH kan bedöma avser att genomföra det. *RSMH avstyrker bestämt förslaget i sin helhet när det gäller gruppen som vårdas med stöd av LPT.*

Nedan ger vi några kommentarer på förslagets inverkan på i första hand på denna grupp.

Psykiatrisamordnarens huvudsyfte med förslaget förefaller vara att reglera det överutnyttjande av dagens regler för permissionstider som förekommer inom vissa delar av landet. Gruppen LPT-patienter som är på permission längre än dagens maxtid om ett år uppgår till 7 % enligt socialstyrelsens beräkning. Denna grupp behöver enligt psykiatrisamordnaren längre utslussningstid än vad dagens regler medger.

RSMH ifrågasätter detta behov av längre utslussningstid eftersom det vid ett antal utredningar framkommit att långa permissioner vid LPT-vård är starkt överrepresenterade vid vissa landsting och psykiatriska behandlingsavdelningar, företrädesvis i storstadsregionerna. RSMH anser det mera troligt att skillnaderna vad gäller längden på permissioner (över ett år) inom olika de olika psykiatriska slutenvårdsenheterna istället är hänförlig till en sådan faktor som vårdideologi. Även inställningen hos de olika vårdinrättningarna till lämpligheten och behovet av långvariga tvångsmedicineringar, istället för ett faktiskt ”objektivt” behov av mycket långa permissioner eller som det nu kallas ”Öppenvård med särskilda villkor”, kan förklara skillnaderna. I förklaringen till underlaget kan också ligga att det speglar ett visst mått av godtycke.

Psykiatrisamordnaren skriver i sitt förslag att det behövs bättre individuellt anpassade insatser för att möta den enskilda patientens behov och förutsättningar vid utslussningen från sjukvårdsinrättningen. Att andra behov av vård och behandling än medicinering skulle säkerställas genom förslaget ifrågasätter vi som vi pekat på i det föregående. Psykiatrisamordnarens förslag ger psykiatrin och domstolarna en ny ordning i vilken individer kan komma att tvångsmedicineras under oöverskådlig tid – utan större möjligheter att få prova på ett liv utan mediciner även för de allra sjukaste. Därmed förändras den maktstruktur som råder idag där patienten trots allt inte kan tvångsmedicineras för oöverskådlig tid. Hur den nya maktstrukturen kommer att utkristalliseras är omöjligt att i förväg ha vetskap om. Men en

tydlig indikation av intentionen framkommer vid de så kallade ”anpassningsåtgärderna” på sidan 67 i utredningsförslaget där man säger:

” Samtidigt är det viktigt att framhålla att tvångsmedicinering för en del patienter upplevs som en större integritetskränkning än inlåsning på en sjukvårdsinrättning. Vi vill därför understryka att i ett system med tvång i öppenvård skall självfallet även andra behandlingsmetoder än ren medicinering förekomma t.ex. olika typer av psykoterapi, psykosociala insatser, färdighetsträning och andra rehabiliterande insatser. Vad som får väljas får i varje enskilt fall bestämmas efter samråd med patienten.”

Förslaget att tvångsvården i öppenvård skulle omfatta även andra behandlingsmetoder än renodlat farmakologiska låter ytligt sett bra och är egentligen självklart. Hur rätten för patienten att själv få ta en aktiv del i valet av behandlingsmetod och att medverka i styrningen av behandlingen ska gå till redovisar inte utredningen. Risken är enligt vår bedömning stor att vården i praktiken kommer bestå av depåinjektioner - och att vårdgivaren inte kommer att ha någon annan kontakt med patienten än vid de tillfällen som injektionerna skall ges.

