

RUS / RSMH

Box 15094
104 65 Stockholm

Stockholm den 30 juni 1998

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Yttrande över "Det gäller livet - Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem" (SOU 1998:31)

Riksförbundet Ungdom för Social hälsa (RUS) och Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) avlämnar härmed följande gemensamma yttrande över Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande "Det gäller livet - Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem" (SOU 1998:31).

Barnpsykiatrikommittén har genomfört en ambitiös översyn av stödet och vården till barn och ungdomar med psykiska problem. Betänkandet innehåller en bra redovisning av de problem som finns inom området. Vi uppskattar kommitténs betoning av förebyggande insatser och hjälp i tidiga skeden av psykisk ohälsa. Betänkandet bör, tillsammans med det tidigare lämnade delbetänkandet "Röster om barn och ungdomars psykiska hälsa" (SOU 1997:8), vara användbart för att ge politiker och alla som arbetar med barn- och ungdomsfrågor en bra bild av problemen, deras omfattning och hur de kan lösas.

Vi är huvudsakligen positiva till inriktningen på de förslag som presenteras men beklagar att de inte har formulerats tydligare. Vi hade gärna sett att skarpare formuleringar hade använts och att fler preciserade och konkreta förslag hade lagts fram.

Tyngden i dessa frågor får inte viftas bort lika lätt som de nu görs ute i kommuner och landsting med diverse ekonomiska orsaker som vanligt förekommande anförda skäl.

För att en påtaglig förändring skall ske måste alla berörda, politiker, myndigheter och organisationer visa ett betydligt större engagemang än tidigare och ta initiativ till handfasta, konkreta och kreativa lösningar.

De synpunkter som RUS har framfört till kommittén har i huvudsak tillvaratagits väl i utredningsarbetet och i betänkandet. På några av de områden som betänkandet tar upp vill vi dock föra fram avvikande uppfattningar och viktiga kompletteringar. Våra synpunkter handlar huvudsakligen om följande områden:

- a) Statens roll kontra landstingen och kommunerna (sid 2)
- b) Skolan (sid 4)
- c) Tillitsproblematiken, råd och konsultationsmöjligheter (sid 5)
- d) Behandlingens innehåll, generalist- eller specialistkompetens samt bemötandet (sid 6)
- e) Utvecklingsplaner, samverkan och juridiska rättigheter (sid 9)
- f) Övriga frågor (sid 10)

Tyvärr kan vi inte följa betänkandet i kronologisk ordning när det gäller hänvisningar eftersom likartade frågeställningar dyker upp på olika ställen i rapporten. Vi hoppas att vårt remissvar går att följa trots detta. Sidhänvisningarna inom parentes betyder att frågan på något sätt nämns eller diskuteras i betänkandet på dessa sidor.

Betänkandet berör ofta frågor som också tas upp i Socialstyrelsens rapport "God psykiatrisk vård på lika villkor?" (1997:8) och vi vill därför också hänvisa till det yttrande som RSMH lämnat över denna rapport.

Eventuella stimulansmedel till projekt och försöksverksamheter

Vi hoppas att Socialdepartementet kommer att föreslå att medel ställs till förfogande för att stimulera utvecklandet av nya former för stöd och vård inom det barn- och ungdomspsykiatriska området. En erfarenhet från psykiatireformen är att de försöksverksamheter som sker i samverkan mellan vård- och servicegivare och brukarorganisationer ger bäst resultat. Vi uppmanar därför Socialdepartementet att sätta upp brukarmedverkan som ett villkor för att få stimulansmedel.

A. *Statens roll kontra landstingen och kommunerna*

Två viktiga frågor är följande:

- Har samhället råd att avstå från tvingande åtgärder när det gäller barn och ungdomars hälsa?
- Kan staten lita till att det lokalpolitiska ansvaret tas i den omfattning som behövs?

Vi anser att detta inte är möjligt - utan att ett stort antal barn och unga inte erhåller erforderlig hjälp. RUS och RSMH anser att staten måste ansvara för att en viss miniminivå på kvalitet och kvantitet inom stöd, vård, behandling och rehabilitering upprätthålls. Kommittén har på ett uddlöst sätt tagit upp frågan om statens roll i förhållande till kommunerna och landstingen. Här krävs tydligare förslag och vi uppmanar därför departementet att i sin proposition förstärka skrivningarna i detta avseende.

