



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

Stockholm 2010-08-31

Yttrande över Socialstyrelsens preliminära version av Riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

Socialstyrelsen har under våren 2010 presenterat en preliminär version av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. RSMH har erbjudits möjlighet att lämna synpunkter på dessa riktlinjer, dels vid seminarier och dels i skriftlig form.

Övergripande synpunkter

RSMH är positiv till initiativet att ta fram riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Riktlinjerna tar upp viktiga insatser som i större utsträckning borde användas och utvecklas. Flera av dessa insatser borde finnas med i basutbudet i den psykiatriska vården och omsorgen runt om i landet. Vi hoppas att dessa riktlinjer kan bidra till att öka politikernas och verksamhetsansvarigas ambitioner och vilja och se till att bra verksamheter får resurser och möjligheter att utvecklas så att sådan verksamhet som idag bedrivs slentrianmässigt kan ersättas med ambitiösare satsningar. Flera av de metoder som nu rekommenderas är inte nya utan har prövats i olika former – ofta som tidsbegränsade projekt – men utan att i konkurrens med de gamla metoderna kvalificera sig som reguljära verksamheter. De har prövats – utvärderats positivt – och lagts ner.

Ett mycket stort dilemma är dock att riktlinjerna till stor del baseras på forskning och i liten utsträckning på professionellas, brukares och närståendes erfarenheter och att riktlinjerna endast tar upp en del av de psykosociala insatser som bedrivs idag. Vi saknar en diskussion om varför denna obalans har tillåtits uppstå och vilken betydelse den kan förväntas ha för utvecklandet av en evidensbaserad praktik. Vi finner det angeläget att Socialstyrelsen innan riktlinjerna ges ut initierar en diskussion om detta. Det är också viktigt att överväga vilka strategier som bör användas för att uppvärdera de professionellas och brukares och anhörigas erfarenheter. Hur ska dessa erfarenheter systematiskt samlas in, sammanställas, analyseras och integreras med det fortsatta riktlinjearbetet?

Obalansen mellan de tre benen i riktlinjearbetet får flera olyckliga konsekvenser:

- Riktlinjerna förbigår i stor utsträckning sådana insatser som utförs av baspersonal och patient-, brukar- och anhörigorganisationer eller inom andra delar av det civila samhället. Om den psykiatriska vårdens insatser finns betydligt mer forskning än om insatser inom de andra verksamhetsområdena.
- Riktlinjerna förordar genomgående ett manualbaserat arbetssätt och har en inriktning som premierar och ger god evidens till insatsen som genomförs utifrån en manual eftersom manualiserade insatser oftare beforskas och är lättare att beforska. Brukares och närståendes erfarenheter pekar ofta i en annan riktning där insatser som bedrivs utifrån manualer beskrivs som dåligt anpassade till individen och mindre framgångsrika.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

- De avsnitt som brukare och närstående tycker är viktigast (och där de upplever att de största bristerna finns) förbigås i riktlinjerna. De handlar om personalens värderingar och attityder, om relationerna mellan brukare, närstående och professionella och om hur man stödjer återhämtning, utveckling, självständighet och egenmakt.

I riktlinjerna finns ett sådant avsnitt – det omfattar en och en halv sida och har placerats längst bak i bilaga 3. Texten och dess placering ger associationer till en undandömd reservation i en statlig utredning. Bilaga 3 bör omarbetas, fördjupas och utgöra ett nytt inledande kapitel i riktlinjerna. Ett sådant kapitel bör också ta upp frågor som rör brukarens makt och inflytande och närståendes delaktighet. Man bör belysa dessa frågor ur etiskt perspektiv, som en fråga om mänskliga rättigheter och som en fråga om att personer med schizofreni inte ska diskrimineras utan ha samma rättigheter som andra. Man kan därtill belysa frågan ur ett behandlingsperspektiv och konstatera att insatserna blir effektivare om brukare har inflytande och närstående är delaktiga i planering och genomförande av insatserna. Brukarnas inflytande och självbestämmande får inte reduceras till en ”metod” med måttligt vetenskapligt stöd för ”behandlingseffekt” (så kallad ”shared decisionmaking”). Inflytandet är en mänsklig och – i såväl grundlagen som hälso- och sjukvårdslagen - fastslagen rättighet, oavsett evidens. Det är ändå positivt att metoden tas upp i riktlinjerna. I bästa fall kan den fungera som en dörröppnare och öka ambitionerna när det gäller delaktighet och inflytande och stimulera till nytänkande och utveckling inom detta område.

