

# Ambition och ansvar

*Nationell strategi för utveckling av samhällets  
insatser till personer med psykiska sjukdomar  
och funktionshinder*

*Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning*

*Stockholm 2006*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2006:100

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 23 oktober 2003 att tillkalla en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). Psykiatrisamordnaren skall fortlöpande informera regeringen om resultatet av arbetet och vid behov ge förslag till författningsändringar och förtydliganden av gällande regelverk. Psykiatrisamordnaren ges vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet.

Utredningen har antagit namnet Nationell psykiatrisamordning (S 2003:09). Direktiven till utredningen (dir. 2003:133) redovisas i bilaga 1.

Genom ett regeringsbeslut den 9 november 2006 förlängdes utredarens uppdrag till den 30 november 2006 (S 2006/8660/HS).

Den 23 oktober 2003 förordnade statsrådet Lars Engqvist läkaren Anders Milton som nationell psykiatrisamordnare. Psykiatern Ing-Marie Wieselgren förordnades som sekreterare den 1 januari 2004 och statsvetaren Kristy Delisle den 1 februari 2004 (t.o.m. 1 juli 2006). Socionomen Ann Tjernberg förordnades som sekreterare den 1 mars 2004 och juristen Inger Bohlin den 8 mars 2004 (t.o.m. 15 augusti 2005) samt juristen Katarina Adolfsson den 15 november 2004 (t.o.m. 1 mars 2006). Som utredningssekreterare förordnades statsvetaren Emma Fredriksson den 9 augusti 2005 och den 1 november 2005 förordnades juristen Anders Printz (t.o.m. 31 oktober 2006) som utredningssekreterare.

Som handläggare och experter med särskilda uppgifter förordnades den 1 mars 2005 socionomen Urban Marklund (t.o.m. 31 augusti 2006) och den 13 juni 2005 psykologen Kerstin Evelius (t.o.m. 31 oktober 2006). Som handläggare och experter med sär-

skilda uppgifter knöts även till utredningen den 1 augusti 2005 psykiatern Mikael Sandlund och den 15 oktober 2006 byrådirektören Birgitta Hagström (t.o.m. 31 maj 2006). Ämnesrådet Gunnar Holmberg knöts till Nationell psykiatrisamordning den 1 februari 2006. Kommitténs assistent på deltid var under tiden 1 januari 2004 t.o.m. den 15 mars 2005 kanslisekreteraren Brigitta Sjö och från och med 15 mars 2005 assistenten Anna- Karin Haag.

Textredigering och layout har utförts av kanslisekreteraren Monica Berglund, kommittéservice.

Utredningen överlämnar härmed sitt betänkande *Ambition* och ansvar. Nationell strategi för samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100).

En sammanfattning av detta betänkande på engelska publiceras särskilt.

Med överlämnande av detta betänkande är Nationell psykiatrisamordnings uppdrag slutfört.

Stockholm i november 2006.

Anders Milton

/Ing-Marie Wieselgren

Kristy Delisle  
Kerstin Evelius  
Emma Fredriksson  
Birgitta Hagström  
Gunnar Holmberg  
Urban Marklund  
Anders Printz  
Mikael Sandlund  
Ann Tjernberg

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>19</b>
<b>Författningsförslag</b> .....	<b>49</b>
<b>1 Utredningens uppdrag och arbete</b> .....	<b>63</b>
1.1 Utredningens direktiv.....	63
1.2 Varför ett nationellt samordningsuppdrag? .....	66
1.3 Nationell psykiatrisamordnings tolkning av uppdraget .....	67
1.4 Principiella avvägningar .....	71
1.5 Genomförande .....	73
<b>2 Bakgrund</b> .....	<b>81</b>
2.1 Historiskt perspektiv.....	82
2.1.1 Förklaringsmodeller till psykisk ohälsa har varierat .....	82
2.1.2 Avinstitutionaliseringen .....	84
2.1.3 Psykiatrireformen .....	86
2.2 Levnadsförhållanden för personer med psykiskt funktionshinder.....	92
2.2.1 Psykisk ohälsa – förekomst av psykisk sjukdom och brister i psykiskt välbefinnande i befolkningen .....	92
2.2.2 Underlag .....	95
2.2.3 Ekonomiska förhållanden.....	96
2.2.4 Arbete och försörjning .....	97
2.2.5 Boendeförhållanden .....	99
2.2.6 Socialt liv och sysselsättning .....	99
2.2.7 Hälsa, vård och omsorg .....	100
2.2.8 Våld och kriminalitet .....	101

