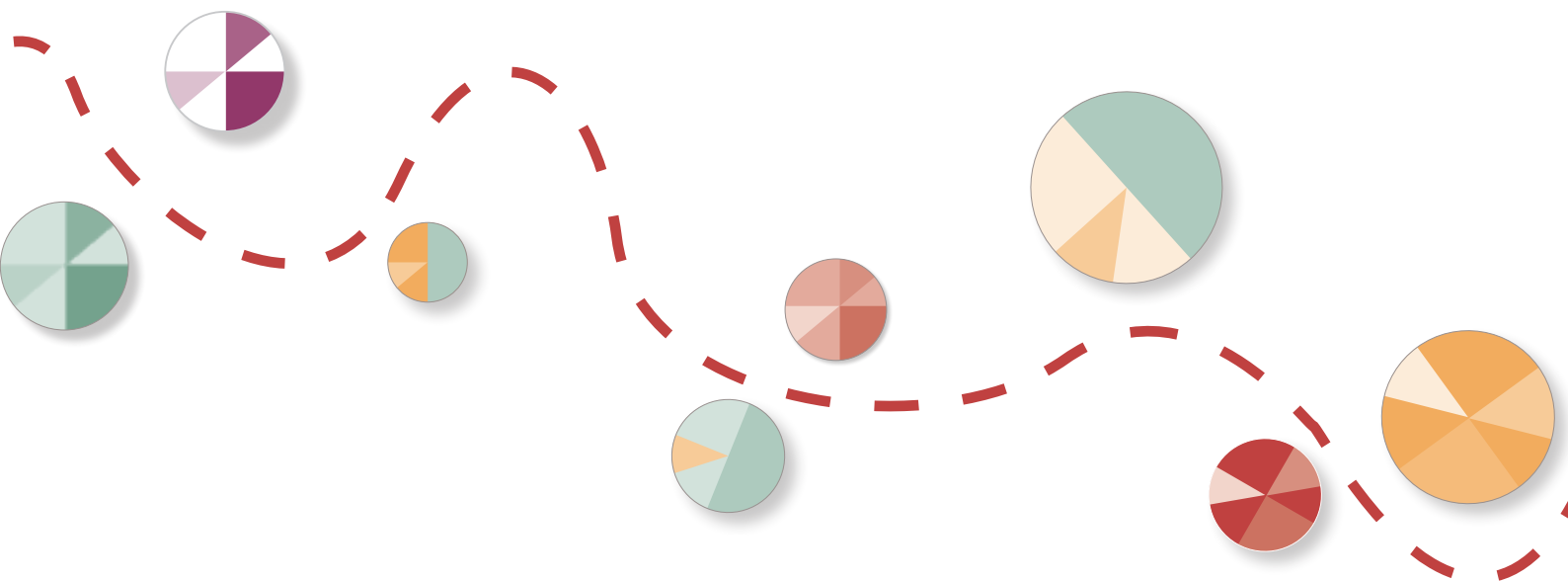


SAMHÄLLSREFORM

Ingen ska falla mellan stolarna



Inledning

RSMH verkar för att personer med social och psykisk ohälsa ska få sina rättigheter tillgodosedda. Alla brukare ska kunna vara delaktiga i utformningen av sin vård, och myndigheterna ska vara tillgängliga. Så är det inte idag utan vi vet att många, inte minst personer med behov av insatser från flera huvudmän, inte får det stöd och den hjälp de har rätt till. Bristen på helhetssyn återfinns inom många områden. Samordnade individuella planer, SIP, finns inte alltid och innehåller ofta stora brister. Svårigheterna är stora kring samordningen när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering. Människor utförsäkras trots svår psykisk ohälsa och hänvisas till socialtjänsten fast de är sjuka. Barn och unga skickas fram och tillbaka mellan skolans elevhälsovård och barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Den som har både psykisk ohälsa och beroendeproblematik får inte hjälp någonstans.

Det behövs en ny reform för psykisk och social hälsa, och för att ingen människa ska falla mellan stolarna. Oavsett ålder, bakgrund eller graden av psykisk ohälsa har vi rätt till ett gott bemötande, att bli lyssnade till och att ha makt över hur vården för oss ska se ut.

Den psykiska ohälsan har ökat kraftigt och är i dag den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige. Nästan en miljon svenskar i arbetsför ålder har någon form av psykisk ohälsa och upp till varannan person kommer någon gång i livet att drabbas¹. Tre av fyra svenskar har erfarenhet av psykisk ohälsa, antingen egen eller hos en närstående.²

I över 50 år har RSMH verkat för bättre villkor för personer med psykisk och social ohälsa. RSMH bildades som en reaktion mot vanvården på mentalsjukhusen, och var starkt bidragande till att dessa stängdes. Med psykiatrireformen för 25 år sedan skulle gruppen med svårast psykisk ohälsa få det bättre, genom att ansvaret för boende och sysselsättning överfördes från landstingen till kommunerna. Men många problem kvarstår, och ett av de största är att så många människor bollas mellan olika myndigheter och inte får rätt hjälp någonstans. Den socialpsykiatriska vården (alltså inte ”omsorgen”) har ramlat utanför båda huvudmännen. Vården har blivit allt för biomedicinskt inriktad och socialtjänsten anser sig inte ha ansvar för någon vård eller behandling. Det betyder att ingen längre ansvarar för sådana insatser som psykoterapi av mer genomgripande slag, miljöterapi eller gruppsamtal.

Att byta huvudmannaskap eller slå samman psykiatri (regionernas ansvar) med socialpsykiatri (kommunernas ansvar) ser inte RSMH som en lösning, eftersom risk finns för att nya gränsdragningsproblem då uppstår. I stället är det dags att mer makt förs över från myndigheterna till brukarna.

¹ https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-sweden_9789264188730-en#page1

² Jimmie Trevett Utan dig finns inget jag s 25

RSMH presenterar därför följande fyra reformkrav för en sammanhållen psykiatri och omsorg:

- ▶ **Brukarmakt på riktigt** – gör om Socialtjänstlagen till en rättighetslag och skriv in i Förvaltningslagen en skyldighet att hjälpa personer till den hjälp de önskar få.
- ▶ **Under samma tak** – det ska finnas platser där olika kompetenser finns samlade och där vård och omsorg är tillgängligt.
- ▶ **SIP med budget och vite** – ge ekonomiska muskler till de samordnade individuella planerna och inför vite när de inte följs.
- ▶ **Rätt till basinkomst och meningsfull sysselsättning eller arbete** oavsett psykisk och social hälsa.

RSMH anser dessutom att rätten till en bostad ska vara ovillkorad (Bostad först), att alla kommuner borde inrätta personligt ombud (PO), att boende- och individstöden ska stärkas och att det behövs en upprättelsekommission för dem som utförsäkrats.

Under samma tak

RSMH anser att det ska vara möjligt att få hjälp för sin psykiska och sociala ohälsa av olika kompetenser under samma tak. Det finns goda exempel på hur det kan fungera, och där det fungerar trots sekretessen. Sekretessbestämmelserna kan annars i vissa fall utgöra hinder, som behöver ses över.