Riktlinjerna har en biologisk slagsida och beskriver i första hand schizofreni och psykos som uttryck för psykiologiska sjukdomstillstånd. De psykosociala insatsernas funktion är endast att modifiera eller komplettera grundläggande psykofarmakabehandling. Formuleringar i texterna borde korrigeras med målsättningen att skapa ett dokument som är tvärvetenskapligt till sin karaktär. Psykiatri betraktas visserligen ofta som en medicinsk vetenskap men i sin praktik är den i högsta grad en tvärvetenskaplig verksamhet. Eftersom riktlinjerna handlar om psykosociala insatser och vänder sig till en bred målgrupp: politiker, chefer, personal inom vård och socialtjänst, brukare och anhöriga - är det viktigt att det språk som används är lättillgängligt och att man undviker medicinsk terminologi. Man skulle exempelvis kunna tala om ”psykotiskt tillstånd” istället för ”psykotisk sjukdom” och undvika medicinska termer som remission. Istället för att beskriva psykosociala insatser som ”komplement” eller ”tillägg” till läkemedelsbehandling borde man tala om ”kombinationer” av olika insatser.

Vårt intryck är att man i riktlinjearbetet försökt följa de trender som de senaste åren varit aktuella i det psykiatriska forsknings- och utvecklingsarbetet. Inom psykiatrin finns alltid trender som växlar snabbt och mycket av det som var på allas läppar för tio eller femton år sedan är bortglömt idag. Vi tror att detta kan leda till att riktlinjerna kommer att ha kort hållbarhet och bli ifrågasatta både inom professionen och bland brukare och närstående. Exempelvis rekommenderas metoder som utvecklats och fått vetenskapligt stöd i andra länder och som nu lanserats i Sverige - men utan att det finns någon svensk forskning eller att man inhämtat erfarenheter från professionen, brukarna eller närstående om hur metoden fungerar eller om hur den skulle kunna anpassas till svenska förhållanden.

Ett annat exempel är rekommendationerna när det gäller psykologisk behandling där man - med stöd av forskningssammanställningar som är föråldrade redan efter några år - låser sig

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

vid vissa psykoterapiformer och utmönstrar andra. Många brukare upplever detta som att man från statens sida försöker tala om vad som är bäst för dem – och fråntar dem deras möjlighet att själva bestämma vilken psykologisk behandling som är lämplig. Även om detta inte är vad riktlinjerna syftar till anser vi att det finns en sådan risk. Evidens blir ett nytt maktredskap för att tala om för brukaren vad som är det bästa för honom eller henne och vad han eller hon bör undvika.

En fråga som bör ställas är om riktlinjerna i sin nuvarande form kommer att vara till nytta eller till skada. Uppfattningarna bland brukare varierar. Några lyfter fram de rekommendationer som står på RSMH:s önskelista och menar att de kan öka huvudmännens och personalens förändringsvilja. Andra menar att om ingen ytterligare omarbetning görs är det bättre om de dras tillbaka. Denna ståndpunkt bygger på att man ser risker för försämringar om riktlinjerna ges ut. Politiker och chefer som behöver spara pengar kan få en anledning att minska utbudet och valmöjligheterna och enbart behålla de insatser som har hög forsknings-evidens. Sådana erfarenheter finns sedan tidigare när det gäller riktlinjer inom andra områden och har inneburit att alternativen minskat och att viktig kompetens gått förlorad inom vård och omsorg. Politiker är inte sällan lyhörda för rekommendationer när det gäller exempelvis psykologisk behandling. Man tycker att det är frustrerande att man inte kan enas om en form av behandling och ge den till alla. En annan riskfaktor är den brist på kunskap och mytbildning som råder om exempelvis olika psykoterapiformer. En vanlig missuppfattning är att psykodynamisk psykoterapi handlar om många års ältande av barndomen, men det är långt ifrån vad modern psykodynamisk psykoterapi – framför allt inte psykospsykoterapi - handlar om idag.

