

RSMH

2021-01-28

Handläggare:

Elin Engström

Håkan Jarmar

Regeringen
Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Yttrande över remiss Hållbar socialtjänst, En ny socialtjänstlag, SOU 2020:47.

Med anledning av rubricerade remiss vill Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, anföra följande.

RSMH organiserar sedan mer än 50 år människor med psykisk ohälsa. Många av våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa - inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar. RSMH är medlem av Funktionsrätt Sverige och är aktivt inom Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH. RSMH arbetar på demokratisk grund, är religiöst och partipolitiskt neutralt och verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

De människor vi företräder har inte sällan stöd från samhället genom socialtjänstlagen, SoL 2001:453, dvs det stöd som människor i allmänhet kan få när ett välmotiverat behov uppstår. Ibland, men idag mera sällan, får de stöd genom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, dvs LSS. Dessa är de två lagkomplex som idag reglerar primärkommunernas uppgifter när det gäller människor med psykisk ohälsa, inkl psykisk funktionsnedsättning.

Vi vill redan inledningsvis säga att vi anser att förslaget i stort från utredningen inte är bra utifrån de behov som de grupper vi företräder har. Vi bedömer till och med att förslaget utgör en försämring i förhållande till nuläget. Vi förklarar nedan varför vi gör detta ställningstagande.

Allmänt om utvecklingen för människor med psykisk ohälsa

Vi vill innan vi går in på att bedöma utredningens förslag peka på att socialstyrelsen vid två tillfällen, det första i början av 1990-talet och det andra tio år in på 2000-talet, har genomfört levnadsnivåundersökningar för människor med funktionsnedsättningar. Vid båda tillfällena konstaterades att människor med psykisk ohälsa har avsevärt lägre levnadsnivå än andra grupper med funktionsnedsättningar. Denna situation har snarast förvärrats under den senaste tioårsperioden.

Levnadsnivån för människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa är avsevärt lägre än för alla andra avgränsbara grupper i samhället.

Den låga levnadsnivån yttrar sig på många sätt. Gruppen har i mycket begränsad utsträckning reguljära arbeten/anställningar. I bästa fall sysselsätts man vissa tider av berörd kommuns socialpsykiatri, men även detta sker i begränsad – och minskande – omfattning. Nästan aldrig får man stöd av kommunen för att kompensera för problem som funktionshindren medför. Man kan i sammanhanget bara peka på de kognitiva funktionsnedsättningarna som ofta medför att man låses till att vara i hemmet – eller det som ska föreställa att vara ett hem. För människor med psykiska funktionsnedsättningar är den grupp i samhället som mera sällan har något som kan karakteriseras som ett eget hem. Ofta tilldelas man tillfälliga boenden utan besittningsrätt, s k andrahandsförhyrningar - med tvivelaktig kvalitet - ofta slitna och utan bostadsanpassning för de funktionsnedsättningar man har. Miljön i boendet innebär inte sällan en närmast sanitär olägenhet.

Arbetslöshet och brist i, eller avsaknad av boende, som kan kallas ett eget hem leder självfallet inte till tillfrisknande från den psykiska ohälsan, utan snarare tvärtom - den förvärras ofta. Och vad än värre är, den psykiska ohälsan leder dessutom normalt till kraftigt ökad somatisk ohälsa. Detta manifesteras tydligt genom att människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa dör mycket tidigare än människor i gemen. Detta är en direkt följd av samhällets bristande omsorg om denna grupp människor – framförallt en direkt följd av socialtjänstens/socialpsykiatrins tillkortakommanden i deras insatser – som är baserade på i första hand lagstiftningen genom SoL.

För att ytterligare understryka hur illa situationen utvecklas vill vi peka på att folkhälsosituationen för människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa är att man i genomsnitt får räkna med att leva ett ungefär 25 år kortare liv än andra människor. När andra människor kan räkna med en genomsnittlig livslängd, beroende av om man är man eller kvinna, på 80 till 85 år så får man om man tillhör gruppen med psykisk ohälsa knappast sätta ambitionen till att leva mera än omkring 55 år. Och dessa levnadsår är, för att tala i folkhälsotermer, också avsevärt sämre i livskvalitet än för gemene man.