2.3	Nuvarande ansvarsfördelning och reglering.....	103
2.3.1	Socialtjänstlagens bestämmelser.....	104
2.3.2	LSS.....	105
2.3.3	Reglering inom hälso- och sjukvården.....	106
2.3.4	Missbruksvård.....	107
2.3.5	Rehabilitering och försörjning m.m.....	108
2.4	Den psykiatriska vårdens omfattning och innehåll.....	108
2.4.1	Insatsernas omfattning.....	108
2.4.2	Psykiatrisk slutenvård – utvecklingen 1995– 2005.....	109
2.4.3	Insatser i psykiatrisk öppenvård.....	114
2.4.4	Tillgänglighet, innehåll och kvalitet i psykiatrisk vård.....	117
2.5	Socialtjänstens insatser – omfattning och innehåll.....	120
2.5.1	Omfattningen av kommunernas insatser.....	120
2.5.2	Inventeringar och uppsökande verksamhet.....	121
2.5.3	Insatsernas innehåll, kvalitet och resultat i socialtjänsten.....	122
2.6	Rehabilitering och arbetsmarknadsåtgärder.....	123
2.7	Samverkansbrister.....	125
2.8	Brukarnas åsikter om det kommunala stödet.....	128
2.8.1	Brukarenkäter.....	128
2.9	Brukarinflytande inom hälso- och sjukvården.....	131
2.10	Så vill vi ha det; patient-, brukar- och anhörignätverkets ståndpunkter.....	132
2.10.1	Patient-, brukar- och anhörignätverkets syn på dagsläget.....	132
2.11	Psykiatrins och kommunernas kostnader för psykiskt funktionshindrade.....	134
2.11.1	Kostnaden för specialiserad psykiatrisk vård.....	134
2.11.2	Kostnaderna i kommunerna.....	137
2.11.3	Variierande kommunala förutsättningar.....	138
2.12	Sammanfattande slutsatser.....	140

<b>3</b>	<b>En nationell vision .....</b>	<b>143</b>
3.1	En nationell utvecklingsstrategi .....	147
3.1.1	Strategier för genomförande och konkreta, mätbara mål .....	148
3.1.2	Fyra övergripande mål .....	148
<b>4</b>	<b>Vård, stöd och service .....</b>	<b>155</b>
4.1	Fem komponenter för bra vård och stöd .....	155
4.2	Organisation.....	156
4.2.1	God och säker vård, social omsorg och stöd på lika villkor – hur åstadkommer vi det? .....	159
4.2.2	Organisation inom hälso- och sjukvård.....	161
4.2.3	Organisation inom socialtjänst .....	164
4.2.4	Uppsökande verksamhet .....	169
4.2.5	Samordning av insatser .....	172
4.2.6	Medicinska ansvaret i särskilda boenden och hemsjukvården .....	178
4.3	Kunskap och evidensbaserade metoder .....	180
4.3.1	Vad är kunskapsbaserad vård och stöd? .....	180
4.3.2	Ansvar för kunskapsutveckling i vård och stöd .....	181
4.3.3	Förändrad attityd och aktivare arbetsmetoder.....	183
4.4	Innehållet i vård och stöd .....	184
4.4.1	God psykiatrisk hälso- och sjukvård.....	184
4.4.2	Slutenvårdsplatser i psykiatri .....	190
4.4.3	Socialtjänst med god kvalitet.....	193
4.4.4	En gemensam nollvision .....	198
4.5	Närstående .....	200
4.5.1	Barn och syskon till personer med psykisk sjukdom .....	202
4.6	Insatser för att främja kroppslig hälsa .....	208
4.7	Tandvård.....	209
4.8	Missbruk.....	211
4.8.1	Risikkonsumtion och missbruk av alkohol och narkotika.....	212
4.8.2	Psykisk sjukdom och missbruk.....	216
4.8.3	Ett gemensamt ansvarstagande måste garanteras...	219

4.8.4	En förbättrad missbruksvård måste komma till stånd .....	223
4.9	Personer med stora och omfattande problem .....	224
4.10	Utvecklingsstörning och psykisk sjukdom .....	229
4.11	Äldre och psykisk ohälsa .....	231
4.11.1	Fler äldre och förändrade behov.....	231
4.11.2	Förekomst av psykisk ohälsa .....	232
4.11.3	Förbättrad kompetens och utökade insatser .....	233
4.12	Samverkan.....	234
4.13	Utvecklingsbehov.....	238
4.13.1	Ett utvecklingsprogram för ökad kompetens kring psykisk ohälsa .....	239
<b>5</b>	<b>Boende- och fritidsfrågor .....</b>	<b>241</b>
5.1	Boendet är en central fråga .....	241
5.1.1	Boendefrågan – efter avinstitutionaliseringen .....	243
5.1.2	Boendestöd .....	244
5.1.3	Avgifter för den enskilde .....	247
5.1.4	Bostad med särskild service .....	248
5.1.5	Verksamheter för vistelse vid kortvariga svikttillstånd.....	250
5.1.6	Hemlöshet och bostadsförsörjning.....	253
5.1.7	Boendelösningar för personer med särskilda behov .....	256
5.1.8	HVB – hem för vård eller boende .....	258
5.2	Forskning, utveckling och utbildning.....	260
5.3	Fritid .....	262
<b>6</b>	<b>Rehabilitering till aktivitet – meningsfull sysselsättning, rehabilitering och arbete.....</b>	<b>265</b>
6.1	Utgångspunkter.....	265
6.1.1	Arbetslivsinriktad rehabilitering kontra meningsfull sysselsättning .....	266
6.1.2	Arbetslinjen är svag .....	267
6.1.3	Återkomst till arbete och aktivitet är angeläget .....	269