RSMH ser allvarliga brister i en sådan vårdform - där ett antal tvångsvårdade patienter runt om i Sverige kommer att tvångs-/övermedicineras på grund av att det inte kan säkerställas att det finnas personal med ansvar för vård och behandling som kan uppmärksamma den enskilda patientens totala livssituation. Vi har också berört detta inledningsvis. Det framgår vidare av citatet att vilken behandlingsmetod som får väljas, dvs vilken behandlingsmetod som skall bestämmas i varje enskilt fall, skall göras efter samråd med patienten. Vi vill i det sammanhanget påpeka att ”efter samråd med” patienten innebär att även fortsättningsvis någon annan än patienten slutgiltigt är den som bestämmer. Om ett reellt medinflytande på behandlingen avses måste självfallet formuleringen ”i samråd med patienten” användas.

På vilket sätt en eventuell reell sådan valmöjlighet skall kunna få ett konkret avtryck i den psykiatriska tvångsvården och i den föreslagna lagstiftningen har inte psykiatrisamordningen gett uttryck för i sitt förslag. RSMH befarar att en reell samrådsmöjlighet vad gäller behandlingsmetoder inte kommer att genomföras i praktiken utan att detta klart deklarerats i lagstiftningen.

Psykiatrisamordnaren går i sin utredning igenom (avsnitt 4.3, s. 65) kritiken från remissinstanserna som yttrade sig över Tvångspsykiatrikommitténs förslag, SOU 1998:32 och argumenterar emot de argument som då framfördes mot det av Tvångspsykiatrikommitténs presenterade förslaget om införande av ett liknade tvångsvårdsförslag i öppenvård. Vi kan inte finna att denna argumentation stärker psykiatrisamordnarens förslag.

Av remissinstanserna som uttalade sig över Tvångspsykiatrikommitténs förslag var majoriteten emot införandet ett öppenvårdstvång/öppenvård med särskilda villkor för patienter som vårdas med stöd av LPT. Dessutom är karaktären på de remissinstanser som var starkt kritiska mot förslaget den att de är betydligt mera inriktade på rättighets- och patient- och brukarperspektiv än de som var positiva - som så gott som samtliga representerade psykiatrin och domstolsväsendet.

Intressant är vidare att psykiatrisamordnaren anger att det tvång som skall gynna patienterna och leda till förbättringar för dessa inte delas av de organisationer som organiserar dem som riskerar att drabbas av tvånget.

Psykiatrisamordnaren framför också att om ”patienterna däremot kunde få hjälp med att under kontrollerade former ta sin medicin också utanför sjukvårdsinrättningen under längre tid än dagens system medger” så skulle dessa patienter dessutom kunna få bo i sina egna hem istället för att tvingas vistas på en slutenvårdsenhet. Vi vill till detta säga att många patienter har inga egna värdiga hem att komma hem till. Många lever ambulerande liv på olika korttidsboenden, HVB-hem, utslussningsenheter och andra boendeformer - ofta utan vårdinsatser och/eller sociala insatser. Att då som psykiatrisamordnaren föreslår med tvång medicinera människor som inte har gjort sig skyldiga till något annat än att de drabbats av psykisk ohälsa och att de inte delar behandlarens uppfattning om att medicinerna hjälper dem, bidrar knappast till att skapa ett förtroende för psykiatri och andra instanser som har till uppgift att hjälpa utsatta människor. Ett påstående att gruppen, som skall utsättas för öppenvårdstvång, är en prioriterad grupp är svårt att ta till sig eftersom gruppen aldrig tidigare varit vare sig ekonomiskt eller vårdmässigt prioriterad. Utan lagstiftning som garanterar denna grupp en tillvaro och livssituation som ser till den enskilda människans behov av varierat stöd och behandling riskerar öppen vård med särskilda villkor att bli en populär tvångsvårdsform – detta eftersom landstingen kan skjuta över stora delar av kostnaderna på kommunerna.