Variationerna mellan olika landsting och kommuner är oacceptabelt stora ifråga om t ex BUP-resurser och elevvård och förslagen som ges av utredningen är alltför försiktiga för att säkra att kvalitets- och kvantitetsmässigt godtagbara miniminivåer kan uppnås. Barn- och ungdomsfrågor är alldeles för viktiga för att släppas fria till kommuner och landsting i ekonomisk knipa. En starkare statlig styrning är i vissa avseenden helt enkelt nödvändig och starkare krav bör ställas på landstings- och kommunförbundet att se till att lagar och förordningar efterlevs runt om i landet. Ett större engagemang från kommunförbundet och landstingsförbundet bör avkrävas generellt i dessa frågor. Kommuner ska också tvingas göra konsekvensanalyser vid nedskärningar och man bör överväga om öronmärkt ekonomisk kompensation skall ges om ingen annan utväg finns för att upprätthålla dessa miniminivåer.

Socialstyrelsen kan arbeta förebyggande med rådgivning och stöd där det behövs men också på ett skarpare sätt se till att nationellt utformade krav efterlevs. Styrelsens tillsynsverksamhet måste förstärkas och brukarinflytandet öka trots att det är impopulärt på sina håll. Tillräckliga sanktionsmöjligheter ska finnas som försäkrar att barn och ungdomar får den hjälp de behöver oavsett hur kommunen väljer att lägga upp formerna för verksamheten. Stor kommunal flexibilitet ska givetvis tillåtas - huvudsaken är att barnen inte blir lidande av organisatoriska hinder, ekonomiska undanflykter eller annan passivisering lokalt. Socialstyrelsen bör också se till att en nationell samordning sker så att en utförligare dokumentation av den vård och behandling som ges runt om i landet kan uppnås.

Ett exempel som visar på vikten av statlig styrning i dessa frågor är bristerna i att leva upp till vårdgarantin (sidan 217) - köerna till BUP är alldeles för långa. En annat exempel är socialtjänsten som beskrivs som "ytterst en nationell politisk fråga" (sidan 197).

Det är inte acceptabelt att socialtjänstens kompetens ska vara beroende av lokalpolitikernas goda vilja och insikter (sidan 198 och 214). Tydligare riktlinjer för vad som krävs vid specialisering inom barn- och ungdomsfrågor måste kunna ges så åtminstone en miniminivå på kompetensen upprätthålls.

Ytterligare exempel är LSS, åtgärdsprogram och elevvård i skolan, BUPs resurser etc. Vissa minimivillkor måste helt enkelt vara uppfyllda inom kommuner och landsting för att barn- och ungdomar inte ska komma i kläm.

Utbildning och rekommendationer till lokalpolitiker är alldeles nödvändiga, men räcker inte ensamt till för att verkligen få till stånd en förändring för barn och unga den närmaste framtiden.

Staten måste t ex i sin tillsyn över barn- och ungdomspsykiatri begära en uppföljning och kräva att "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSF:s 1996:24)" efterlevs så att en viss miniminivå på kvalitet och kvantitet upprätthålls. Idag tvingas familjer och unga flytta runt i Sverige för att få den hjälp de behöver i form av stöd, vård, behandling samt rehabilitering. Här krävs tydligare förslag om vad som minimalt kan krävas och hur denna miniminivå kan åstadkommas och upprätthållas t ex genom ytterligare föreskrifter och allmänna råd.

Om det inte är möjligt att med nuvarande regelverk åstadkomma en utökad kontroll och styrning måste en ny utredning snarast tillsättas som ser över nuvarande samhällsorganisation, vad gäller ansvarsfördelningen och befogenheterna mellan staten, landstingen och kommunerna samt resursfördelningen inom de områden som påverkar barn och ungdomars psykiska hälsa.

Vi ser inte en kommunalisering av barn- och ungdomspsykiatri som någon bra lösning. Det blir snarare en försämring eftersom de flesta kommuner är för små för att kunna upprätthålla kvalificerade resurser.