Ett vanligt argument för att riktlinjer snarast bör tas fram är att om psykiatrin kan uppträda enigt och samstämmigt så skulle den öka politikernas vilja att tillföra nya resurser. Förutsättningarna för entydig evidens inom den psykiatrin är emellertid sämre än inom den somatisk forskning och praktik. Verksamhetsområdet innefattar ett helhetsperspektiv på människan med en lång rad mer eller mindre svårsmätbara påverkansfaktorer – självklart biologiska men också psykologiska, sociala, kulturella, ekonomiska osv. Detta innebär en tvärvetenskaplig spännvidd där det naturvetenskapliga vetenskapsidealet inte kan ge fullödiga svar.

En riskanalys bör göras där man försöker beskriva vilka positiva och negativa effekter som kan förväntas när nya riktlinjer presenteras.

Evidensbegreppet är ett trubbigt instrument för att ta fram balanserade och fungerande rekommendationer som stöd för vilka insatser som bör erbjudas. Vi saknar en vetenskapsteoretisk diskussion omkring detta och vad för slags evidens som bör tas fram; evidensbaserade metoder och manualer eller evidensbaserade utgångspunkter, principer och förhållningssätt? Vi ser två ytterligheter från rigiditet med hård styrning uppifrån till extrem pragmatism där professionen från fall till fall avgör vad som är lämpligt. Det är viktigt att föra en diskussion om var på den axeln riktlinjerna bör befinna sig.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

En annan intressant fråga är om det blir bättre om man tar fram evidensbaserade riktlinjer än det var med andra typer av styrinstrument? Det är tveksamt om det finns någon evidens som visar på detta.

Ytterligare en viktig fråga som borde diskuteras är vad den övergripande målsättningen ska vara med de insatser man rekommenderar? Är målsättningen att tryggt och kostnadseffektivt förvara patienter och kliner så att de inte ställer till det för sig själva eller tar målsättning sikte på: återhämtning, rehabilitering, utveckling, självständighet, egenmakt?

Ett tänkbart övergripande mål skulle kunna vara att personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd ska ha:

- Rätt till god sjukvård.
- Rätt till ett liv med bra boende, dräglig ekonomi, utbildning, meningsfull sysselsättning och arbete.
- Rätt till stöd så att man kan finnas med i så många naturliga sociala sammanhang som möjligt.

De rekommenderade insatserna och kvalitetsindikatorerna kan sedan kontrolleras mot den övergripande målsättningen. Stödjer rekommendationerna målsättningen eller finns de med enbart för att de har goda forskningsresultat och hög grad av evidens? Mäter kvalitetsindikatorerna om den övergripande målsättningen uppfylls eller mäter de om målgruppen erbjuds säker och kostnadseffektiv förvaring?

Några ytterligare synpunkter på rekommendationerna

Ett nytt inledande kapitel

Utöver det befintliga avsnittet som beskriver rekommendationernas syfte, målområde, utgångspunkter och struktur anser RSMH att det behövs ett nytt inledande portalkapitel som tar upp och utvecklar innehållet i bilaga 3 som handlar om värderingar, relationer, stöd i återhämtning, makt och inflytande mm. Kapitlet bör också ta upp flera av de problem som vi berör i de övergripande synpunkterna, t.ex. svårigheterna med att ta fram riktlinjer som enbart bygger på forskning och inte på professionens, brukarnas och de närståendes erfarenheter och problemet att riktlinjerna inte tar upp alla de insatser som bör erbjudas i vård och omsorg. En viktig pedagogisk uppgift är också att förklara hur man kan ha ganska hårt styrda rekommendationer på gruppnivå och samtidigt rekommendera stor flexibilitet och individuell anpassning i valet av insatser på individnivå. För detta behövs läsanvisningar om hur man kan förstå och använda sig av riktlinjerna samt exempel på hur de inte bör användas. Vi efterlyser en riskanalys med tänkbara positiva och negativa effekter av riktlinjearbetet. Därtill behövs ett erkännande av brukarnas, anhörigas och professionens (all personal) kompetens. Andra viktiga frågor att belysa är hur en insats kan kvalificera sig för att komma med i riktlinjerna. Kan detta ske enbart med ett starkt enhälligt erfarenhetsstöd? Hur många forskningsstudier behövs? Den enskildes inflytande, rättigheter och delaktighet samt intresseorganisationernas inflytande bör också beröras i detta avsnitt. Kapitlet bör därtill innehålla en diskussion om den övergripande målsättningen med insatserna till personer med schizofreni och en diskussion om hur riktlinjerna och kvalitetsindikationerna kan stödja dessa målsättningar.