Nästan hälften av denna extrema överdödlighet beror på självmord, ofta i unga år. Många unga levnadsår förloras på detta sätt – något som naturligtvis är särskilt tragiskt. Sannolikt skulle dödligheten i självmord kunna begränsas kraftigt om samhället, socialpsykiatrin, skulle kunna erbjuda ett bättre individuellt stöd - men också aktivera ett kollektivt arbete i samhället för att praktiskt sett minska risken för självmord.

Den andra dryga hälften av överdödligheten beror i hög grad på att människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa också drar på sig kraftigt ökade somatiska sjukdomar, bl a när det gäller hjärt-/kärlsjukdomar, diabetes och cancer. Genom osunt boende, brist på regelbundna liv genom arbete eller sysselsättning och otillräcklig vård och

omsorg skapas situationer där sjukdomar får fäste, inte uppmärksammas i tid och därmed behandlas för sent. Många dör alldeles för tidigt i hjärtinfarkter, stroke eller hjärtsvikt samt diabetes och cancer. Många får svårartade problem genom tänder som förstörs av mediciner - och en ämnesomsättning ur balans pga problemen med att äta.

Vi har redovisat de ovan nämnda förutsättningarna för att få en förståelse för att stöd och service till gruppen personer med långvarig och allvarlig funktionsnedsättning idag rent generellt fungerar mycket illa – i varje fall om man ska ha en målsättning i samhället som är i närheten av vad som kan betraktas som *jämlig hälsa*. Enligt vår mening kan man i fortsättningen inte lita till att socialtjänstlagen, SoL, kan utgöra den huvudsakliga grund som stöd och service till människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa baseras på. Erfarenheterna sedan psykiatrireformen, Psyk-Ädel, i slutet av 1990-talet visar på många håll i landet att en successiv försämring av stöd och service sker – både inom kommunernas och regionernas ansvarsområden. Den nu föreliggande utredningen ändrar inget i dessa förutsättningar, såvitt vi kan bedöma. Vi bedömer att försämringen kommer att fortsätta, även om vissa positiva undantag kan redovisas.

1900-talet var ett århundrade som karakteriserades av att människor med allvarlig psykisk ohälsa med eller mot sin vilja hölls inlåsta på mentalsjukhus. Dessa var ibland mycket stora komplex inramade med höga stängsel med en helt egen värld för de intagna personerna. Efter omfattande kritik under årtiondena närmast före millennieskiftet påbörjades en omvandling mot en successivt öppnare psykiatri, ofta t ex benämnd sektorspsykiatri, där landstingen efter hand lade ned den slutna vården i sjukhusen och övergick till öppnare vårdformer och boende för patienterna i gruppboenden eller egna lägenheter. Denna utveckling skedde i huvudsak under 1990-talet och inom ramen för landstingens verksamheter.

Under den sista femårsperioden före millennieskiftet utreddes och genomfördes en ny fördelning av ansvaret för att stödja människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa. Kommunerna skulle, enkelt sagt, ta över ansvaret för boende och sysselsättning/arbete för denna grupp människor. Man gjorde i princip en motsvarande lösning för denna grupp som man fem år tidigare genomförde för de sjuka äldre i den s k ädelreformen. Följdriktigt kom alltså denna nya reform att kallas för psykädel.

Lagstodet för den del av psykiatrin som skulle bedrivas av kommunerna, den s k socialpsykiatrin, fanns i socialtjänstlagen, SoL, och skulle komplettera den del av lagstodet för landstingens del som reglerades i hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Man kan säga att lagkomplexen utgör stommen till de vårdkedjor som psykiatrin i sin helhet utgör. Både landstingets och kommunens insatser är nödvändiga delar i vårdkedjorna för att människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa helst ska förbättras och om möjligt bli helt bra, eller i varje fall få ett bra stöd för att hantera sin långvariga ohälsosituation. Stora resurser fördes över från landstingen till kommunerna för att de skulle kunna ta sitt nya ansvar inom boende- och sysselsättningsområdet.

Socialtjänstlagen var och kom även i fortsättningen efter psykädels genomförande att vara en relativt tandlös lag för syftet att förbättra situationen för människor med psykisk ohälsa - och trots ett tjugotal justeringar av lagen de senaste decennierna är lagen för svag för att stödja särskilt utsatta människor som dem med psykisk ohälsa. Som vi har angett i ett tidigare remissyttrande, det över förändringen av LSS, har i allt väsentligt inte den lagen heller varit till något väsentligt stöd för människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa trots formuleringarna i lagen om den s k personkrets 3.