Psykiatrisamordnaren redovisar också i förslaget att Världshälsoorganisationen (WHO) i en manual pekar på möjligheterna att införa tvång i öppenvård. Till detta vill vi påminna om att Förenta Nationerna (FN) under ett par års tid har arbetat tillsammans med medlemsnationerna på ny FN-konvention för att främja och skydda rättigheter och värdighet för personer med funktionshinder. Av detta arbete återstår under 2006 bland annat att komma överens mellan medlemsstaterna om det kapitel som avser att reglera rättigheter och skyldigheter för personer med psykiska funktionshinder. En av de frågor som grundligt bearbetas för stunden är just vilka sanktioner och åtgärder som kan komma att rymmas inom konventionstexten. Att tvång i öppenvård skulle komma att falla in under de åtgärder som är förenliga med konventionstexten är, såvitt RSMH kan bedöma, långt ifrån säkert.

Slutligen vill vi nämna att vi idag från RSMHs sida skrivit till Regeringen och givit förslag till att en statlig utredning genomförs för att skilja rättspsykiatri från övrig psykiatri och med innebörden att rättspsykiatri bör förstatligas.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Håkan Jarmar
Kanslichef

Jonas Dahl
Förbundsjurist

2006-08-25

Bilaga 2

Regeringen
Justitiedepartementet
10333 Stockholm

Remissyttrande över betänkandet Forensiska institutet – Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri, SOU 2006:63.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har genom remiss från Justitiedepartementet 2006-07-10, dnr Ju2006/5624/PO, anmodats yttra sig över rubricerade utredningsförslag. RSMH får med anledning härav anföra följande.

RSMH har granskat förslagen i första hand utifrån de delar som förslaget berör psykiatrisk vård och människor med psykisk ohälsa. Övriga delar av förslagen har vi inte granskat. Vi konstaterar att utredningen i hög grad är en organisationsutredning och därmed har en teknisk

karaktär. Inom psykiatriområdet behandlar utredningen också ganska ingående ansvarsfördelningen mellan staten och landstingen när det gäller de rättspsykiatriska undersökningarna.

Inledningsvis vill vi peka på att vi uppmärksammat att inom vissa landsting har den rättspsykiatriska verksamheten kommit att breda ut sig och ta en större andel av de till förfogande stående slutenvårdsresurserna. Detta har till syvende och sist lett till minskad tillgänglighet när det gäller att frivilligt kunna få slutenvård. Det förefaller som om denna bristande tillgänglighet i några fall har kommit att få svåra effekter för ett antal sökande patienter som inte kunnat erbjudas tillräckligt omfattande vård.

Vår uppfattning är att den som har ansvaret för rättskipningen, d v s staten, också har det ekonomiska ansvaret för att verkställa sina beslut. Om man således lägger ansvaret för utförandet av vården på någon annan, d v s landstingen, så har man också en skyldighet att betala för sig. I det här fallet blir, med den terminologi som numera ofta tillämpas, staten beställare av rättspsykiatrisk vård och landstinget utförare av densamma. Detta tillämpas ju f ö redan i några landsting. Vill staten beställa den rättspsykiatriska utredningen av landstinget som en inledande del av ett vårdärende så gäller naturligtvis samma sak där, d v s beställaren måste betala för sig.

RSMH anser således att det bör införas ett direkt statligt kostnadsansvar för den rättspsykiatriska vården samt att produktionsansvaret bör kvarstå hos landstingen. Inga andra hänsyn än vårdbehov bör tillåtas styra placeringen av en person som är i behov av rättspsykiatrisk vård. Vi anser det också vara olyckligt att, som sker idag, vårda rättspsykiatriska patienter på allmänpsykiatriska kliniker. Gruppen rättspsykiatriska patienter behöver vistas i en miljö där inte övriga patienter skrivs ut och in och där det finns utrymme att planera för en långsiktig utslussning. Också för att undvika att sådana billigare men kvalitativt sämre lösningar tillämpas är det viktigt att införa ett statligt kostnadsansvar för den rättspsykiatriska vården.