Förslag om en sammanslagning av BUP och vuxenpsykiatri, för att lösa problemet med ökande behov och minskade resurser, diskuteras då och då. Sådana förslag fordrar naturligtvis en särskild utredning. RUS och RSMH anser att en sådan integrering skulle vara förödande för barn- och ungdomspsykiatri. Förödande dels med tanke på vuxenpsykiatriens stora brister när det gäller bemötande av familjer och närstående, brist på kompetens och intresse för familje- och nätverksorienterade synsätt, förklarings-modeller och behandlingsmetoder samt fixering vid psykofarmakologiska behandlings-metoder. Dels på grund av den biomedicinska trend som just nu pågår inom hela den specialiserade psykiatri.

Vi ställer oss däremot positiva till en ökad samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatri. Framför allt bör samverkan förbättras mellan ungdoms- och vuxenpsykiatri. Ett intressant förslag som bör utredas ytterligare och prövas är att i samverkan mellan vuxenpsykiatri och BUP utveckla speciella "ungdomsenheter".

A. *Skolan*

Avsnitt 4.3 om skolans elevvård är mycket viktigt men vi skulle gärna se skarpare skrivningar kring skolan i sin helhet eftersom den är så avgörande för hur det ska gå senare i livet vilket också kortfattat nämns i avsnitt 2.6 (sidan 55).

Många av RUS och RSMH:s medlemmar har upplevt mobbning och utanförskap - sambandet är skrämmande starkt oavsett vad som orsakade de psykiska problemen från början. Ett avvikande beteende leder ofta till mobbning som förstärker utanförskapet och eventuella psykiska problem. Det är oftast inte klassrumssituationen som är värst för den som avviker på något sätt utan rasterna och håltimmarna. Det som kan råda bot på denna situation är fler vuxna och kamratstödare kring barnen och de unga på raster och håltimmar, lärare som har en socialpedagogiskt perspektiv, social kompetens och som kan se till att undervisning ges i det vi kallar "livskunskap" (sidan. 167). Tillräckligt många och kompetenta vuxna i barnens närhet är avgörande - samtidigt tar man genom undervisning i detta ämne också tillvara på barnens egna resurser när de lär sig hur man kan stödja och ställa upp för varandra.

Mobbningen nämns endast i förbigående i betänkandet (sidan 100) och man verkar lita på att tillräckligt görs åt detta allvarliga problem. RSMH och RUS tycker inte att det är tillräckligt att hänvisa till den lagtext som finns. Mobbningen ska inte bara motverkas då den redan skett - den måste också förebyggas. Redskapen för att förhindra att den sker måste ges till barnen från vuxenvärlden och då är någon form av livskunskapsundervisning helt nödvändigt för att barnen själva ska kunna ta mer ansvar. Här kommer också Barnkommitténs synpunkt in om att barnkonventionen bör vara obligatorisk i all skolundervisning (SOU 1997:116, sidan 2). Risken är att konventionens budskap bara blir till tomma ord om undervisningen inte fylls med konkret innehåll och ovannämnda frågor passar utmärkt in i sammanhanget. Mycket mer kan alltså göras i skolan för att förhindra psykisk ohälsa. Vi konstaterar att olika varianter av lösningar finns - frågan är vem som ska genomföra dem! Med dagens utbrändhetsfaktor bland många vuxna som jobbar med barn och ungdom ser det inte ljus ut om inte något görs snabbt både från centralt och lokalt håll.

I betänkandet står följande:

Det pedagogiska uppdraget kan därför ej skiljas från uppdraget att uppmärksamma och vaka över skolbarnens välbefinnande, sociala anpassning, kamratrelationer etc. Sannolikt går det inte att nämnvärt förbättra den psykiska hälsan hos svenska barn utan att skolan fungerar som en trygg och stimulerande arbetsplats för den överväldigande majoriteten av alla barn." (2.6 Skolans roll, sidan 55).

Vi anser att skolan måste vara trygg för **alla** barn som går där - annars ska de inte tvingas vara där! Det som beskrivs på sidan 55 är det socialpedagogiska perspektiv som läraren bör få utbildning i och kunna behärska för att klara av dagens skolundervisning.

Detta tänkande/perspektiv nämns som en viktigt inslag i socionomernas arbetssätt (sidan 409) men det är av lika stor vikt att andra vuxna som arbetar tillsammans med barn och unga, t ex lärare, tillägnar sig detta. Hela skolan som kollektiv måste helt enkelt bli mer socialt kompetent tillsammans med att lärarnas individuella kompetens ökar.