Tidiga insatser (sid 15) och tidig upptäckt (sid 16)

Synd att man binder sig för en enda metod för tidig upptäckt – exempelvis att utbilda allmänläkare. Flera olika former och metoder för tidiga insatser och tidig upptäckt som prövats borde vara värda att vidareutveckla i primärvården, socialtjänsten, skolan och fridsverksamhet eller vid högskolor.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

Inflytande och delaktighet på individnivå (sid 18)

Inflytande/delaktighet är en rättighet och inte beroende av evidens. Metodiken bör breddas och även omfatta andra former och metoder.

Andra viktiga metoder som prövats är att verksamheterna/politikerna/personalen aktivt engagerar sig och medverkar i arbete att förändra attityder och motverka diskriminering och stigmatisering.

Utvecklande av metoder för att minska användandet av tvång och tvångsåtgärder pågår i Sverige och resultaten är lovande. Bland annat finns ett prisbelönat projekt för minskat tvång i Kalmar. Sådana insatser borde uppmärksammas eftersom personer med schizofreni inte sällan utsätts för tvångsvård och olika former av tvångsåtgärder.

Psykologisk behandling (sid 21)

Det är positivt att Socialstyrelsen rekommenderar kognitiv beteendeterapi men det är en metod som inte passar för alla. Psykologisk behandling är ett svårt område för rekommendationer eftersom det finns så olika uppfattningar bland brukare – också de med schizofreni-diagnos - om vilka metoder som fungerar bäst. Metoderna kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk psykoterapi och andra psykoterapiformer har alla hjälpt många människor men varit mer eller mindre meningslösa insatser för många andra. Ofta anser man att terapeuten och relationen till henne eller honom har varit viktigare än metoden. Många brukare har haft hjälp av olika psykologiska metoder för att komma till rätta med olika typer av problem i olika skeden av sin sjukdomshistoria. KBT har exempelvis varit till hjälp för att strukturera tankarna och vardagen medan den psykodynamiska psykoterapin har varit till hjälp för att reda ut och komma till rätta med svåra konflikter i familjen. Några har känt sig kränkta av KBT-terapeutens läxor och träningsprogram medan andra känt sig provocerade av psykodynamikerns tolkningar och låga profil. Men båda grupperna har så småningom hittat rätt metod – eller som de själva uttrycker det - rätt psykoterapeut. Människor är helt enkelt olika till sitt temperament och i sin inställning till livsproblem och hur de bör lösas. Oavsett vilka erfarenheter och preferenser man har när det gäller psykoterapi finns en gemensam upplevelse av att staten vill ta över och tala om för patienten vilken behandling han eller hon ska välja.

Mot bakgrund av vad som sagts ovan anser RSMH att de föreslagna rekommendationerna är olyckliga. Man kan inte låsa sig vid så starka rekommendationer på gruppnivå och samtidigt hävda att på individnivå ska allt ändå kunna användas.

Det verkar som om de motsättningar som alltid finns inom det psykiatriska fältet idag framför allt handlar om olika former av psykoterapeutisk behandling och att Socialstyrelsen med utformningen av dessa riktlinjer – även om detta inte är avsikten – bidrar till att trappa upp dessa motsättningar. Personer med schizofreni eller liknade tillstånd har inte något att vinna på denna ökade polarisering.

Psykodynamisk psykoterapi bör finnas kvar för att den hjälper många patienter med schizofreni. Ett annat skäl är att forskningsstödet för psykodynamisk psykoterapi har ökat på senare år och att det idag finns flera forskningsstudier som stödjer metoden.