Utredningen redovisar i kapitel 14 förtjänstfullt sin syn på bl a driftansvaret för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten. RSMH finner att de förslag som redovisas i allt väsentligt stämmer med de uppfattningar som förbundet har. Vi tillstyrker därför förslagen i sin helhet. RSMH vill särskilt trycka på att det nu är angeläget att förslagen verkligen genomförs och inte tillåts förvanskas till kompromisser som inte har tydlighet i organisations-, ansvars- och finansieringsförhållanden. Som utvecklingen i övrigt har varit för landstingen har beställar-/utförarmodeller oftast kommit att tillämpas. För att få en likvärdig resursfördelningsmodell inom rättspsykiatrin måste även här beställare och utförare renodlas.

Vi anser det vara viktigt att en lämplig beställarmyndighet för den rättspsykiatriska vården, inklusive de rättspsykiatriska undersökningarna, utses. Alternativ som kan prövas är naturligtvis att göra Forensiska institutet till beställarmyndighet – men enligt vår bedömning skulle också Kriminalvårdsstyrelsen eller Socialstyrelsen, om de tillförs rätt typ av kompetens, kunna diskuteras. Även andra möjligheter att lösa beställaruppgiften skulle kunna diskuteras. Det är viktigt att det blir en beställarmyndighet med sakkunskap och kompetens och med både förmåga att se till att den löpande verksamheten bedrivs på ett kvalitetsmässigt bra sätt och att verksamheten utvecklas i takt med samhället.

RSMH tillställde 2006-06-20 Regeringen en skrivelse, Behov av översyn av den rättspsykiatriska vården, i vilken vi betonade de problem som landstingen idag har att

prioritera rätt mellan å ena sidan den rättspsykiatriska vården och å den andra övriga slutenvårdsformer. Vi förordade att en utredning borde tillsättas. Vi angav som vår syn att rättskipning är en statlig angelägenhet, inte en kommunal och pekade på behovet av ett statligt ansvar. Med detta avsåg vi att staten har det övergripande beställaransvaret och därmed i nästa steg kan välja på vem man vill lägga utföraransvaret samtidigt som man betalar för tjänsten.

Med den utförliga behandling som RMV/SKL-utredningen givit frågan finner RSMH inget behov av fortsatt utredning av frågan om ansvarsfördelningen inom rättspsykiatri. Vi tar tillbaka vår begäran om att frågan skall utredas. Det bör i stället vara möjligt för Regeringen att fatta ett beslut rörande frågan i sin helhet på basis av förslagen i det remitterade betänkandet.

RSMH vill slutligen understryka vikten av att förbundet och andra brukarföreträdare representeras i det Forensiska institutet och andra eventuella organisationskommittéer eller motsvarande som kan komma att tillsättas för att genomföra förändringarna.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

För förbundsstyrelsen

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Håkan Jarmar
Kanslichef

Bilaga 3

Internationella policy- och styrdokument

Återhämtningsperspektivet har fått en alltmer framträdande plats i olika internationella organisationers och länders centrala styrdokument för psykiatrisk vård och socialt arbete.

I den nya *Europeiska deklARATIONEN för psykisk hälsa* som Europas ministrar antog i början av 2005 nämns återhämtningsbegreppet på flera håll bredvid äldre begrepp som rehabilitering, behandling och omsorg. Staterna rekommenderas bland annat att ta fram kvalitetsdokument runt återhämtning, om detta inte redan finns. Det visar att begreppet är legitimt och viktigt i det framtida utvecklingsarbetet i Europas länder.

Policydokument och reformer i flera länder visar att återhämtning blivit ett centralt begrepp och på vissa håll ett övergripande mål för samhällets stöd till personer med psykisk ohälsa. Men efter en genomgång av de riktlinjer och styrdokument för vård och stöd i Sverige finner man att återhämtning som begrepp och idé i stort lyser med sin frånvaro. Vi redovisar nedan hur återhämtningsinriktad vård och stöd lyfts fram i några andra länder.