Det huvudsakliga lagkomplex som således numera finns för att skapa ramarna omkring stöd till och vård av människor med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning är på regionsidan HSL och på kommunsidan SoL och LSS. Vi bortser i detta sammanhang från tvångsvårdslagstiftningen, som mera får ses som en undantagslagstiftning. Inom LSS tillämpning har människor med psykiska funktionsnedsättningar, främst motsvarande personkrets 3, enligt vår bedömning blivit alltmera sällsynta under senare år. Om det, som enligt förslagen från den nu föreliggande utredningen om SoL, blir en ytterligare anonymisering av de grupper som SoL ska stödja och där ett par av områdena blir kvar i praktiken, nämligen för stödet till barn och ungdomar och omsorgen om äldre, men t ex människor med psykisk ohälsa tas bort kan man räkna med ett i praktiken försvagat skydd för dessa.

Vi anser att principen att osynliggöra människor med psykisk ohälsa innebär att man i praktisk tillämpning i kommunernas socialtjänst så småningom kommer att "glömma" varför människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa behöver ett utökat stöd och skydd i lagstiftningen i förhållande till människor i allmänhet. Det är då människor med psykisk ohälsa hamnar på gatan, utan boende och sysselsättning eller arbete, och ofta drivs in beroende av droger och alkohol. Denna utveckling är redan på väg och får inte tillåtas förstärkas ytterligare genom oövertänkta lagändringar. Risken är att det som uppnåddes med psykadel fortsätter att sättas ur spel.

Trots att vi således är kritiska till några av de viktiga principerna för lagens föreslagna utformning anser vi att utredningen i vissa avseenden för väl utformade resonemang och har förslag i enskildheter som bör kunna tas tillvara.

Vissa allmänna synpunkter på delar och enskildheter i förslaget

Likvärdighet och förebyggande

Vi instämmer i förslaget att socialtjänsten både ska främja människors jämlika och jämställda levnadsvillkor. Samtidigt behöver det sägas att detta förslag riskerar att bli verkningslöst då inga höjda ambitioner verkar följa med utredningens förslag. Det är naturligtvis inte tillfredsställande att utgångspunkten för uppdraget har varit att "utredningen inte får lägga förslag som är kostnadsdrivande eller ambitionshöjande". Detta, som numera regelmässigt verkar vara det som gäller alla statliga utredningar, bidrar knappast till nytänkande och kreativitet.

Vi instämmer också i tanken att en likvärdig socialtjänst kan se ut på olika sätt och att det är bra att förslagen i betänkandet lämnar utrymme för anpassningar utifrån lokala förutsättningar. Samtidigt talas det mycket om de långsiktiga vinsterna, inte minst de mänskliga men också de ekonomiska, av att styra mot en mer *förebyggande* socialtjänst och sociala investeringar. Det talas också om att en del kostnader kommer att öka i ett inledande skede. Vi anser att det är besynnerligt att regeringen inte är beredd att satsa på sådant trots forskning och beräkningar som visar på de långsiktiga vinsterna.

Vi bedömer att risken i stället är stor för att det med utredningens förslag uppstår undanträngningseffekter. De grupper som redan idag är svagast och som socialtjänsten inte har så lätt att nå ut till riskerar att marginaliseras ytterligare och lämnas utan tillräckliga insatser. Till dessa grupper hör personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Som utredningen konstaterar försvåras sociala investeringar bl a av att de ekonomiska vinster som så småningom uppstår tack vare tidiga och förebyggande insatser i

socialtjänsten uppstår någon helt annanstans (domstolsväsendet, kriminalvården, regionernas hälso- och sjukvård etc). Vi anser att det kan behöva utredas hur flera myndigheter skulle kunna avsätta medel för de tidiga insatser som behövs i kommunernas socialtjänster för att vända utvecklingen.

Tillgänglighet

Det är vidare vid en första anblick lätt att instämma i att "socialtjänsten ska inriktas på att vara lätt tillgänglig". Som beskrivs på flera ställen är det ofta en förutsättning för att en insats eller behandling ska lyckas, att den går att få just när personen är motiverad att ta emot hjälp. Samtidigt finns en risk att för mycket ansvar läggs på den enskilde individen.