Det som sagts ovan gäller också flera andra psykoterapiformer, exempelvis musikterapi, bildterapi och andra former av uttryckande konstterapi, olika former av gruppterapi samt familjeterapi?

Kognitiv träning (sid 24)

Det är positivt att Socialstyrelsen rekommenderar Integrerad psykologisk terapi till personer som har kognitiva funktionsnedsättningar och nedsatta sociala färdigheter men vi beklagar att man endast lyfter fram denna manualbaserade metod. Problemet är – än en gång - att en metod inte passar för alla och att vissa patienter kommer att vara svåra att motivera att delta i det föreslagna träningsprogrammet. Att komma till rätta med, lära sig förstå och finna strategier för att hantera kognitiva och sociala svårigheter kan göras på fler sätt än med en manualbaserad beteendeterapeutisk metodik. Vi vill också framhålla vikten av att undersöka om det finns alternativ orsaker till kognitiva problem. De kan vara negativa effekter av medicinering, de kan bero på

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

sjukdomen eller de symtom som sjukdomen ger, den kan vara en reaktion på ett trauma eller bero på den svåra situation man befinner sig i. Ett viktigt observandum är att nedsättningen av funktionsnivån inte sällan är övergående. Dessa anmärkningar är viktiga eftersom det inom psykiatrin finns en stark tradition att se kognitiva funktionsnedsättningar som varaktiga symtom på kroniska sjukdomar.

Social färdighetsträning (sid 25)

Det är positivt att Socialstyrelsen rekommenderar träning enligt ESL-modellen till personer som har nedsatt funktion i olika sociala färdigheter. Vi vill samtidigt än en gång beklaga att man begränsar sig till ESL-modellen och därmed försvårar utvecklingen av andra modeller som är bättre anpassade för den grupp som vänder i dörren när de erbjuds ESL-träning. Andra – mindre manualbaserade och träningsinriktade – modeller finns ju och används bland annat av brukarorganisationerna. Med anledning av att ESL-metoden har använts i Sverige under många år undrar vi om det numera finns någon svensk forskning om ESL eller om evidensen enbart grundar sig på studier från andra länder?

Arbetslivsinriktad rehabilitering (sid 25), Sysselsättning (sid 27) och Eget boende och boendestöd (sid 28)

Det är positivt att Socialstyrelsen rekommenderar Supported employment enligt IPS-modellen samtidigt som vi beklagar att man lyfter fram det som den enda framgångsrika modellen. Mycket utvecklingsarbete och många lovande försöksverksamheter har genomförts i Sverige under de senaste åren, för att öppna vägar till arbetslivet och stödja personer med psykisk funktionsnedsättning att klara av och behålla ett arbete. Detta utvecklingsarbete pågår inom offentlig verksamhet, bland privata aktörer och i patient-, brukar- och anhörigorganisationers regi. Inriktningen och innehållet varierar och kan vara modifierade former av supported employment eller verksamheter som är uppbyggda som ett återhämtningscenter där utbildning med stöd (supported education) och mentorer/handledare/coacher (ofta med egen brukarerfarenhet) handleder och stöttar deltagarna på praktik- och arbetsplatser.

När det gäller, den för målgruppen mycket viktiga, sysselsättningen finns inte mycket att hämta i rekommendationerna eftersom vetenskapligt säkerställda effekter saknas. Vi konstaterar att forskning, dokumenterade erfarenheter och litteratur om återhämtning, kamratstöd, studieverksamhet, självhjälp och egenmakt inte har uppfyllt de vetenskapliga krav som har ställts och att den därtill har förbigåtts helt utan överväganden och kommentarer.

När det gäller boende och boendestöd är det positivt att Socialstyrelsen rekommenderar Housing-first-modellen. För övrigt saknas vägledning om vad boendestöd och särskilt boende bör innehålla och hur det kan utformas. Vi utgår från att riktlinjearbete när det gäller boendestöd och särskilt boende pågår på Socialstyrelsen. Att säkerställa den boendes eget inflytande är viktigt i detta sammanhang. I vanlig ordning vill RSMH ha mångfald och inte en modell/metod som alla ska följa.