När det gäller psykisk ohälsa finns problem med uppdelningen i primärvård och specialistvård. Vård- och behandlarkontinuitet är en grundbult i god psykiatrisk vård, och uppdelningen riskerar att hacka sönder denna kontinuitet. En brukare som arbetat upp en bra kontakt med, och ett förtroende för, en behandlare i primärvården ska inte vid ett försämrat tillstånd tvingas byta till en annan behandlare inom specialistpsykiatrin.

RSMH anser att det borde gå att få hjälp vid samma enheter och av samma personal, oavsett allvarlighetsgraden i ens tillstånd. Det kan till exempel erbjudas vid så kallade "SLÖP"-enheter, som finns/fanns i Göteborg. SLÖP står för slut- och öppenvårdsenhet. Enheterna kan vara relativt små och därmed geografiskt utspridda på liknande sätt som vårdcentraler.

Södertäljemodellen

Under många år var Södertäljemodellen känd över hela landet, och även utomlands. Den innebar att psykiatrin och socialtjänsten satt under samma tak och att personer med svår psykisk ohälsa fick bra stöd, precis som tanken var i psykiatrireformen. Idén med Södertäljemodellen föddes i samband med psykiatrireformen, som gick ut på att landsting och kommun skulle ha ett tätt samarbete kring personer med psykisk ohälsa, särskilt dem med stora sociala problem. All personal, både behandlande och socialtjänsten, satt i samma byggnad, och verksamheten byggde på en gemensam vision och gemensamma övergripande mål. Brukaren hade hela tiden en kontaktperson från kommunen och en från landstinget vilket gjorde att det var omöjligt att hamna mellan stolarna.³ Till Södertäljemodellen fanns också knutet det så kallade Gästhuset, där öppenvårdsläkarna kunde ge brukare möjlighet att bo förutsatt att de själva hanterade sin medicin.

Stöttecenter i Hässleholm

I Hässleholm finns Stöttecenter, som är tillgängligt för personer med sviktande psykisk hälsa dygnet runt, alla veckans dagar. Det är öppet för den som bor i Hässleholms kommun och är över 18 år. Stöttecenter har tillgång till så kallade sviktplatser. Det betyder möjlighet till övernattningsnattning en till två nätter om personalen bedömer att en person har behov av detta. Ofta räcker det med ett samtalsstöd som dämpar oro och ångest. Om en person är i behov av andra insatser som till exempel kontakt med andra myndigheter eller sjukvård så hjälper Stöttecenter till med detta. Stödet anpassas efter brukarens behov. Stöttecenter beskriver sig som:

3. Revansch nr 2 2020

- ▶ En plats där alla behandlas med respekt och värdighet.
- ▶ En plats där du kan känna dig trygg och vara dig själv, oavsett bakgrund, etnicitet, kön, religion, könsöverskridande identitet och sexuell läggning eller funktionsnedsättning.
- ▶ En plats med nolltolerans mot alkohol och droger samt hot och våld.

Primärvårdens ansvar

För närvarande (2020) pågår en utredning vid Socialdepartementet om att ”utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa” i syfte att bland annat förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar (Dir 2019:49). Av direktiven framgår att i åldersgruppen 16-29 år har var tredje kvinna och var femte man nedsatt psykiskt välbefinnande. Psykiatrisk diagnos är idag den vanligaste orsaken till sjukskrivning och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser⁴. Också bland personer över 65 år ökar den psykiska ohälsan, och det har uppmärksammats att läkemedel i vissa fall är det enda som erbjuds trots att det ibland skulle behövas helt andra insatser. ”Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels avlasta och därmed förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård”, står det i direktiven.

Vårdcentralen i Gagnef

På vårdcentralen i Gagnef satsade överläkaren Tore Hegle tidigt på att ge patienterna, som kom från bland annat Sätters sjukhus efter nedläggningen, psykologisk och psykiatrisk hjälp. Vårdcentralen, för 10 400 invånare, organiserades med fyra psykologer, tre psykiatrisjuksköterskor och en konsultpsykiater. Själv var han allmänläkare. Modellen rönte stora framgångar, framför allt för dem med psykisk ohälsa men också ekonomiskt.⁵

RSMH anser att det behövs bättre anpassning av primärvårdens kompetenser till den utveckling som har varit de senaste åren, det vill säga för att den ska kunna möta en allt större andel med psykisk och social ohälsa bland dem som söker vård. Det behövs fler kuratorer, psykologer, psykiatrisjuksköterskor och specialistläkare i psykiatri på vårdcentralerna.

RSMH anser att socialtjänsten behöver komma in under samma tak för dem med psykisk ohälsa. Södertäljmodellen ska lyftas och utvecklas på nytt.

RSMH kräver:

- ▶ Vård och stöd under samma tak – det ska i varje kommun finnas platser dit människor med psykisk och social ohälsa ska kunna vända sig och få den hjälp och det stöd de behöver.

4. https://www.regeringen.se/4adaea/contentassets/b23dbd790e6340c6a75aa2f9c7a022cc/tillaggsdirektiv-till-utredningen-samordnad-utveckling-for-god-och-nara-var-d-dir-2019_49.pdf

5. De Omöjliga, s 53

Brukarmakt på riktigt

Det behövs ett utökat ansvar för alla myndigheter, så att en person faktiskt inte ska kunna bollas mellan olika aktörer eller lämnas ensam utan stöd. Brukaren ska ha tolkningsföreträde att avgöra när hen anser att den fått det stöd och den vård hen behöver. RSMH anser att varje person ska ha rätt till en vårdöverenskommelse, att i dialog med vården få möjlighet att formulera hur vården för den enskilde ska se ut. RSMH ser hellre att det heter överenskommelse än ”testamente” eller ”kontrakt”. Det senare leder tanken till vad som kan hända om patienten/brukaren inte förmår leva upp till sin del i ett kontrakt. Det får inte finnas risk för att ett brutet avtal innebär en försämrad eller utebliven vård.

Många som drabbas av psykisk och social ohälsa har haft svåra upplevelser och påfrestningar i livet. RSMH vill att psykiatrin inte i första hand skall vara medicinsk, utan istället tvärvetenskaplig med social inriktning. För att komma dit krävs mer brukarstyrd verksamhet, och ett väsentligt förbättrat samarbete mellan den psykiatriska vården och socialpsykiatrin. Det krävs att vården och socialpsykiatrin lyssnar på brukaren och anpassar insatser efter individens behov, enligt så kallat personcentrerat bemötande.⁶

RSMH möter ständigt medlemmar och anhöriga som har dåliga erfarenheter av psykiatrin. I många fall saknas helt tillit till den vård och behandling som erbjuds i psykiatrin, eftersom den ses som alltför biomedicinskt inriktad. Allt för lite hänsyn tas till att svår psykisk ohälsa i många fall utlöses av trauman⁷. Ofta är psykofarmaka det enda som erbjuds, inte sällan med svåra biverkningar som kraftig viktuppgång och/eller minskad sexuell lust.