Vid en hearing som Funkis-utredningen höll i maj 1997 framkom att det i lärarnas grundutbildning saknas kunskapsinläring om hur man hjälper elever med "beteendesvårigheter" - elever som vägrar, skriker, slåss, gråter, är apatiska, gömmer sig, är tysta etc, det vill säga elever som protesterar på grund av att de lever i stora svårigheter. Rektor för Hjulstaskolan, Elisabeth Söörhus, påtalade också vikten av att människan bakom lärarrollen är en person med socialt engagemang och patos - en person som känner personlig glädje tillsammans med barn och ungdomar. Lärarhögskolan måste därför bemöta studenterna på samma sätt som lärarna sedan ska

möta eleverna och lärarna måste få hjälp med de svårigheter de upplever när de kommer ut i skolans verklighet. Skolans sociala miljö och pedagogiska möjligheter är av yttersta vikt för de barn som har någon form av psykiska eller sociala problem.

Under rubriken "Elevvårdens centrala uppgifter" (sidan 112) står att läraren ska uppmärksamma om eleven har särskilda behov och ska samråda med elev och föräldrar kring detta. Ofta sker inte detta i verkligheten där läraren inte räcker till för alla elever som behöver stöd eller inte har kompetens eller engagemang nog. En miniminivå av elevvård behövs för att kompensera denna situation så att kurator eller psykolog på ett avdramatiserat sätt hinner träffa varje elev enskilt minst en gång varje år. Förslag på en miniminivå på elevvårdskostnaden är bra men ett minimikrav bör också ställas på det antal timmar elevvård som skolan ska kunna erbjuda. Vi tycker dessutom att en starkare form av kontroll- och sanktionsmöjligheter måste finnas för Skolverket i de fall där kommuner/skolor inte uppfyller de krav som bör ställas på skolan, t ex i fråga om åtgärdsprogrammen som alltför sällan upprättas. Även någon form av "stimulanspaket" kan vara viktigt som uppmuntringsåtgärd. Förslag på hur man följer upp åtgärder inom skolan på ett kraftfullare sätt bör därför utformas snarast av Skolverket (10.3.4 sidan 419).

Margot Wallström har föreslagit att skolhälsovården ska ses över - detta borde vara ett förslag om hela elevvården istället. Barnens psykiska och fysiska hälsa hör ihop. En helhetssyn krävs som inte får förhindras av departementens arbetsuppdelningar. Kan inte t ex utbildningsdepartementet och socialdepartementet försöka samverka på ett tydligare sätt i dessa frågor och föregå som ett gott exempel i diskussionerna om det samarbete som måste till på alla nivåer?

A. *Tillitsproblematiken och behovet av råd och konsultationsmöjligheter*

I kapitel 3 nämns de olika begrepp som används i betänkandet. Möjligheten att erhålla rådgivning och konsultation är mycket viktigt men nämns inte specifikt under rubriken "stöd" (sidan 69-70). Exempel på bra sådan verksamhet är ungdomsmottagningarna och föräldrautbildningen. Men vart vänder man sig i övrigt utan att behöva vara rädd för att bli "stämplad" och skuldbelagd? Fler liknande stödåtgärder behövs för familjer med problem.

Familjers bristande tillit till myndigheterna är ett problem som borde få större uppmärksamhet i betänkandet. Nya former måste initieras och satsas på så att familjer med problem mer lättillgängligt kan få möjlighet till råd och konsultation. Ett för starkt diagnostisktänkande hindrar att ett förtroende kan upprättas då familjen lätt blir diagnosticerad som "störd" från början. I de fall där **allt** som går att göra har gjorts måste tvångsåtgärder ske för att skydda barnet. I detta sammanhang vill vi dock deklarerat vår ståndpunkt att informationsinsatser och relationsskapande åtgärder är viktiga för att skapa tillit och att det idag finns stora brister inom detta område. Tilliten skapas inte genom fler påtryckningsmedel och sådana lösningar bör endast användas undantagsvis.

Förslaget om vidare utredning av vård och behandling utanför det egna hemmet samt av långvariga familjehemsplaceringar, inklusive adoptionsfrågan, är viktigt (sidan 196).