I *Nya Zeeland* är målet för regeringens reform och handlingsplan kring psykisk ohälsa fram till 2005 att vård- och stödinsatserna skall vara återhämtningsinriktade. Nya Zeelands vision när det gäller psykisk hälsa är att det vara "... ett land där personer med psykisk ohälsa har personlig makt, full delaktighet i lokalsamhället och tillgång till ett fullt utvecklat utbud av återhämtningsinriktat stöd." I den nya handlingsplanen *Improving Mental Health 2005–2015* fortsätter regeringen på den inslagna vägen. Målet för samhällets vård- och stödinsatser är att de ska "... arbeta över gränserna och möjliggöra för brukarna att leda sin egen återhämtning".

I den pågående utvärderingen av reformerna är slutsatsen att kvalitativ psykiatrisk vård hänger ihop med hur väl man lyckas utveckla en "återhämningsinriktning" inom vård och stöd.

I *Storbritannien* pågår också en utveckling. De senaste åren har bland annat National Institute of Mental Health, NIMHE, fokuserat på hur brittiska hälso- och sjukvården behöver utveckla sin verksamhet. Ett exempel är deras "Guiding Principles on Recovery" som publicerades i början av 2005. En månad senare publicerades "Emerging Best Practices in Mental Health Recovery". Den brittiska regeringen betonar i sitt senaste visionsdokument för den psykiska hälsovården hur pessimismen kring möjligheterna till återhämtning för personer med exempelvis schizofreni påverkat dem negativt:

"De flesta har reella möjligheter att återhämta sig – om de får adekvat stöd som ges med rätt värderingar och rätt inställning. Vård och stöd till personer med psykiska funktionshinder måste stödja individer i de sammanhang de själv väljer, ge dem tillgång till samhälleliga resurser som boende, utbildning, arbete, vänskapsrelationer – eller vad som helst som de tycker är viktigt i deras egen återhämtning."

Det brittiska hälsodepartementet publicerade 2003 ett dokument som skulle leda införande av "Support Time and Recovery workers" - en ny typ av yrkesroll som arbetar på nya sätt för att stödja människors återhämtning.

I vårt grannland *Danmark* fattade folketinget år 2001 ett beslut om att regeringen under 2002 skulle ta initiativ till försök där återhämtningsperspektivet sattes i centrum. Uppmaning kom från en utredning om bättre samverkan mellan psykiatri och socialpsykiatri om att genomföra tvärssektoriell forskning och försök med en återhämtningsinriktning. Runt om i landet har det påbörjats projekt, där den psykiatriska vården, rehabilitering och det sociala stödet arbetar återhämtningsinriktat.

I *USA* har en kommission på presidentens uppdrag lämnat förslag på hur vård och levnadsvillkor för personer med psykisk ohälsa kan förbättras. I inledningen på slutrapporten som de 22 experterna lämnade till presidenten slår kommissionen fast att återhämtning i framtiden skall vara utgångspunkten och målet för vården:

"Efter ett år av arbete och efter att gått igenom forskning och vittnesmål finner kommissionen att återhämtning från psykiska besvär nu verkligen är möjlig."

Detta har fått flera konsekvenser. Nya metoder förs fram och nya sätt att organisera stödet till individernas återhämtning prövas. Delstaterna följer sakta efter i policy och vårdprogram. I slutet av 2004 enades myndigheter, intresseorganisationer och en expertpanel på 110 personer om ett nationellt konsensusdokument kring återhämtningsbegreppet.

Även APA - American Psychiatric Association lyfter i sitt arbete och i ett positionspapper från 2005 fram återhämtningsbegreppet och menar att det har mycket att tillföra vård och behandling.

I *Australiens* National Mental Health Plan 2003 - 2008 slås det fast att det är återhämtningsperspektivet som ska vägleda utvecklingen av verksamheterna framåt. Detta börjar få genomslag i policy på delstatsnivå antingen som ett arbetssätt för specifika team eller som generella mål.

(Internetkällor där vi den 10 mars 2007 hämtat ovanstående referenser om aktuella lägen kan erhållas från RSMH).