RSMH delar den tidigare psykiatrisamordnaren Anders Printz uppfattning att det krävs ett fullständigt omtag i psykiatrin, med utgångspunkt i brukarnas självupplevda behov, önskemål och erfarenheter. RSMH anser att det biomedicinska paradigmet behöver brytas, till förmån för ett nytt brukarparadigm. Detta skifte skriver även författarna om i boken *De omöjliga: från psykiatrireform till dyr och dålig vård*. De beskriver följande faser: det socialmedicinska paradigmet 1902-1949, det psykodynamiska paradigmet 1950-1989, det biomedicinska paradigmet 1990-2016 och från 2017 och framåt det de kallar brukarinflytandeparadigmet.⁸

Doktorn i vårdvetenskap Katarina Grim har i sin avhandling undersökt ”hur brukarkunskap och brukarperspektiv kan inkluderas och stödjas i delat beslutsfattande (DBF) inom psykiatrisk vård och stöd”. Hon visar där på den maktobalans som oftast råder mellan personal i psykiatrin och brukaren. Patienter har som regel låg tilltro till sig själva och sin förmåga. Det som ofta är rädsla hos brukaren/patienten och ibland yttrar sig i tystnad kan tolkas av personal som ointresse eller oförmåga att vara delaktig i den egna vården. Det behövs stödstrukturer som stärker brukarens möjligheter till delaktighet, helt

6. RSMH:s principprogram <https://rsmh.se/wp-content/uploads/2020/01/Principprogram-WEB.pdf>

7. Revansch - traumanumret

8. De omöjliga – från psykiatrireform till dyr och dålig vård, s 12

enkelt en förskjutning av makt från psykiatrin till patienten.⁹

RSMH verkar för: att medlemmarnas egna erfarenheter av social och psykisk hälsa respekteras och tas tillvara i samhället, att integritet och rättigheter respekteras för dem som har social och psykisk ohälsa, att ökade insatser görs för att förebygga social och psykisk ohälsa och att alternativa behandlingsformer utvecklas.¹⁰

Ett stort misslyckande är det när personer med både svår psykisk ohälsa och beroendeproblematik inte får hjälp någonstans. Problemen med att människor ”faller mellan stolarna” är inte nya, och det har gjorts åtskilliga försök och reformer genom åren för att samordna vård och stöd för den enskilde.

Assertive Community Treatment (ACT)

För personer med omfattande och komplicerad problematik kan ACT-team (Assertive Community Treatment) vara ett mycket gott stöd. ACT är en evidensbaserad modell av psykiatrisk öppenvård, och teamen arbetar med en bredd av insatser. Teamen ska kunna vara tillgängliga dygnet runt, de ska vara tvärprofessionella och ha med både profession och brukarrepresentanter.¹¹

Case management/personlig vårdsamordnare

Case management är en insats som samordnar vården för personer med allvarliga psykiska funktionshinder för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. Arbetssättet växte fram i USA på 1970-talet för att underlätta för tidigare slutenvårdspatienter att bo kvar ute i samhället. Den ursprungliga målgruppen var vuxna personer med allvarliga psykiska funktionshinder som schizofreni, annan psykos eller personlighetsstörning. Idag används insatsen även vid allvarliga beroendeproblem. Konkreta mål är att patienterna ska hålla kontakt med vård- och stödsystemet, att antalet och längden på sjukhusvistelser ska minska samt att patienternas sociala funktion och livskvalitet ska förbättras. En vårdsamordnare, en så kallad case manager, har en samordnande funktion med ansvar för att utredning, planering och rätt insatser genomförs och följs upp med brukaren. Case Management (CM) ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.¹² Det är samtidigt viktigt att komma ihåg möjligheterna till återhämtning och att inte låsa fast människor i fack som kroniskt funktionsnedsatta.

Dialog med brukarrörelsen

Psykiatri, socialtjänst, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan; alla aktörer som möter personer med psykisk ohälsa behöver ha en pågående och lärande dialog med brukarorganisationer som RSMH och paraplyorganisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Generellt saknas sådan strukturerad och organiserad dialog idag. I Stockholmsregionen utgörs bru-

9. <http://du.diva-portal.org/smash/get/diva2:1325127/FULLTEXT01.pdf>

10. RSMH:s stadgar <https://rsmh.se/wp-content/uploads/2019/09/Stadgar-f%C3%B6r-RSMH-2019.pdf>

11. RSMH:s principprogram: <https://rsmh.se/wp-content/uploads/2020/01/Principprogram-WEB.pdf>

12. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/case-management/>

karråden mestadels av att brukarrörelsen får enkelriktad information från professionen. Men det finns öar av bra dialoger med enskilda verksamheter. Ett exempel är Göteborg Individ- och familjeomsorg (IFO)-Lundby där dialogen finns på ett genomtänkt sätt i den ordinarie verksamheten. I region Västra Götaland finns en överenskommelse ("avtal") mellan regionen och NSPH i Göteborg om hur samarbetet och beslutsgången ska se ut. Avtalet innehåller även uppdrag för NSPH om brukarrevisioner. Västra Götaland har kopplat på forskare som följer och utvärderar processen. I Skåne finns ett samarbetsavtal mellan NSPH Skåne och Psykiatri Skåne kring Peer Support och Återhämtningsguiden. Där parterna har förstått värdet av en medverkan som bygger på samråd eller dialog finns kraft och ett gemensamt utvecklingsarbete.¹³ RSMH ser det som centralt att den här dialogen utvecklas och stärks.

Individual placement and support (IPS)

Enligt flera studier ger Individual placement och support (IPS) goda möjligheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar att få och behålla ett vanligt arbete, vilket för de allra flesta bidrar till ett bättre psykiskt mående. För att det ska lyckas krävs följande:

1. Fungerande samarbete – enklare ingångar och lokala arenor för en förbättrad dialog om arbetslivsinriktad rehabilitering mellan kommun, region, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
2. Utbyggt och enkelt tillgängligt stöd – tillgång till insats utifrån behov och en ökad tydlighet kring hur insatser behöver integreras för att arbetsrehabiliteringen ska bli framgångsrik.
3. Ekonomisk trygghet – människor ska inte behöva riskera att mista rätten till ersättning när deras arbetsförmåga ska prövas enligt gällande lagar. För detta krävs en ledning som kan visa på möjligheterna.
4. Långsiktigt stöd – stödet ska finnas kvar efter att personen har kommit ut i arbete till dess att personen själv inte behöver insatsen.
5. Kunskap, öppenhet och hopp – kunskap, stödjande attityder och beteenden som visar att arbete är möjligt och realistiskt för människor med psykiska funktionsnedsättningar.¹⁴

Men knappt hälften av kommunerna, 41 procent, erbjuder arbetslivsinriktad rehabilitering genom IPS till personer med psykisk funktionsnedsättning. RSMH anser att IPS borde erbjudas i landets alla kommuner.

13. Kjell Broström, NSPH

14. Förstudie: IPS och sociala utfallskontrakt – Stockholm, En rapport av RISE Research Institutes of Sweden och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Open dialogue

En framgångsrik modell för behandling av psykos är Open Dialogue som utvecklats i Finland av bland andra Jaakko Seikkula. Resultaten är häpnadsväckande, efter två och ett halvt år var 80 procent av nyinsjuknade psykospatienter i Västra Lappland tillbaka i antingen arbete eller skola. Bara en tredjedel tar antipsykotisk mediciner, och endast 20 procent hamnar i att ta sådan medicin på regelbunden basis.¹⁵ I Sverige är resultaten snarare de omvända. Jaakko Seikkula beskriver de sju viktiga principerna i Open Dialogue:

Omedelbar hjälp. Efter kontakt med en psykiatrisk enhet ska det första mötet organiseras inom 24 timmar och behandlingssystemet bör erbjuda krisstöd dygnet runt. I möten ska alla involverade medverka i samtal från första början. Alla relevanta frågor, också de psykotiska berättelserna, diskuteras i en öppen dialog med alla närvarande.