Liksom flyktfamiljer som är dåligt insatta i svenska vårdapparatusens regelsystem kan även övriga familjer behöva hjälp med att tolka olika myndigheters funktioner och sätt att arbeta (sidan 389). Socialtjänsten kunde t ex bli mer synliga inom basverksamheterna och informera om hur de jobbar och vilka stödresurser de har till sitt förfogande till föräldrar och den personal som sedan ska figurera som länkar mellan familjerna och IFO (individ och familjeomsorgen) (sidan 298). Om IFO står för rådgivning och konsultationen i kommunen måste denna verksamhet finnas separat och avskild från IFO:s övriga verksamhet för att förtroende ska kunna upprättas (sidan 298-299). Även BUP måste synliggöra sig själva och finnas tillgängliga som utbildningsresurs när lärare ska öka sin kompetens kring barn med svårigheter i skolan. En förutsättning är att de får tillräckliga resurser för att kunna göra detta.

Det krisperspektiv som nämns i RUS undersökning "Synpunkter från unga med brukarerfarenhet" (sidan 176) för också med sig att det borde finnas "krismottagningar eller kristeam" i alla kommuner dit familjer, barn och unga kan vända sig akut för en första hjälp motsvarande den man får vid fysiska skador. Rådgivning och konsultation kan ges även där och teamet bör ha sådan kompetens att de kan lägga upp en plan och hjälpa till med att remittera/slussa vidare till andra instanser med vilka de kan samarbeta oavsett om det gäller vård, behandling eller praktiska problem med skolgång, sysselsättning, bostad, ekonomi etc. Primärvården skulle också kunna spela en mycket större roll här och ha "huspsykologer" likväl som husläkare samt större barn- och ungdomskompetens (sidan 168).

Bra modeller för ovan nämnda råd- och konsultationsverksamhet bör ges goda ekonomiska förutsättningar att överleva, t ex Rädda Barnens "Föräldrar emellan" och "Centrum för barn och ungdomar i kris" (sidan 284). Gruppverksamheter för barn till missbrukare och psykiskt funktionshindrade måste säkras ekonomiskt med tanke på den mycket viktiga verksamhet de bedriver (sidorna 130, 133, 134, 137, 410). Med tanke på de olika kostnader som tabellen visar på sidan 280 måste rådgivning och anknytande förebyggande verksamhet bli av stor ekonomisk betydelse. (Jämför ungdomsmottagningskostnaden på 160 kr/besök jämfört med BUPs slutenvård ca 5.000 kr/dygn!).

A. Behandlingens innehåll, generalist- eller specialistkompetens samt bemötandet

Kommittén för i kapitel 6.5 (sidorna 217 f) ett resonemang som vi uppfattar som motsägelsefullt och svårt att förstå.

Man lyfter fram vikten av att det finns möjligheter till differentierad behandling, differentierade vårdavdelningar och specialiserade team för barn och ungdomar med ovanlig och/eller komplicerad problematik. Vidare att barnpsykiatrer bör ha en hög grundkompetens i neuropsykiatri så att man förmår anlägga en helhetssyn på barns utveckling och psykiska problem. Dessutom finns behov av en specialiserad kunskap vid komplicerade och svårbedömda neuropsykiatriska problembilder. Ett annat exempel på behovet av ökad differentiering och specialisering är kompetens i kognitiv beteendeterapi. (Sidorna 226-228)

Samtidigt hävdar utredningen att motsättningar mellan olika förklarings- och behandlingsmetoder inte ska få drabba individen och att de specialiserade teamen bör arbeta inom eller nära den allmänna barn- och ungdomspsykiatrin, så att det tvärvetenskapliga arbetssättet vidareutvecklas och fördjupas. Individens valmöjligheter i fråga om vård- och behandlingsformer måste öka och ett brett spektra av olika typer av behandling bör finnas tillgängliga över hela landet.

Vårt intryck är att utredningen menar att de psykologiska och socialvetenskapliga synsätten har blivit alltför dominerande inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin och att den nu bör närma sig andra medicinska specialiteter, i första hand neurologin. Bakom dessa ambitioner finns motsättningar mellan olika synsätt och en pågående medicinsk och neuropsykiatrisk trend. Barnpsykiatrikommittén har liksom Socialstyrelsen i sin nationella översyn alltför mycket påverkats av partsintressen som företräder ett medicinskt synsätt.