28 februari 2007

Bilaga 4

Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

Remissyttrande över betänkandet "Patientdatalag" (SOU 2006:82), slutbetänkande av Patientdatautredningen

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH har beretts tillfälle att avge yttrande över ovan nämnda betänkande och vill anföra följande.

Samhällsintressen – personlig integritet

Som framhålls i utredningsdirektiven innefattar frågan om registrering av känsliga personuppgifter inom vården svåra avvägningar mellan skyddet för den personliga integriteten å ena sidan och viktiga samhällsintressen å den andra.

RSMH har i olika sammanhang när frågor av detta slag varit aktuella framfört åsikten den personliga integriteten är viktigare än olika myndigheters intressen av att kunna ta del av information om individers vårdhistoria och hälsotillstånd. Beträffande det aktuella betänkande anser RSMH att utredningen på ett bra sätt balanserat mellan olika intressen och föreslagit ett regelsystem som RSMH i sina huvudsakliga delar kan stödja.

Sammanhållen patientjournal

En av utredningens huvuduppgifter har varit att analysera förutsättningarna för och nyttan av en för samtliga vårdgivare sammanhållen patientjournal. Denna fråga "en patient – en journal" har under de senaste åren blivit en vision som fått en allt bredare uppslutning i den allmänna debatten om hälso- och sjukvården.

Utredningen tar inte steget fullt ut och föreslår en sammanhållen journal, men väl möjligheter till en sammanhållen journalföring. Under vissa förutsättningar kan vårdpersonal därmed få direktåtkomst till varandras journalhandlingar och andra personuppgifter. På så sätt sparas mycket tid, och onödiga dubblering av prover och undersökningar kan undvikas.

Det blir lättare att se vilka behandlingar eller läkemedel en patienten tidigare fått och man minskat risken för att olämplig eller kontraindicerad behandling sätts in.

Den föreslagna lagen möjliggör därför att frustrationen över alla upprepade procedurer minskar, från både vårdpersonalens och patientens sida.

RSMH ser det dock som mycket viktigt att tillgången till journaluppgifter begränsas till dem som har en vårdrelation till patienten. Viktigt är också att vårdgivaren får en skyldighet att dokumentera och kontrollera elektronisk åtkomst. Dessa så kallade loggar måste följas upp kontinuerligt, och patienten ska ha rätt att ta del av vilka som har tittat i hans eller hennes journal.

Om patienterna ska ha förtroende för vården måste man kunna lita till att uppgifterna om ens hälsa är skyddade och det är en grannliga uppgift för hälso- och sjukvården att leva upp till detta.

Utredningen redovisar en rad fördelar med ett sammanhållet journalsystem, men kommer till slutsatsen att det idag saknas grundläggande förutsättningar för att inom överskådlig tid införa en för samtliga vårdgivare sammanhållen journal. Man föreslår därför inte någon lagstiftning om ett sammanhållet system men däremot ett frivilligt alternativ där vårdgivare i gemensamma databaser ska kunna ge och få direktåtkomst till varandras journaluppgifter. Utredningen bedömer att utvecklingen gagnas av att detta arbete sker frivilligt och utan statlig styrning i form av tvingande lagstiftning.

Sekretess genom spärrad information

Utredningen föreslår inte något uttryckligt – skriftligt eller muntligt – och informerat samtycke när det gäller huruvida vårddokumentation ska få göras tekniskt sett tillgängligt för andra vårdgivare i en sammanhållen journalföring. Det skulle sannolikt kräva alltför mycket merarbete för hälso- och sjukvården.

Därför införs ett annat slag av samtycke (tyst samtycke) än det uttryckliga och informerade. Patienten ska vid varje vårdtillfälle ha en möjlighet att motsätta sig att vårddokumentationen görs tillgänglig för utomstående vårdgivare. En spärr ska kunna hävas på patientens begäran, men då av den vårdgivare som lagt in spärren.