RSMH anser att en rad viktiga områden har förbigåtts eller missats i riktlinjearbetet. Vi vill ha nya avsnitt med rekommendationer om några av dessa områden. När det saknas evidens i forskningen kan ju rekommendationerna motiveras med att det finns beprövad erfarenhet hos professionen, brukare och närstående och ett starkt önskemål från patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Vi föreslår att rekommendationerna kompletteras med följande områden:

- Rekommendationer om de insatser som utförs av patient-, brukar- och anhörigorganisationer, sociala kooperativ och andra frivilligorganisationer och berör flera av de områden som tas upp i riktlinjerna. Det är viktigt att dessa verksamhetsområden som sällan syns i officiella styrdokument inte ytterligare osynliggörs genom att utelämnas i riktlinjerna.
- Rekommendationer om studier och utbildning som ibland bedrivs i det offentliga regi men oftare i det civila samhället: Inom patient-, brukar- och anhörigorganisationer som organiserar studiecirklar, självhjälpgrupper samt vid återhämtningscentren supported education. Betydelsefulla utbildningsinsatser för målgruppen bedrivs också av studieförbund och folkhögskolor.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

- Rekommendationer om återhämtnings- och egenmaktsinriktat arbetssätt som beskriver förhållningssätt, verktyg och strategier som kan användas för att stödja brukaren och hans närstående. Metoderna används både inom den psykiatriska vården och inom den kommunala socialtjänsten samt brukar- och anhörigbaserad verksamhet.
- Rekommendationer om insatser för att förbättra den somatiska ohälsan som knyter an till Svenska psykiatriska föreningens med fleras riktlinjer angående metabola syndrom och som tar upp insatser för att förändra och förbättra livsstil, fysisk aktivitet och friskvård samt tandhälsa. Att erbjuda målgruppen kostnadsfria årliga hälsokontroller och tandstatus är ett gammalt RSMH-krav som skulle kunna vara en rekommendation.

Rekommendationer om målgruppens socioekonomiska levnadsnivå som under flera decennier har undersökts och beskrivits av offentliga utredningar och myndigheter. Senast 2010 rapporterar Socialstyrelsen om att målgruppen har sämre ekonomi än alla andra grupper. Av okänd anledning undviker man ofta att göra kopplingar mellan just denna målgrupps ekonomiska situation och deras psykiska hälsa. Därför görs sällan några insatser för att förbättra deras ekonomi. Bland brukare och närstående är det sedan länge välkänt att den dåliga privatekonomin utgör en riskfaktor för psykisk ohälsa och ett hinder för rehabilitering och återhämtning. Svårigheterna förvärras inte sällan av den enskildes svårigheter att hantera sina begränsade privatekonomiska resurser. Brukar- och anhörigorganisationerna har försökt stödja människor att klara sig bättre genom att producera studiecirkelmaterial kring dessa frågor. Dessa material har också använts med goda resultat men idag saknas ekonomiska resurser för att bedriva sådana studier. Studier av hur privatekonomin påverkar den psykiska hälsan och förutsättningarna för rehabilitering och återhämtning har inte genomförts i Sverige och bör rekommenderas.

Samordnade vård- och stödinsatser (sid 31)

Det är positivt att Socialstyrelsen rekommenderar intensiv case management enligt ACT- modellen och mindre intensiv case management enligt resursmodellen till olika grupper av personer med schizofreni. Det positiva förtas dock av hur man beskriver och värderar personligt ombudsverksamheten som är den form av mindre intensiv case management som tillämpas i Sverige idag. Denna verksamhet avfärdas med påståendet att det finns ”stora variationer i hur insatsen personligt ombud organiseras och utförs i Sverige idag”. Istället rekommenderar man mindre intensiv case management enligt resursmodellen som har ett visst vetenskapligt stöd.

Texten om personligt ombud är felaktig, missvisande och tendentiös. Utförandet av- och organiserandet av verksamheten personligt ombud uppvisar inte större variation än någon annan verksamhet som finns utbyggd i flertalet av landets kommuner. En annan modell (resursmodellen) med ett visst vetenskapligt stöd är inte tillräckligt för att väga upp de samstämmiga positiva erfarenheter och omdömen om personligt ombud som kommer från brukare, närstående och som kan sammanfattas med ”det bästa som hänt under de senaste femton åren”. Därtill finns ett stort antal utvärderingar och forskningsstudier som initierats och samordnats av Socialstyrelsen. Texten om personligt ombud är inte acceptabel och bör skrivas om.