Problemet med de förslag kommittén har lagt fram är att den ökade differentieringen och subspecialiseringen kommer att ske på bekostnad av just helhetssynen. Att samarbetet mellan specialister och generalister kommer att ytterligare försvåras och att vi riskerar att utveckla en specialistpsykiatri som är mer isolerad från övriga vård- och servicegivare än idag och som befinner sig på ett längre avstånd från patienterna och deras verklighet. Detta kan också leda till att kompetensöverföring och möjligheter till konsultationer från specialistpsykiatrin till generalistpsykiatrin försvåras. En annan risk är att behandlingsutbudet, tvärtom intentionerna, minskar och blir ännu mera ojämnt fördelat över landet.

Ett annat problem är utredningens förslag att specialistresurserna i första hand skall koncentreras till barn och ungdomar med tidig risk att utveckla svår psykisk störning samt ungdomar i inledningsfasen till utveckling av psykisk sjukdom. Problemet består i att kunskaperna om vilka tillstånd hos vilka barn och ungdomar som innebär den största risken och den allvarligaste prognosen är mycket dåliga, möjligen med undantag för vissa speciella diagnosgrupper som skulle kunna ta stor del av resurserna i anspråk. (Sidorna 217 och 225)

Kommittén för bl a i denna del av betänkandet en märklig diskussion om att "hälsan tiger still" och använder detta som ett argument för att man inte behöver se så allvarligt på den kritik som framförs från brukarorganisationerna. Denna argumentation riktar sig, så vitt vi förstår, i första hand mot "diagnosgrupperna" som företräder speciella särintressen. Vi vill påpeka att RUS och RSMH inte företräder speciella diagnosgrupper utan hela tiden arbetar med ambitionen att förbättra den psykiatriska vården och servicen i sin helhet. Vi vill också kraftigt invända mot påståendet att "hälsan tiger still". Det är ett talesätt som inte har någon relevans när det gäller psykisk hälsa. Våra erfarenheter är snarare att det förhåller sig tvärtom. (Bl a sidan 227)

Barn- och ungdomspsykiatrin kommer med all sannolikhet att behöva utökade resurser under de närmaste åren. De förebyggande insatser som man bl a bör satsa på kommer sannolikt att ha effekt efter några år så att behovet

av resurstillskott avstannar. Ett område där satsningar sannolikt kommer att visa sig kostnadseffektiva är mellanvårdsformerna.

Behovet av satsningarna på barn- och ungdomspsykiatrin för att förbättringar av den psykiska hälsan i framtiden kan liknas vid behovet av att sanera ett ökande budgetunderskott. Kraftfulla åtgärder måste vidtas nu om man skall kunna minska den accelererande utvecklingen av psykisk ohälsa i framtiden.

Behovet av behandlingsforskning är stort (sidan 418) och ska satsas på som föreslås. Vi vill påpeka vikten av att tillfråga ungdomarna själva, både de som är under behandling om vad de anser sig behöva och de som har behandlats klart om vad som var bra och vad som var dåligt under behandlingsperioden. Liksom förslaget under 4.4 om invandrarbarnens behov (sidan 114) bör alla barn och ungdomar få forma sin berättelse och uttrycka sig i ord och bild med en engagerad mottagare av dessa budskap. Nationell dokumentation av bra metoder som fungerar bör sammanställas och finnas lättillgänglig. Utredning av institutionsplaceringarna bör enligt förslaget (sidan 196) ske snarast då vårdresultaten är skrämmande dåliga.

Ett kompetent bemötande är A och O vid psykiska problem. Det interkulturella arbete som beskrivs i betänkandet (sidorna 392-394) är ett bra exempel på hur det bör gå till för alla som söker stöd och hjälp. Att få berätta sin historia och kunna diskutera existentiella frågor om så önskas är viktigt. En stor varsamhet måste genomsyra bemötandet av sköra personer i kris. RUS tycker att en lämplighetskontroll bör införas på de som jobbar inom BUP och med barn och unga inom socialtjänsten. Vården har tyvärr en tendens att bli alltför svartvitt utformad och nyanserna hos patienten förbises lätt då gråskalor mellan vad som är "sjukt" och "friskt" inte finns. Allt blir stämplat som sjukt, även friska reaktioner på en svår situation. Den som mår dåligt får krympt levnadsutrymme och sunda känslor måste hållas tillbaka. Risken är att problemen förvärras eller att medicineringen ökas. Bemötande inkluderar också en social och emotionell kompetens och att inte låta den intellektuella kunskapen ta över helt. Kompetens innebär därmed inte enbart medicinsk och pedagogisk kunskap utan inkluderar även den psykologiska biten.