Patienten bestämmer själv hur spärren ska se ut. En patient som uppsöker en psykiatrisk klinik vid ett sjukhus kan t.ex. bestämma att spärren ska avse alla utanför sjukhuset eller att spärren avser alla utanför den psykiatriska kliniken där man är patient.

Vid ett nytt besök hos annan vårdgivare kan patienten bestämma om den nya vårdgivaren ska få ta del av annan vårdgivares vårddokumentation som finns tillgänglig i den sammanhållna journalföringen (dvs. icke spärrade uppgifter). Här blir det fråga om ett aktivt samtycke från patienten. Patienten kommer normalt att tillfrågas i anslutning till att patienten har en inledande kontakt med en ny vårdgivare. Här styr således patienten över vad andra vårdgivare får titta på. Förutsättningarna är naturligtvis att det finns en aktuell patientrelation och att uppgifterna kan antas ha betydelse för patientens vård.

RSMH stödjer utredningens förslag. RSMH ser det som utomordentligt viktigt att lagen ger individer möjlighet att spärra tillgång till vissa uppgifter och att detta val ligger helt i patientens händer. Valet att spärra uppgifter ska kunna ske både i det skede då de förs in och i det skede då en annan vårdgivare är i behov av att ta del av uppgifter.

Om patientens samtycke inte kan inhämtas (t. ex. vid medvetslöshet) får *ospärrade* uppgifter hämtas om det handlar om oundgänglig vård och uppgifterna kan antas ha betydelse för vården. *Spärrade* uppgifter ska alltså kunna "blåljusöppnas" vid oundgänglig vård. "Blåljusöppningen" kan dock endast ske inom landstinget. Vårdgivare utanför landstinget kan aldrig "blåljusöppna".

Utredningen går här balansgången mellan att tillgodose vårdens krav att kunna bryta sekretessen och göra "allt" för en patient och att tillgodose patienternas krav på integritet.

Det leder oss fram till ett mycket viktigt krav på att den nya lagstiftningen åtföljs av en satsning på information till patienter och läkare/vårdpersonal om den nya lagstiftningen: vilka möjligheter finns det att spärra information och vilka konsekvenser kan dessa spärra. Informationsmaterialet bör också innehålla verktyg för hur man kan få till stånd en dialog mellan vård och patienten inför de möjligheter och begränsningar som det nya systemet kommer att innebära.

Patientens tillgång till sin journal

Utredningen har haft till uppgift att ta ställning till frågan huruvida patienten ska äga eller ha förfoganderätten över sin journal och om patientjournalen ska vara knuten till patienten och inte till vårdinrättningen eller vårdgivaren.

Utredningen avvisar en nyordning som skulle innebära att patienten äger sin journal eller att den inte längre ska vara knuten till den vårdgivare inom vars verksamhet journalföringen sker. Enligt utredningen ska patientjournaler även i fortsättningen vara ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen med en god och säker vård som främsta ändamål. Patientsäkerhetsskäl talar också enligt utredningen för att de nuvarande grundläggande reglerna om en skyldighet att föra en journal som en del i hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar behålls.

RSMH instämmer i utredningens bedömning men vill uttala vårt stöd för det alternativ som nämns av utredningen, att patienter som vill ska kunna utrustas med elektroniska journalkopior. Tillgängligheten skulle kunna ske i form av sk smarta kort eller minneskort.

Med anknytning till ovan nämnda alternativ anser RSMH att en patient ska ha tillgång till alla uppgifter i sin journal. Det ska vara full öppenhet och gälla journalens hela innehåll. Vi kan inte acceptera att vissa uppgifter i en journal ska vara hemliga eller på annat sätt undanhållas patienten. Patientens tillgång till sin journal bör enligt RSMH bli en tydlig laglig rättighet enligt Patientdatalagen.

Sökbegrepp

Utredningen föreslår att uppgifter om att någon varit föremål för tvångsingripanden enligt LPT och LRV ska kvarstå som undantag från förbudet att använda känsliga personuppgifter som sökbegrepp. Detta motiveras med att sådana uppgifter är av särskilt intresse vid uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av psykiatrisk vård och rättspsykiatrisk vård. RSMH anser inte att dessa motiveringar är tillräckliga och efterlyser ytterligare diskussion och överväganden av integritetsaspekterna beträffande detta undantag.