Socialt nätverksperspektiv. De som uppmärksammat problemet ska involveras i behandlingsprocessen. En gemensam kartläggning och ett gemensamt beslut om vilka som vet om problemet, vilka som kan vara till hjälp och vilka som ska bli inbjudna till vårdmötet fattas mellan den som kontaktar vårdssystemet och den som tagit mot kontakten. Detta nätverk följer med i behandlingen genom hela processen.

Flexibilitet och rörlighet. Gensvaret är anpassat till de speciella och varierande behov varje patient och dennes sociala nätverk har.

Ansvar. Den som först blir kontaktad är ansvarig för att organisera det första mötet och ska skapa teamet för det. Det team, som organiseras för första mötet har ansvaret för hela processen oberoende om vården bedrivs inom slut- eller öppenvården.

Psykologisk kontinuitet. Man vill undvika situationer, där de ansvariga behandlarna byts ut efter den svåraste krisfasen. Målet är att integrera öppen- och slutenvård genom att ha ett gemensamt team, som tar hand om situationen både via hembesök och på sjukhuset. Största delen av behandlingen sker i öppenvård. Cirka 50 procent av förstagångsinsjuknade psykotiska patienter har inte behövt sjukhusvård och inläggningsdagarna har minskat.

Osäkerhetstolerans. Den första uppgiften är att bygga upp en tillräckligt trygg scen för processen. Man möts tillräckligt ofta, till exempel varje dag i en psykotisk kris, och man skapar en sådan kvalitet i samtal att alla deltagare blir hörda, oavsett om man har motstridiga åsikter om situationen. I möten strävar man inte efter att få fram förklaringar och beslut så fort som möjligt utan man undviker förtida beslut och behandlingsplaner. På detta sätt tar man tillvara på patientens och de närståendes psykologiska resurser.

Dialogismen. I möten är den primära betoningen att skapa förståelse genom att generera dialog. Målet blir att tillsammans med det sociala nätverket skapa nya ord och gemensamt språk för sådana erfarenheter som inte ännu har ord

15. <http://xn--detknsligabarnet-ynb.se/tag/open-dialogue/>

och språk utan blir framträdande genom symtomen eller svårt och oönskat beteende. Alla aspekter gällande behandlingen diskuteras i det öppna mötet. Behandlingskonferens där enbart personalen samlar sig för att bearbeta behandlingsplaner behövs inte.¹⁶

RSMH anser att Open Dialogue, öppna samtal, borde vara den dominerande metoden i all psykosvård.

Öppenvårdsteam

Till öppenvårdsteam kan personer ringa för rådgivning, även om de inte tidigare haft kontakt med psykiatrin. Efter ett första samtal kan en besökstid på mottagning bokas in, och personen får träffa en läkare eller en specialistsjuksköterska som gör en bedömning av vilken vård hen behöver. Ibland kan det räcka med samtal på mottagningen eller ett hembesök. Om personen behöver fortsatt vård kan det ske på olika sätt beroende på tillstånd:

- ▶ Remiss eller hänvisning för vidare behandling inom en psykiatrisk öppenvårdsmottagning.
- ▶ Inskrivning och vård på en heldygnsvårdsavdelning inom psykiatrin.
- ▶ Vård inom andra områden, till exempel beroendevården eller en husläkarmottagning.

I akuta lägen kan teamet göra hembesök så att personen får träffa en läkare eller en specialistsjuksköterska. I Motala och Mjölby tillämpas samma tanke om kontinuitet. Där kan en patient som skrivs ut få tid i öppenvården redan följande dag. Om det behövs kopplas specialistpsykiatrins mobila team in och läkaren från slutenvården följer då med hem till patienten.¹⁷

Myndigheterna måste ta ansvar

Personer med psykisk och social ohälsa har rätt till ett bra liv och att vara delaktiga i samhället. Förutom bättre mående innebär ett aktivt stöd från det allmänna och en bra levnadsnivå att trycket på den psykiatriska heldygnsvården minskar. Personligt ombud är ett stöd som inte är direkt kopplat till en myndighet. Det gör att personer som har tappat förtroendet för myndigheter, kan ta emot stöd och hjälp. Utvärderingar visar att ombuden blivit en viktig stödfunktion för att kunna återhämta sig till ett självständigt liv. Andra viktiga stöd för att personer med psykisk och social ohälsa ska kunna bo och leva som andra är att ha boendestöd och en meningsfull sysselsättning.

Ovanstående samordnande funktioner är bra och det är viktigt att vård och omsorg hela tiden utgår från den enskilde, så kallad personcentrerad vård. Ett problem är att när det brister så kan myndigheterna inte ställas till svars för bristande ansvar. Kommunerna, genom socialtjänsten, har alltid det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver¹⁸. Samtidigt har psykisk ohälsa av tradition främst reglerats genom hälso- och sjuk-

16. <https://tidsskriftet.no/2003/12/kronikk/natverket-okar-resurserna-vid-psykosbehandling>

17. De omöjliga: Från psykiatrireform till dyr och dålig vård, s

18. Socialtjänstlagen, 2 kap 1 §: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

vårdssystemet, som i sig består av mer än 250 olika lagar, förordningar och föreskrifter.¹⁹ Som Kerstin Evelius framhåller i sin utredning om styrningen av området psykisk ohälsa så är det ”inte meningsfullt att enbart tänka sig frågor om psykisk ohälsa som en vård- och omsorgsfråga, betydligt fler områden berörs vilket måste beaktas i lagstiftningssammanhang”. Hon räknar upp ungefär 25 myndigheter med olika kopplingar och ansvar inom området psykisk ohälsa.

RSMH anser att det måste till en lagstadgad skyldighet för alla myndigheter att hjälpa människor oavsett vart de vänder sig med sin psykiska ohälsa eller beroendeproblematik. Det finns samverkansansvar mellan kommuner och regioner, men ansvaret behöver skrivas in tydligare i lagen och omfatta fler myndigheter.

I Förvaltningslagen står det om myndigheternas serviceskyldighet (4§): ”Varje myndighet skall lämna upplysningar, vägledning, råd och annan sådan hjälp till enskilda i frågor som rör myndighetens verksamhetsområde. Hjälpen skall lämnas i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet”. Det står vidare att frågor från enskilda ska besvaras så snart som möjligt, och att om någon enskild av misstag vänder sig till fel myndighet så bör myndigheten hjälpa vederbörande till rätta. RSMH anser att det i stället för ”bör” borde skrivas in ett ”ska”, samt ett förtydligande om att det ska ligga ett ansvar på varje myndighet att inte släppa taget om en hjälpsökande förrän den verkligen har fått den hjälp han eller hon behöver.