"Första hjälpen-kompetensen måste öka vid psykiska kriser - det kan jämföras med när en person kommer in och håller på att förblöda: man ger då inte blod utan försöker stoppa blodflödet. Liknande bör man inte ge medicin, utom i yttersta nödfall, utan försöka hjälpa personen med en trygg och varm miljö, att få äta och sova, bli tilltalad av människor som bryr sig, det vill säga det som själen behöver liksom ett fysiskt sår behöver ett förband.

Kompetensutveckling måste också innebära brukarkompetens (kapitel 10). Brukarperspektivet måste in i alla utbildningar och inte bara i sjuksköterske-utbildningarna som det ser ut för närvarande (förekommer ibland i mentalsköterske-utbildningen också). Den informationsbrist som många hjälpsökande upplever enligt RUS erfarenheter (sidan 174), borde också kunna åtgärdas om högre brukarkompetens uppnås generellt.

Socialtjänsten måste ha djup och bred barn- och ungdomskompetens med psykologer ovillkorligen med i arbetsteamet. En av hemligheterna med ungdomsmottagningarnas framgång förtjänar att betonas, och den utgörs av bredden i kompetens som jobbar i team med ett förankrat brukarperspektiv och helhetssyn på individen (sidan 189).

Betoningen på det familjeinriktade arbetet och nätverksarbetet är viktigt och lyfts alltmer fram i diskussioner om god vård liksom betoningen på samtalet och dialogen. Detta arbetssätt ska inte bara vara förbehållet socialtjänsten (sidan 200). Familje- och nätverksarbete har ju tidigare varit kännetecknande för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet.

A. Utvecklingsplaner, samverkan och juridiska rättigheter

Till brukarnas perspektiv (6.1 sidorna 161-179) skulle vi vilja lägga till betydelsen av "utvecklingsplaner" som skulle kunna upprättas för ungdomar inom den psykiatriska vården (jmf behandlingsråd och individuella planer för ungdomar på institution sidorna 347 och 349, och åtgärdsprogram inom skolan, sidan 113). Dessa ska vara både kort- och långsiktiga och handla om fortsatt behandling, sysselsättning, ekonomi, nätverk etc. För att kunna må bättre måste det praktiska vardagslivet fungera och generösa rehabiliteringsvillkor måste kunna erbjudas med en ekonomi som kan fungera för ungdomar över 18 år. Många gånger handlar det mindre om själva vårdfrågorna än om stöd och hjälp med dessa vardagsfrågor. Vi vill gå ett steg längre än de individuella vårdplaner som nämns i betänkandet (sidan 219) och betona att det inte bara är vård som ska ingå i planen utan en plan för hela individens utveckling. Övergångarna mellan barn-, ungdom- och vuxenstadierna måste kunna ske smidigt utan

negativa konsekvenser pga regler och förordningar. Någon typ av kontakt inom vården och/eller stödperson/-familj som finns kvar vid dessa övergångar är mycket värdefullt - någon att lita på, som man känt en längre tid och som man kan ringa när man mår dåligt och behöver prata.

LSS måste börja fungera bättre (sidan 231) och habiliteringstänkandet (sidan 248) allmänt öka.

Det egna inflytandet och det respektfulla mötet måste generellt få större genomslagskraft. En vårdperiod bör alltid utvärderas och patienten/klienten bör ges tillfälle att framföra önskemål om hur han eller hon vill bli bemött och behandlad vid ett eventuellt senare vårdtillfälle. Ett så kallat vårdtestamente.

Vi anser att det är viktigt att reda ut och definiera de begrepp som används så att missuppfattningar och tvister om vad de betyder kan undvikas.

Det måste göras klart för alla inblandade att "behandling", "boende", "sysselsättning", "rehabilitering" och "arbetsträning" är delar i en helhet i en människas livssituation, t ex när en ung person med sammansatt problematik bör vistas på behandlingshem. Alla delar kan ingå i en sådan vistelse och ändå strider huvudmännen om vem som ska betala istället för att göra gemensam sak och hjälpa individen utifrån dennes behov och utgångspunkter. Landstinget, kommunen, försäkringskassan och arbetsmarknads-myndigheterna, skulle alla göra besparingar om de personer det handlar om fick möjlighet till ett stöd präglat av helhetssyn istället för att kostsamma rundvandringar i samhällssystemet sker med stort mänskligt lidande som följd.