6.2	En ny modell för rehabilitering – särskilt aktivitetsstöd för personer med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder .....	271
6.3	Modell för ett förstärkt aktivitetsstöd för yngre personer med psykiskt funktionshinder.....	275
6.3.1	Målgrupp för särskilt aktivitetsstöd.....	276
6.3.2	Alla aktörer i stödsystemet har ett ansvar för att identifiera och aktualisera personer med psykiskt funktionshinder och som har behov av arbetsrehabilitering hos Försäkringskassan.....	277
6.3.3	Inledande kartläggning .....	278
6.3.4	Gemensam planering – aktivitetsplan.....	280
6.3.5	Insatser enligt lagen om särskilt aktivitetsstöd .....	280
6.3.6	Avslut av koordinatorn.....	284
6.4	Förstärkt roll för Försäkringskassan kräver förstärkta möjligheter .....	284
6.4.1	Särskilda rehabiliteringskoordinatorer på Försäkringskassan .....	285
6.4.2	Medel för att bevilja särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder.....	290
6.5	Förslag till förändringar för att möjliggöra och underlätta genomförandet av särskilt aktivitetsstöd till yngre personer med psykiskt funktionshinder.....	294
6.5.1	Vårdgarantin utvidgas till att omfatta relevanta utredningar .....	295
6.5.2	Förstärkt utbud genom ökade möjligheter för drift av alternativ och kompletterande sysselsättningsverksamhet.....	297
6.5.3	Införande av 2 000 riktade skyddade anställningar till personer med psykiskt funktionshinder .....	300
6.6	Övriga förslag med syfte att stärka samverkan, individens ställning och utbudet av rehabilitering.....	304
6.6.1	Inrättande av en styrgrupp för arbetet med rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder från 2007 till 2015 .....	305
6.6.2	Medel för att stimulera gemensam kunskapsutveckling .....	306



6.6.3	Ökad kunskap om genusaspekter .....	308
6.6.4	Personer med psykiskt funktionshinder ska få tillgång till daglig verksamhet enligt LSS .....	311
6.6.5	Särskild utredning om förutsättningar och utvecklingsmöjligheter för sociala kooperativ .....	316
6.6.6	Översyn av Försäkringskassans och AMV tidsbegränsade insatser .....	318
<b>7</b>	<b>Psykiskt funktionshinder – åtgärder för delaktighet och tillgänglighet .....</b>	<b>323</b>
7.1	Personer med psykiskt funktionshinder .....	325
7.2	Hjälpmedel .....	331
7.3	Åtgärder för anpassning av samhället .....	332
7.4	Åtgärder för minskad stigmatisering – diskriminering .....	333
7.5	Handikappersättning – en fråga om delaktighet .....	335
7.6	Personligt stöd – en fråga om tillgänglighet .....	338
7.6.1	Personliga ombud .....	339
7.7	God man och förvaltare .....	344
7.8	Andra stödinsatser – kontaktpersoner, boendestöd, koordinatörer och case managers .....	347
<b>8</b>	<b>Barn och ungdomar .....</b>	<b>353</b>
8.1	Barn och ungdomar i Sverige .....	354
8.1.1	Hur mår de unga? .....	354
8.2	Barn och ungdomar med komplexa och omfattande behov .....	356
8.2.1	Missbruk och psykisk sjukdom .....	356
8.2.2	Social problematik och psykisk ohälsa .....	357
8.3	Svensk barn- och ungdomspolitik .....	359
8.3.1	Barnombudsmannen (BO) .....	362
8.4	Vem ansvarar för vad? .....	363
8.4.1	Mödra- och barnhälsovården .....	363
8.4.2	Elevhälsan .....	363
8.4.3	Socialtjänsten .....	364
8.4.4	Familjecentraler .....	366