Det finns en myt om en ”överkonsumtion av vård” i Sverige, som säger att det aldrig går att tillfredsställa ständigt ökande krav på vården. Forskning visar att det kan vara precis tvärtom, att ju tillgängligare vården är desto mindre blir behovet att använda sig av den. Själva vetskapen om att det går att få hjälp när det behövs är ofta tillräcklig. Det gäller exempelvis försök med självvald inläggning, som i bland annat Norge visat att vårdtiderna blir kortare och att människor inte behöver bli så allvarligt sjuka innan de söker hjälp.

Håll samman barn- och ungdomshälsovården

RSMH anser att unga måste få snabbare hjälp och stöd när de behöver. Fler måste få veta vilka rättigheter de har, om de börjar må dåligt eller har psykisk ohälsa. RSMH krockar gärna arm med utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (Dir 2019:93)²⁰. Unga från RSMH-föreningen Vilja har sett liknande utmaningar som presenteras i direktiven. Unga är ofta osäkra på vem de ska vända sig till när det gäller stöd hos elevhälsan, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och ungdomsmottagningen. De möter olika personer när de söker stöd vilket är jobbigt eftersom de måste förklara saker om och om igen. Det skapar en negativ syn på vården. När unga har sökt stöd hos ungdomsmottagningen så menar personalen där att de har samma utbildning som elevhälsan och hänvisar de unga till elevhälsan istället.

19. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt (SOU 2018:90) s 130

20. https://www.regeringen.se/4ad986/contentassets/99ce723a989c49ab9024c56f552921a3/dir-2019_93.pdf

Detta påverkar de ungas hälsa negativt. När de inte får den hjälp de behöver utan måste börja om på nytt mår de sämre. ”Till slut orkar man inte prata om sina problem för man får ändå inte det stöd som man behöver”²¹.

BUP fungerar dåligt

Unga från RSMH har generellt en negativ syn på hur BUP fungerar. De som jobbar på BUP vill säkert hjälpa men kan inte. Ibland finns personal som verkligen vill hjälpa men som inte har utbildning för att göra det eller slutar efter ett tag. För den som haft en psykologkontakt under två månader och sen måste byta psykolog känns det som att tvingas börja om sin behandling, man mår bara dåligt av det. Det känns som att man som ung är för jobbig för dem så att de måste byta till någon annan. Man känner sig inte viktig för vården. Dessutom är de långa väntetiderna negativa kring BUP. Vi har erfarenhet av att vissa vi mött på BUP inte bryr sig eftersom det inte känns som de vill sätta sig in i vår situation och förstå. Ibland har man även önskat en viss behandling som man själv anser skulle vara bra men då har BUP-kontakten tyckt att man ska göra en annan. De lyssnar inte på en.

Integritetstänkandet måste stärkas i elevhälsan

När det gäller elevhälsan så tycker vi unga inom RSMH Vilja att den fungerar okej på vår ort. Elevhälsan kontaktar en inte så ofta som vi skulle önska. Istället kan vissa stoppa en i korridoren och fråga hur man mår. Detta känns inte alltid jättebra för man kanske inte vill låtsas om att man mår dåligt inför andra. Elevhälsan är de som är närmast unga att vända sig till. Oftast kan de inte hjälpa en med det man behöver hjälp med. Man kan få vissa självhjälpsstrategier men man har inte möjlighet att jobba med sina utmaningar med kontakten.

Ointresse hos ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningen på vår ort fungerar inte väl eftersom de inte vill hjälpa unga som mår dåligt utan hänvisar till elevhälsan. RSMH Vilja anser att ungdomsmottagningen kan vara bättre att få hjälp hos om man av någon anledning inte vill söka stöd hos elevhälsan. Det finns fördelar med att prata med någon som man inte stöter på i korridorerna.

RSMH Viljas erfarenhet är att unga med psykisk ohälsa måste jobba mycket för att få det stöd de har rätt till. Det gäller såväl i skolan som på ungdomsmottagning och BUP. Det finns ingen tydlig information kring vart du ska vända dig när du mår dåligt. Skolan behöver vara tydligare med detta så att alla elever vet vad de har för rättigheter, och skickandet av unga mellan olika mottagningar måste upphöra.

21. RSMH-föreningen Vilja

Gör Socialtjänstlagen till rättighetslag

Människor med psykisk och social ohälsa har ofta rätt till insatser från flera instanser, som psykiatri och socialtjänsten. Ytterst är det kommunerna, genom socialtjänstlagen, som ska tillförsäkra människor det stöd och den hjälp de behöver. RSMH tror på en förstärkt socialpsykiatri i kommunerna, bättre utbildning för boendestödjare och bättre ekonomisk trygghet för personer med psykisk och social ohälsa.

Sedan 2017 pågår utredningen Framtidens socialtjänst - En översyn av Socialtjänstlagen. I den görs en översyn av socialtjänstlagen och vissa av socialtjänstens uppgifter. Margaretha Winberg leder utredningen, som ska ge förslag på ”åtgärder som kan bidra till en förutsägbar, likvärdig, jämlik, jämställd och rättssäker socialtjänst”. I uppdraget ingår även att utveckla ”en kompetens- och kunskapsbaserad socialtjänst” och där anser RSMH att det är viktigt att brukarrörelsens roll förstärks. De erfarenhetsbaserade kunskaperna behöver bli mer kända såväl i socialtjänsten som i psykiatri och hos andra aktörer. Det är därför viktigt att det finns en strukturerad dialog och erfarenhetsutbyte med professionen och brukarorganisationerna.

En del, men långt ifrån alla, personer med psykisk funktionsnedsättning omfattas av LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. LSS tillkom 1993 och är en rättighetslag med ett antal insatser som de berörda kan ha rätt till för att kunna leva som andra och med goda levnadsvillkor. Socialtjänstlagen är inte en rättighetslag på samma sätt, och det talas i stället om ”skälig levnadsnivå”. SoL är mer inriktad på kommunens skyldigheter än den enskildes rättigheter. På senare år har LSS tyvärr kommit att urholkas. RSMH anser att det är dags att intentionerna i LSS upprätthålls men också att socialtjänstlagen, när den nu är under utredning, görs om till en rättighetslag. Också personer med psykisk eller social ohälsa men som inte omfattas av LSS ska ha rätt till goda levnadsvillkor och rätt att kunna leva som andra.

RSMH kräver:

- ▶ Skriv in i Förvaltningslagen att varje myndighet har en skyldighet att se till att en person får det stöd och den hjälp hen behöver, oavsett till vilken instans personen först vände sig.
- ▶ En sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.
- ▶ Gör Socialtjänstlagen (SoL) till bindande rättighetslag.

SIP med budget och vite

Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare när insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. Tanken, enligt lagen om SIP som kom för cirka tio år sedan, är att en fungerande samverkan förenklar för brukaren, personen själv, och dess närstående då de inte ska behöva lägga ner tid och energi på att själva samordna olika insatser som ges av kommunen eller regionen. En samordnad individuell plan, SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. SIP kan också vara ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård.²²

Personer som både har psykiska problem och en beroendeproblematik har ofta komplexa behov som innebär att de behöver flera olika hjälpinsatser samtidigt. 2009 lagstiftades om två nya krav på samverkan. Dels ska kommuner och landstingspsykiatri upprätta lokala samverkansöverenskommelser, vilket sedan 2013 även gäller för kommuner och landstingens beroendevård, dels ska samordnade individuella planer upprättas för enskilda personer. SIP ska göras vid behov av samordning för personer som har insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om personen själv samtycker till det.