Det verkar med den tänkta socialtjänstlagen i huvudsak bli upp till var och en om man ska kunna få stöd av socialtjänsten. Det ska vara enkelt att "ta och ha kontakt" med socialtjänsten, men hur blir det för alla dem som inte känner till just någonting om socialtjänstens eller kommunernas ansvar? Det ges flera exempel på detta, t ex offer för mäns våld mot kvinnor eller hedersproblematik. Vi tänker också på personer med exempelvis psykiska eller kognitiva funktionsnedsättningar, personer med beroendeproblem eller anhöriga och medberoende.

Bemötande

Vi anser att förslaget att "enskilda ska bemötas på ett respektfullt sätt utifrån sina förutsättningar och behov" – borde vara en självklarhet. Vi vet att det tyvärr inte är så i dagens samhälle för människor med psykiska funktionsnedsättningar, och vi vet också att det i framtiden inte heller kommer att bli så. Ändå framgår det inte hur förslaget är tänkt att följas upp.

Det verkar inte finnas några förslag kring sanktionsmöjligheter eller krav på upprättelse de gånger socialtjänsterna inte lever upp till portalformuleringar som denna. Det riskerar att bli ännu ett tomt påstående om det inte går att utkräva ansvar av någon när lagen inte följs. Det kan vara svårt att lagstifta om bemötande, men förslaget/principen borde åtminstone kunna följas av resurser till genomgripande utbildningar för personal i socialtjänstens verksamheter.

Levnadsförhållanden och levnadsnivå

Vi anser inte att begreppet "skäliga levnadsförhållanden" ska ersätta "skälig levnadsnivå" i bestämmelsen som reglerar rätten till bistånd för livsföringen. Väl medvetna om utredningens krav på att inte lägga förslag som är kostnadsdrivande eller ambitionshöjande anser RSMH ändå att personer i behov av stöd från socialtjänsten, i samma utsträckning som personer som omfattas av LSS, borde ha rätt till "goda levnadsförhållanden/levnadsnivå".

Utredningen uttrycker på s 665 själv argument för en sådan ambitionshöjning, men anser sig bakbunden av regeringens uppdrag. Vi anser att det för de enskildas bästa vore rimligt att kräva att människor ska tillförsäkras en god levnadsnivå. Men om det inte räcker som argument så är det också en fråga för hela samhället, då allt mer forskning på senare år visat att samhällen som helhet vinner på att klyftorna mellan fattiga och rika i samhället inte tillåts bli allt för stora. Personer med psykisk funktionsnedsättning är den grupp som ju, som vi nämnt ovan, har allra sämst ekonomisk levnadsstandard. Vi förstår vari jämlikheten ligger att om man omfattas av LSS omsorger så är man värd god levnadsnivå

men om man bara lyckats få stöd enligt SoL så får det räcka med skälig levnadsnivå. Alla skulle vinna på att det genom socialtjänstens försorg gick att utjämna skillnaderna i levnadsnivå i någon mån.

Individuell prövning?

Förslaget om möjligheter för socialtjänsten att erbjuda insatser utan föregående individuella prövningar stöder vi självfallet. Sådant som kan leda till att brukarnas delaktighet och inflytande ökar vill vi generellt alltid stödja. Vi har t ex stor erfarenhet av att t ex erbjuda träffpunkter för personer med psykisk funktionsnedsättning i samarbete med kommunerna. Vi är gärna med och utvecklar sådana eller liknande verksamheter vidare.

Samtidigt väcks hos oss en oro för att socialtjänsten ska få svårare att nå de grupper som är i behov av stöd men som inte själva söker sig till socialtjänsten. Det står att socialtjänsten ska bygga på frivillighetsprincipen och "förlita sig på att människor själva vet bäst vad de behöver". "Den enskilde ska vända sig till socialtjänsten av fri vilja". Samtidigt är det fortsatt kommunerna genom socialtjänsten som har det yttersta ansvaret för att enskilda får de insatser som de behöver. Vad betyder det i praktiken, och hur ska det gå till? Hur ska socialtjänsten nå de människor som är i behov av stöd och hjälp, exempelvis personer med psykisk funktionsnedsättning, men som kanske inte känner till, inte inser sina behov eller ens vill ha kontakter med socialtjänsten?