Nationella och regionala kvalitetsregister

Utredningen föreslår att personuppgifter inte ska få behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister om den enskilde motsätter sig det och att om den enskilde motsätter sig personuppgiftsbehandling sedan den påbörjats skall uppgifterna utplånas ur registret så snart det kan ske. Att slå vakt om integritetsaspekterna vid upprättande av kvalitetsregister är minst lika viktigt som vid sammanhållen journalföring. RSMH stödjer utredningens förslag.

Kvalitetssäkra journalerna

En viktig fråga som utredningen inte berört är kvaliteten på patientjournalerna. Omfattande brister/felaktigheter i journaler som förs på patienter med psykisk ohälsa är inte ovanliga. Detta gäller både inom primärvården och den specialiserade psykiatrin. Psykiatrisk problematik är mångfacetterade och till journalen finns ofta behov av att inhämta beskrivningar av patientens bakgrund (barndom, uppväxt, utbildning), sociala och ekonomiska faktorer, arbetssituation, familj och övriga relationer, tidigare psykisk ohälsa, livshållning, livsåskådning, religion osv. Därtill är det viktigt att det i journalen alltid förs in, de ofta grannliga bedömningar av patientens psykiska status, som ligger till grund för olika tvångsåtgärder. Alla vidtagna tvångsåtgärder måste också föras in i journalerna. RSMH:s erfarenhet är att journalföringen innehåller så stora brister och så många fel att problemet särskilt bör uppmärksammas. När Socialstyrelsen av olika skäl granskar journaler brukar en återkommande anmärkning vara att journalerna håller låg kvalitet. Frågan om hur kvaliteten på psykiatriska patientjournaler ska kunna säkras bör särskilt utredas.

Förstörande av patientjournal

När patienter inom psykiatrin ansöker om att få sin journal förstörd och presenterar godtagbara skäl för detta (t ex felaktiga eller kränkande uppgifter) förhindras ibland

förstörandet av att den som ansvarar för journalföringen med hänvisning till att uppgifterna behövs för patientens vård. RSMH anser att regelverket för förstörande av journaluppgifter som innehåller felaktiga eller kränkande uppgifter bör ses över.

Socialtjänsten

Ytterligare en fråga som utredningen inte kommit med någon lösning på är begränsningar och möjligheter till överföring och utbyte av information mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta problem handlar å ena sidan om att hitta modeller för att vårdgivare som samtidigt gör insatser personer t ex med psykisk sjukdom/funktionshinder/missbruk ska kunna informera varandra och ha en dialog utan att den enskildes integritet sätts ur spel. Denna fråga bör få fortsatt uppmärksamhet.

Stöd till särskilt yttrande av Elisabeth Rynning

RSMH vill uttala sitt stöd för Elisabeth Rynnings särskilda yttrande i sin helhet.

Rynning tar upp några för integritetsskyddet känsliga frågeställningar som utredningen valt att inte behandla, t ex forskningssekretessen och användning av dokumentation i samband med vårdutbildning. Dessa frågor behöver utredas och förtydligas.

Rynning föreslår ett fortsatt arbete med att skapa tydlighet i vilka regler som ska gälla för inskränkningar i patientens självbestämmande när den enskilde saknar förmåga att ge samtycke eller bryta en spärrad information. Det kvarstår också oklarheter om vilka regler som ska gälla för den enskildes möjligheter att i olika vårdssituationer motsätta sig utbyte av information mellan vårdenheter eller enskild personal inom vårdenheterna.

Rynning efterlyser också en samlad översyn av barns och ungdomars ställning i hälso- och sjukvården.

Stockholm den 28 februari 2007

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Kjell Broström
Intressepolitisk handläggare