I slutbetänkandet om God och nära vård²³ kommer förslag som ska göra att fler får en individuell plan. Bedömningen är att en fast vårdkontakt ska ha ansvaret för att SIP:en ska vara uppdaterad. Målet för den enskilde både på kort och på lång sikt med insatserna från respektive huvudman ska också framgå. Det ska också stå i planen vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs.

Utvärderingar har visat att de samordnade individuella planerna ofta fungerar dåligt.²⁴ Studier som David Matscheck, projektledare i socialpsykiatri, har gjort visar en måttlig nivå på samverkan med ojämn användning, oklara motiveringar, osäkra mandat på SIP-mötena och dessutom osäker brukarmedverkan. Bara drygt hälften av kommunerna (51 procent) uppger att de har rutiner för information om samordnad individuell plan, SIP.²⁵

David Matscheck undersökte hur SIP tillämpas för personer med missbruk och/eller psykisk ohälsa i fyra kommuner i nordöstra Stockholm. Det framkom att de personer som fick SIP hade komplexa behov som kräver samordning av insatser och samverkan mellan parterna, vilket visar att planerna när de tillämpades, riktades mot de brukare som avses i lagstiftningen. Behoven rörde sig huvudsakligen om behandling av samtidig psykisk ohälsa och missbruk, fysiska problem samt behov av sysselsättning, boende och försörjning.

22. <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>

23. https://www.regeringen.se/495be8/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-var-d-en-reform-for-ett-hallbart-halso--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf

24. https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/01/24/krockande-regler-forhindrarsamverkan/?fbclid=IwAR0-7m1kG0w8_v6JJYiFg_qGEI1ZnlyjR05kxd_8OOCidNoS1hjAH-v3BPw

25. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamfo-relser/2019-6-7.pdf>

Komplexiteten i brukarnas problem motiverade samverkan i sig, men i övrigt var det ofta oklart varför man valde att upprätta en SIP. I endast 38 procent av de studerade akterna hade brukarens yttrande dokumenterats, vilket kan tolkas som att professionens ord väger tyngre än brukarnas. En annan tolkning kan vara att själva dokumentationen uppfattas som professionernas verktyg, inte brukarens. Oavsett ska den samordnade individuella planen underlätta för brukaren att få rätt till vård och omsorg från de olika huvudmännen.²⁶

Ambitionerna med SIP är goda, och resultaten när de inte fungerar kan bli oerhört kostsamma. Om det genom bättre samordning går att förebygga att människor med svår beroendeproblematik och/eller psykisk ohälsa blir kroniskt sjuka, så att de kan bo kvar i sina hem och erbjudas meningsfull sysselsättning är mycket vunnet.

Nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog har tagit fram en metod för att faktiskt mäta samhällets kostnader för utanförskap. Enligt deras beräkningar hamnar tolv procent av varje årskull i utanförskap, ofta följt av mänskligt lidande och enorma kostnader. En ung människa som hamnar i utanförskap som 20-åring och inte kommer ”in” igen under sitt vuxna liv kostar samhället mellan 10 och 15 miljoner kronor i sjukvård, rehabilitering, omvårdnad och rättsväsendets insatser och då är deras produktionsförlust exkluderad.²⁷

Utifrån sådana beräkningar vore det rimligt att avsätta en budget kopplad till den samordnade individuella plan som ska göras. Ofta när det brister verkar förklaringen vara ”stuprörstänkandet”, en följd av NPM, New Public Management, och beställar- och utförarmodeller där varje enhet har sin egen budget att hålla. Om SIP:arna kunde åtföljas av en sammanhållen budget som hör till individen skulle SIP:en kunna bli ett mycket kraftfullare instrument med möjligheter att sätta in extra åtgärder tidigt för att förhindra senare och betydligt kostsammare och sällan verksam institutionsvård.

I boken *De omöjliga: Från psykiatrireform till dyr och dålig vård* presenterar författarna förslaget att om en person befunnit sig i psykiatrin i tre år så borde det vara obligatoriskt med en omdisponering, så att det sociala nätverket fick göra en alternativ tvåårsplan som kostade motsvarande de senaste två årens vårdkostnader.²⁸

Det behövs mer kunskap och bättre information om hur samordnade individuella planer (SIP) ska göras. Både regionerna och kommunerna kan ta initiativ till SIP, men också den enskilde. Lag om SIP inrättades för att ingen skulle hamna mellan stolarna, och det är lagstadgat att den som behöver insatser från två huvudmän (oftast regionen/landstinget och kommunen) har rätt till en SIP. Men det finns inga sanktioner för dem som inte följer upp eller genomför det, inga sätt att utkräva ansvar för den huvudman som inte lever upp till åtagandena. RSMH vill att sanktioner, såsom vitesförelägganden, ska kunna utfärdas när huvudmännen inte lever upp till det som sagts i planen.

26. <https://founordost.se/2018/11/22/samordnade-individuella-planer-sip-en-vag-till-samverkan/>

27. <https://www.tempus.se/single-post/2017/03/24/TEMPUS-NR-11-%E2%80%93-Varje-utan-f%C3%B6rskap-blir-en-dyr-nota-f%C3%B6r-samh%C3%A4llet>

28. *De omöjliga: Från psykiatrireform till dyr och dålig vård*, s 285

RSMH kräver:

- ▶ Koppla en budget till de samordnade individuella planerna (SIP)
- ▶ Gör det möjligt att utfärda vite till aktörer/huvudmän som inte lever upp till sina åtaganden i SIP.

Basinkomst och meningsfull sysselsättning

Människor med svår psykisk ohälsa är den grupp i samhället som har det allra sämst ekonomiskt. Inkomstskillnaderna har ökat sedan 1995. Ersättningar såsom lägstanivån av sjukersättning, försörjningsstöd och aktivitetsersättning har inte höjts nämnvärt på omkring 30 år.

Det tar längre tid att komma tillbaka i arbete för dem som är sjukskrivna på grund av en psykiatrisk diagnos (över hälften av alla sjukskrivningar idag) än vid andra sjukdomar. För samtliga diagnoser är genomsnittet 44 dagar, medan det tar 75 dagar i snitt för personer sjukskrivna på grund av en psykiatrisk diagnos.²⁹

Idag har vi dessutom en arbetslöshet i Sverige som knappast skådats tidigare, på grund av corona. Över 400 000 personer är inskrivna hos Arbetsförmedlingen³⁰. Samtidigt riskerar den psykiska och sociala ohälsan att öka ytterligare, på grund av att ensamheten och isoleringen ökat kraftigt genom restriktionerna kring social distansering och resor.