Kommittén fick enligt betänkandet flera uppvaktningar gällande frågan om var gränsen går mellan kommunens och landstingets ansvar, dvs mellan socialtjänsten och sjukvårdens insatser (sidan 310). RUS har kommit i kontakt med flera "fall" där ungdomar med sammansatt problematik drabbats av just denna osäkerhet i fråga om hur lagar och regler ska tolkas i praktiken. Det går oftast att komma undan sitt ansvar från vårdgivaren/myndigheternas sida och individen står i praktiken helt rättslös när parterna inte kan samarbeta. Förslaget om att skyndsamt se över lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, är därför brådskande.

Brukarinflytandet nämns som viktigt på flera ställen i betänkandet, dock inte tillräckligt tydligt i fråga om behandlingsråden (sidan 347). Brukarens delaktighet är särskilt viktig när flera myndigheter samverkar.

Sekretessfrågorna är mycket viktiga - brukaren ska alltid ge sitt samtycke till utlämnande av uppgifter. Vi vill också understryka att barn måste, om de vill ha det så, kunna få hjälp utan att föräldrarna får reda på det. (sidan 165)

RUS och RSMH anser att det finns brister i barn, ungdom och familjers rättssäkerhet och rättsskydd. Frågor som gäller barn och familjers rätt till stödperson, personligt ombud, kontaktperson och kontaktfamilj bör utredas ytterligare. Detta gäller även rätten till juridiskt ombud.

F. Övriga frågor

Definitionen subjektiva-objektiva symtom (sidorna 61 och 166)

Vi anser att begreppen "subjektiva och objektiva symptom" inte är konstruktiva. Kommitténs definition av objektiv och subjektiv skiljer sig från den betydelse som man normalt lägger in i dessa begrepp. Symtomen behöver inte i den mening man normalt ger begreppet, vara objektiva bara för att omgivningen uppfattar ett beteende som problem.

Det subjektiva symptombegreppet medför att vuxna kan ignorera problemen och i de objektiva ingår att de mer beskriver problemen i omgivningen istället. Begreppen hindrar medkänsla och kan antyda att barnet inbillar sig olika saker om symptomen inte leder till problem för omgivningen (t ex den tysta och lugna eleven som klarar skolarbetet bra men mår dåligt inombords).

Distinktionen är onödig och bör undvikas. En viktig distinktion är däremot den som görs mellan inåtvända och utagerande problembilder. Huvudsaken är att barnet/den unge får hjälp att formulera sina problem och inte ifrågasätts ytterligare vilket är mycket skadligt för självkänslan.

Anmälningsskyldigheten (sid 306)

Barnets bästa ska alltid komma i första hand och där inget annat är möjligt ska anmälningsplikten alltid understrykas. Alla som jobbar inom barnomsorg, skola, socialtjänsten och hälso- och sjukvård bör kontinuerligt och obligatoriskt erhålla information och utbildning om anmälningsplikten och hur den ska användas och i samband med detta skriva under på att man erhållit denna information. En särskild informationsatsning behövs om lagen verkligen ska börja tillämpas i praktiken. Denna satsning bör lämpligtvis kombineras med en ökad satsning när det gäller att erbjuda familjer frivilliga råd- och stödinsatser.

Prioriteringar (sidorna 217 och 225)

- Prioriteringar är värderingsfrågor - vad skall prioriteras i BUP-sammanhang och vilket beslutsunderlag skall användas?
- Svårigheter att prioritera rätt när basverksamheten fungerar dåligt?
- Hur motiverar man och förklarar att vissa grupper/diagnoser/områden skall ges högre prioritet än andra?

Någon diskussion om dessa frågeställningar förs inte i betänkandet. Vi saknar också en samlad analys av alla de behov som finns inom det barn- och ungdomspsykiatriska området och beskrivningar av vad som går att klara med befintliga resurser. Vi efterlyser beräkningar av vilka resurstillskott som behövs och konsekvensanalyser av vad som kommer att hända utan resurstillskott.

Johanna Sandberg
Ordförande i RUS

Jan-Olof Forsén
1:e vice ordförande i RSMH

genom Jan-Olof Forsén