Uppsökande verksamheter

Vi anser inte att man kan ta bort bestämmelsen om att "socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med fysiska och psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden". Vi anser att den bestämmelsen måste vara kvar, därför att det annars blir alltför urvattnat och för vagt vad som ingår i socialtjänstens ansvar. Precis så som det beskrivs på andra ställen i utredningen spelar socialtjänsten en betydande roll då den möter människor i utsatta situationer eller med sociala problem. Det gäller både enskilda och grupper men också för samhällsplaneringen i stort.

Det talas fint om sänkta trösklar och fler vägar in till socialtjänsten, men om socialnämnden inte längre ska ha något ansvar för att i uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamheter – hur ska då människor hitta dit? Hjälpen som ska kunna erbjudas när människor är motiverade blir helt beroende av "den enskildes egna initiativ". Endast var femte person med alkoholberoende söker vård, och personer med psykisk ohälsa är inte heller alltid motiverade att söka hjälp. Risken är stor att de människor som har de svåraste sociala problemen aldrig kommer att nås, inte heller deras anhöriga.

Brukarmakt på riktigt

Generellt vill vi från RSMH:s sida se ett utökat ansvar för alla berörda myndigheter, så att en person inte ska kunna bollas mellan olika aktörer eller lämnas ensam utan stöd. Brukaren ska ha tolkningsföreträde att själv avgöra när han eller hon anser att man fått den vård och det stöd man behöver. Vi önskar att det i förvaltningslagen skrivs in en plikt för varje myndighet att se till att en person får det stöd och den hjälp han eller hon behöver, oavsett till vilken instans personen först vände sig. I dagsläget finns det ett samverkansansvar mellan kommuner och regioner, men vi anser att ansvaret behöver skrivas in tydligare i lagen, formuleras mera bindande och också omfatta fler myndigheter.

Vi skulle vidare gärna se att SoL kunde göras om till mera av en bindande rättighetslag - på motsvarande sätt som LSS. Som utredningens förslag lag är skrivet fortsätter lagen att vara mer inriktad på kommunernas skyldigheter än på människors rättigheter. Lagen borde istället omfatta insatser som de berörda kan ha rätt till för att kunna leva som andra och med goda levnadsvillkor.

Samordnad individuell plan, SIP, med budget och vite

Samordnade individuella planer (SIP) borde enligt vår uppfattning initieras i mycket större utsträckning än nu av kommunernas socialtjänst/socialpsykiatri. En sådan samordnad plan ska ju upprättas tillsammans med brukaren när insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. Lag om SIP inrättades för att ingen skulle hamna mellan stolarna. SIP ska upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna och ska tydliggöra vilken instans som gör vad och när.

Utvärderingar har visat att SIP ofta fungerar dåligt, t ex när det gäller brukarmedverkan, dålig samverkan och har ofta mera slumpmässig användning. Det är ju lagstadgat att den som behöver insatser från två huvudmän har rätt till en SIP. Men det finns inga sanktioner för den som inte genomför sin del, inga sätt att utkräva ansvar av den huvudman som inte lever upp till åtagandena. Inte heller innehåller utredningen några sådana förslag. Vi anser att man med det snaraste bör komplettera utredningens förslag med regler om budget och vite för SIP.

Under samma tak

Vi anser att det ska finnas verksamheter där olika former av vård och omsorg, även viss somatisk vård, finns tillgängliga och samlade för människor med psykisk ohälsa. Det ska i varje kommun finnas sådana som man ska kunna vända sig till och få den hjälp och det stöd man behöver. Stöttecenter i Hässleholm, liksom den tidigare Södertäljemodellen, är goda exempel som vi vill lyfta fram och sprida.

Personligt ombud, PO

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. Därför oroas RSMH av skrivningarna under 5.1.3 (s 314-315). Vi ser en risk för uppluckring av PO:s självständighet.

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.

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.

RSMH vill att flera ska få hjälp av personligt ombud. Personligt ombud ska finnas i varje kommun och ha möjligheter att samarbeta med varandra. Förutom den stora betydelse det personliga ombudet har för den enskilde är det samhällsekonomiskt lönsamt att satsa på personligt ombud. Med helhetssyn och samordning kan förvärrade sociala och psykiska

problem förebyggas, och svåra händelser som kan vara mycket påfrestande för den enskilde kan undvikas.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Barbro Hejdenberg Ronsten
Förbundsordförande

Kristina Båth Sågänger
Kanslichef

Kopia
Funktionsrätt Sverige
NSPH