När nu mängder av friska och arbetsföra människor blir arbetslösa hamnar gruppen med psykisk och social ohälsa allt längre från den reguljära arbetsmarknaden. Återhämtning är viktigt och många gånger möjligt. Men vilka jobb finns att få för dem som återhämtar sig från psykisk ohälsa? Metoder som Individual Placement Support (IPS) är utvärderade med gott resultat (se ovan). Ändå är det i Sverige få med psykosjukdom som kommer tillbaka i arbete. För de personer som inte kan arbeta på den vanliga arbetsmarknaden ska det finnas annan typ av sysselsättning där personer får arbeta i den mån de orkar och med något som de tycker är meningsfullt att göra.

RSMH anser att alla människor, oavsett psykisk och social hälsa, har rätt till en skälig levnadsnivå och en trygg inkomst. Nivån på sjukersättning varierar mellan 8 641 och 18 803 kronor per månad före skatt³¹. Sjukersättningen och försörjningsstödet har höjts marginellt de senaste 30 åren och ligger långt under löneutvecklingen i Sverige. Det skapar fattigdom som innebär ekono-

29 Dir 2019:49 Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

30 Rapport SVT 2020-05-12

31 <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/6986fee9-055f-4cf1-b1b2-e701f316a31d/293-aktuella-belopp-2019-01.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

misk stress vilket förvärrar det psykiska lidandet.

Försök med basinkomst, eller medborgarlön, har gjorts i flera länder och ofta mottagits positivt.³² Finland är ett av de länder där försök gjorts med basinkomst och fått goda resultat. RSMH anser att liknande försök ska göras i Sverige, i en viss region eller med någon grupp. Det är bra att göra några pilotstudier som sedan kan utvärderas.

Idag i Sverige är omkring 600 000 personer sjukskrivna och antalet arbetslösa närmar sig 500 000³³, sammanlagt över en miljon människor.

Samtidigt lägger samhället ner enorma resurser på att få människor tillbaka ut i det reguljära arbetslivet. Ett exempel är statens budgetpost för Arbetsmarknad och arbetsliv som under 2020 är satt till 91,7 miljarder kronor (Utgiftsområde 14).³⁴ Därutöver satsar de flesta kommuner och regioner på lokala och regionala arbetsmarknadsåtgärder. Därtill kommer statens kostnader för sjuk- och aktivitetsersättningar, försörjningsstöd och annat.

Det finns annars förslag som går ut på att slå samman majoriteten av de bidrag som finns i dag. På så sätt skulle en medborgarlön delvis kunna finansiera sig själv. Ett av de främsta argumenten är då att arbetslösa och sjukskrivna inte skulle bli av med den statliga ersättningen om de började arbeta småskaligt.³⁵

RSMH vill att basinkomst ska utredas och att det ska prövas i pilotprojekt för en grupp personer med psykisk ohälsa eller i ett geografiskt avgränsat område, som en kommun eller region.

RSMH kräver:

- ▶ Utred basinkomst/medborgarlön för alla.
- ▶ Inled försök med basinkomst i ett par regioner eller grupper vilka sedan kan utvärderas.
- ▶ Meningsfull sysselsättning eller arbete ska vara en rättighet för alla oavsett psykisk och social ohälsa.

32 <https://www.dn.se/ekonomi/ekonomen-ge-10000-kronor-i-manaden-till-varje-svensk/>

33. Ekonomifakta: <https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Arbetsmarknad/Arbetsloshet/Arbetsloshet/>

34. Statens budget i siffror: <https://www.regeringen.se/sveriges-regering/finansdepartementet/statens-budget/statens-budget-i-siffror/>

35. Dagens Industri: <https://www.di.se/nyheter/ekonomistudion-sa-stor-kan-en-medborgarlön-bli/>

Övriga förslag som RSMH driver

Fler personliga ombud

Personligt ombud (PO) riktar sig till personer 18 år och äldre med psykiska funktionsnedsättningar och betydande svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden. För att få stöd av PO ska den enskilde ha stora och sammansatta behov av vård, stöd och service, rehabilitering och sysselsättning samt ha behov av långvariga kontakter med socialtjänsten, primärvården, den specialiserade psykiatrin och andra myndigheter. Tanken är att den enskilde ska:

- ▶ ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället
- ▶ ha möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation
- ▶ ges möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor samt rättshjälp, rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov.

Ett syfte är också att myndigheter, kommuner och landsting ska förmås samverka utifrån den enskildes önskemål och behov. PO kan ge underlag till åtgärder som kan förebygga brister när det gäller den enskildes tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service.³⁶

Antalet personliga ombud ökar i kommunerna, och idag är det bara ett 30-tal av landets 290 kommuner som inte har PO. Antalet klienter ökar också, och var över 10 000 i antal under 2019. Grupper som ökar är unga personer med neuropsykiatriska diagnoser, personer med samsjuklighet och hushåll med hemmavarande barn där flera i familjen har behov av stöd.³⁷ Det är viktigt att komma ihåg att PO är en fristående verksamhet, som inte kan användas som skäl för att avslå ansökningar om exempelvis kontaktperson därför att personen redan har kontakt med PO. PO är inte en kommunal insats på det sättet.

Ibland går kommuner ihop och inrättar gemensam verksamhet med personligt ombud. RSMH ser att det är viktigt att de personliga ombuden inte ska vara ensamma i sina roller utan kunna ha ett utbyte och samarbete med varandra.

Förutom den stora betydelse det personliga ombudet har för den enskilde är det samhällsekonomiskt lönsamt att satsa på personliga ombud. Med helhetsyn och samordning kan förvärrade sociala och psykiska problem förebyggas, och svåra händelser som kan vara mycket påfrestande för den enskilde kan undvikas. Socialstyrelsen har beräknat att ombudens arbete ger en kostnadsminskning för samhället som motsvarar 17 gånger insatsen. Den långsiktiga samhällsekonomiska vinsten beräknas till cirka 170 000 kronor per klient och år.³⁸

36. Lägesrapport PO 2019

37. Lägesrapport PO 2019

38. <http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/DetLonarSigSOS.pdf>

RSMH kräver:

- ▶ Fler ska få hjälp av personligt ombud.
- ▶ Personliga ombud ska finnas i varje kommun och ha möjligheter att samarbeta med varandra.

Bostad utan villkor

Psykiatrireformen innebar att de som mår allra sämst skulle få så mycket insatser att de kan bo kvar hemma. Men det fungerar inte för alla. Det finns förfärliga exempel då psykiatrin och socialtjänsten i stället för att samarbeta skyller ifrån sig på varandra så att människor blivit hemlösa eller fått plats på extremt kostsamma och dåliga härbärgen.³⁹ Att ha en trygg, fast bostad kan vara grunden som gör att det blir möjligt att ta emot hjälp för annan problematik, som psykisk ohälsa.

Enligt hemlöshetsforskaren Hans Swärd i Lund är det många kommuner som inte har den rätta varianten av bostad först, alltså att du ska få ett boende med mycket stöd utan krav på att exempelvis vara drogfri. Många kommuner har villkorat även Bostad först, precis som försökslägenheter. RSMH tror inte på trappstegsmodeller utan anser att rätten till en fast bostad ska vara utan villkor.