I detta avsnitt saknar vi också ett avsnitt om nätverksinriktat arbete som är en bra metod för att samordna insatser och samtidigt tillgodose brukarens inflytande och delaktighet samt att få med, både det professionella och det sociala nätverket i samarbetet. Nätverksmöten och nätverkskontrakt är exempel på metoder som kan utvecklas i samverkan mellan brukare och professionella.

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser (sid 34)

Analysen tar inte upp aspekter som handlar om attityder, motivation, tillit, motstånd, kulturella skillnader, samverkanssvårigheter samt brist på ekonomiska och andra incitament för att utveckla nya typer av insatser eller metoder.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

Synpunkter på kvalitetsindikatorerna

Redan i avsnittet med de övergripande synpunkterna berörde vi frågan om kvalitets- indikationerna mäter kvalitet eller om de mäter något annat. Vi tänker oss att det finns indikationer som handlat om säker förvaring och att det finns indikationer som handlar om återhämtning, utveckling och egenmakt och att man bör föra en fördjupad diskussion om vilka indikationer man ska utveckla och ta fram datastöd för.

Indikationen som handlar om intagning i heldygnsvård anser vi vara tveksam eftersom det är svårt att veta vad den egentligen mäter. Är det bra eller dåligt att en person har tagits in för en kort vårdperiod?

Vi vill också ha en större bredd på indikatorerna i de uppföljningar som ska göras för att mäta om rekommendationerna följs. Om man rekommenderar en viss metod bör man ta reda på hur många som faktiskt använder denna metod. Men vi vill också veta hur många som gör något liknande som de anser är lika bra och som är bättre anpassat till de lokala förutsättningarna. Om Socialstyrelsen håller fast vid att rekommendera t.ex. en metod för Social färdighets-träning vill vi alltså att man ska mäta hur många som erbjuds ESL och hur många som fullföljer ESL-träningen. Vi vill också att man ska mäta om verksamheten erbjuder något alternativ till ESL som de bedömer som likvärdigt och om de som avböjer ESL-träning erbjuds ett annat alternativ. Exemplet kan översättas till psykologisk behandling, supported employment osv. En sådan uppföljning är viktig om man vill skaffa sig en bild av vad som faktiskt sker ute i verksamheterna och varför det händer.

Det finns annars en risk för att resultatindikatorer som är direkt kopplade till- och enbart ska mäta effekten av varje rekommendation blir ett styrinstrument som tvingar fram likriktning och ensidighet. Om resultaten är dåliga behövs kraftfullare rekommendationer som tvingar fram bättre resultat. När huvudmännens ska planera och prioritera sin verksamhet kan riktlinjernas rekommendationer komma att arbetas in i de ekonomiska styrsystemen och ytterligare förstärka det ensidiga utbud som vi vill varna för. Det vill säga – oavsett vilka behov och önskemål brukaren har - så betalar beställaren enbart för insatser som är rekommenderade av Socialstyrelsen. En sådan utveckling mot allt mer kategoriska riktlinjer skulle kunna leda till att mångfald, nytänkande och utveckling avstannar inom den psykiatriska vården och omsorgen.

Indikatorer bör även tas fram för de nya områden där vi föreslagit rekommendationer, t ex. insatser för att förbättra målgruppens somatiska ohälsa, privatekonomi osv.

Ett starkt önskemål är att försöka konstruera en indikation som mäter den enskildes aktiviteter utanför institutionen/boendet.

Ett annat önskemål är att ha indikationer som mäter vilka organiserade former som finns för att tillgodose patient-, brukar- och anhörigorganisationernas inflytande. Exempel: Finns brukarråd? Har organisationernas representanter gått utbildning? Medverkar representanter för organisationernas i personalens utbildningar? Har brukarrevisioner genomförts?

För Riksförbundet för Social och mental hälsa, RSMH

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Kjell Broström
Intressepolitisk sekreterare

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se