Kommunerna måste bli bättre på att ge människor stöd i vardagen och även erbjuda alternativa boendeformer som kan anpassas efter den enskildes behov och önskemål. Personal behöver, utöver den professionella yrkeskunskapen, ha bra kunskap om bemötande, återhämtning och att stödja egenmaktsutveckling.⁴⁰

I och med psykiatrireformen lades det sista mentalsjukhuset ned. Istället har mindre institutioner uppstått som till viss del påminner om mentalsjukhus, med bristande insyn och låsta dörrar. Platser på så kallade SiS-hem (Statens institutionsstyrelse), hvb (hem för vård och boende) och LSS-boenden kostar ofta flera tusen kronor per dygn. Att kunna erbjuda en riktig bostad i ett vanligt bostadsområde, med det stöd och den hjälp personen behöver i hemmet, blir alltid mer samhällsekonomiskt och framför allt bättre och mindre stigmatiserande för brukaren.

Det behövs också fler mellanformer av boenden, såsom sviktboenden, för personer med psykisk ohälsa.

RSMH kräver:

- ▶ Alla, oavsett psykisk hälsa eller beroendeproblematik, har rätt till en bostad med anpassad stödnivå.

39. Uppdrag Granskning om Marika Sellgren t ex.

40. RSMH:s principprogram <https://rsmh.se/wp-content/uploads/2020/01/Principprogram-WEB.pdf>

Krav på upprättelse

Misstron mot människor med psykisk ohälsa måste undanröjas i Försäkringskassans beslut. Människor vittnar ofta om hur illa de blivit behandlade av Försäkringskassan. Många utförsäkras. Trots att de lever med svår psykisk ohälsa får de inte sin nedsatta arbetsförmåga erkänd. Inga jobb finns, som de skulle kunna klara. Ibland går det så långt att människor tar sina liv.⁴¹ Samtidigt finns dom från Kammarrätten i Stockholm som påtalar att det inte alltid kan påvisas objektiva fynd för de som har psykiatriska diagnoser. En revisionsrapport från 2018 visade att personer med psykisk ohälsa riskerar att felaktigt bli nekade ersättning från Försäkringskassan.

Av rapporten om personligt ombud (PO) 2019 framgår att läkarbristen riskerar att leda till långa väntetider för utredning och behandling och ekonomisk otrygghet när klienterna är i behov av för sin försörjning nödvändiga läkarintyg. Det ställs ökade krav på läkarintyg vad gäller arbetsförmågebedömningar vilket orsakar att många klienter får avslag på sina ansökningar om aktivitets- och sjukersättning, och söker hjälp av PO för att kunna överklaga.⁴²

Det behövs en kommission som granskar dessa fall och som kan erbjuda upprättelse och ersättning till alla dem som drabbats av Försäkringskassans felaktiga beslut. Det kan gälla både personer som själva är berörda och deras anhöriga. Många har fått gå från hus och hem.

RSMH anser att staten ska ta sitt ansvar och tillsätta en sådan upprättelsekommission. Det ska gå att begära skadestånd och få en ursäkt från Regeringen och Försäkringskassan för alla felaktiga utförsäkringar av människor med psykiatriska diagnoser. Människor ska ha rätt att återfå sin sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och därmed återupprättelse av staten. Ersättning borde utges i nivå med vad som betalades till de vanvårdade fosterhemsbarnen.

RSMH kräver:

- ▶ En kommission tillsätts som ska granska utförsäkringarna.
- ▶ Upprättelse och ekonomisk ersättning till dem som drabbats.

41. RSMH debattartiklar i Aftonbladet och Expressen

42. Lägesrapport PO 2019

Utbildning för individ- och boendestöd

”Omsorgen om dem med mest uttalade svårigheter, störst lidande och svagast röster, sköts av personal med knapphändig eller ingen utbildning”. Det skrev överläkaren Susanne Bejerot och pedagogen Ann Lindgren i en artikel i Dagens medicin tidigare i år.⁴³ Bland RSMH:s medlemmar finns många som tyvärr kan stämma in i den bilden.

RSMH anser att alla som ska arbeta som boende- eller individstödjare ska erbjudas och genomgå adekvat utbildning för uppdraget. Det kan handla om sådant som bemötande och kunskap om hur psykiska funktionsnedsättningar kan variera över tid och yttra sig på olika sätt. Statusen för boendestöden måste höjas och lönenivåerna bör justeras uppåt. Enligt Alain Topors studier är boendestödjare i vissa kommuner mer pressade än hemtjänstpersonalen. I bland finns restriktioner för hur länge boendestödjaren ska vara hos brukaren –liknande för hemtjänsten. Flera har blå tossor på fötterna; ”institutionen har flyttat hem. När vi gör saker hos andra som vi inte skulle göra hemma har det hänt något”. RSMH har kontakter med brukare som blivit så dåligt bemötta av boendestödet att de sagt upp det. På andra håll nekas personer med psykisk ohälsa boendestöd om de har samtida missbruksproblematik.

Dessutom är det inte ovanligt att kommunerna tar ut en avgift för boendestöd. I NSPH:s diskrimineringsrapport står det att många väljer bort boendestöd på grund av avgiften.

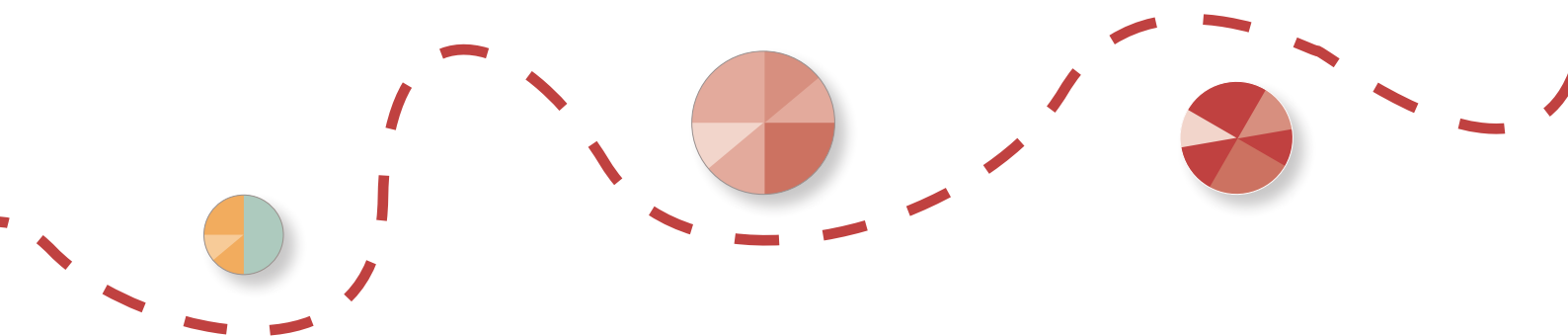
RSMH kräver:

- ▶ Stärk boende- och individstöden i kommunerna genom satsning på utbildning.
- ▶ Boendestöd ska vara avgiftsfritt för brukaren.

43. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/11/13/manniskor-med-svar-psykiatrisk-problematik-var-das-av-outbildad-personal/>

Detta reformpaket antogs av RSMH:s förbundsstyrelse den 22 oktober 2020.

Det föregicks av ett arbete under 2020 där förslag från förbundsstyrelsen och RSMH:s utskott för opinion och samhällspåverkan (UOS) har utvecklats vidare och där RSMH:s medlemmar, föreningar och distrikt löpande bjuddits in till dialog.



www.rsmh.se