8.4.5	Ungdomsmottagningar.....	366
8.4.6	Primärvården .....	367
8.4.7	Barn- och ungdomspsykiatri .....	367
8.5	Tidigare utredningar och ställningstaganden avseende tidiga insatser till barn och ungdomar .....	369
8.5.1	Förslag som tidigare lämnats av Nationell psykiatrisamordning .....	373
8.6	Tidiga insatser .....	375
8.7	Förstärkningar, samordning och gemensamma arenor .....	378
8.8	Samarbete, samorganisering och samlokalisering .....	379
8.9	Vård och stöd .....	382
8.9.1	Gemensamma målsättningar .....	382
8.9.2	Särskilda insatser för att förhindra självmord bland barn och ungdomar .....	383
8.9.3	Överenskommelse inom landstinget .....	385
8.9.4	Förstärkt primärvård.....	387
8.9.5	Barn- och ungdomspsykiatri ska vara en specialistverksamhet.....	389
8.9.6	Förstärkt vårdgaranti .....	392
8.10	Komplexa och omfattande behov .....	393
8.10.1	Överenskommelser om konkreta samarbetsformer och tydliggörande av ansvar krävs mellan huvudmännen .....	394
8.10.2	Översyn av riksavtalet.....	400
8.10.3	Individuella planer.....	402
8.11	Kunskapsutveckling och metodstöd.....	404
<b>9</b>	<b>Tvångsvård enligt LPT, LRV och LVM .....</b>	<b>407</b>
9.1	Frivillig vård och omsorg är det normala .....	407
9.1.1	Vård utan samtycke utgör absoluta undantag .....	408
9.1.2	Varför tvångsvård behövs i vissa fall .....	409
9.1.3	Tvångsvård ställer stora krav på rättssäkerhet.....	410
9.1.4	FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning .....	411
9.1.5	Frivillighet inom tvångsvården.....	412
9.2	Psykiatrisk tvångsvård (LPT) .....	413
9.2.1	Bakgrunden till den nuvarande lagen.....	413

9.2.2	Konsekvenser av den förändrade lagstiftningen.....	414
9.2.3	Behov av att se över LPT lagstiftningen .....	419
9.3	Rättspsykiatrisk vård (LRV) .....	422
9.3.1	Förutsättningar för rättspsykiatrisk vård.....	422
9.3.2	Den rättspsykiatriska vårdens omfattning.....	423
9.3.3	Vårdens innehåll .....	424
9.3.4	Psykiatrisamordningens förslag och bedömningar .....	428
9.4	Missbruksvård enligt LVM .....	429
9.5	Vissa gemensamma frågor.....	433
9.5.1	Behov av utveckling och ändrad inställning.....	433
9.5.2	Vårdavgifter vid tvångsvård .....	435
9.6	Skadeståndsskyldighet för personer med psykisk störning.....	439
<b>10</b>	<b>Personalförsörjning .....</b>	<b>441</b>
10.1	Personalsituationen nu och framöver .....	441
10.1.1	Inventering av aktuell personalsituation .....	441
10.1.2	Personaltillgång .....	442
10.1.3	Kompetens- och utbildningsnivå.....	443
10.1.4	Rekryteringssituationen.....	445
10.1.5	Åldersfördelning.....	448
10.2	Behov av åtgärder .....	449
10.2.1	Personaltillgång – den avgörande faktorn.....	449
10.2.2	Psykiaterbrist – svält i överflöd? .....	449
10.2.3	Framtida behov av personal inom psykiatri- området .....	451
10.2.4	Innehållet i utbildningarna.....	456
10.3	Nationell psykiatrisamordnings förslag för stärkta personalresurser.....	457
10.3.1	En samlad strategi för personal till psykiatri- området .....	457
10.3.2	Strategi för stärkt läkarerekrytering.....	459
10.3.3	En kliniskt inriktad psykologutbildning.....	461
10.3.4	Innehållet i relevanta grundutbildningar.....	463

10.3.5	Modulbaserad basutbildning för baspersonal.....	464
10.3.6	Kompetenshöjning / vidareutbildning för redan anställda .....	465
<b>11</b>	<b>Forskning och utveckling.....</b>	<b>467</b>
11.1	Behov av forsknings- och utvecklingsarbete.....	467
11.1.1	Behov av grundforskning, tillämpad forskning och utvecklingsarbete .....	468
11.2	Goda förutsättningar för forskning – men svårigheter finns .....	471
11.3	Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård? .....	472
11.4	Behovsanalys, forsknings- och utvecklingsarbete.....	474
11.5	Inventering av akademiska tjänster inom specialist- psykiatri.....	476
11.6	Huvudskäl för en stor forskning och utvecklings- satsning .....	478
11.7	En strategisk forskningssatsning inom området psykisk ohälsa .....	480
11.8	Hundra miljoner kronor per år i sju år .....	482
11.9	En utvecklingssatsning inom området psykisk ohälsa .....	483
<b>12</b>	<b>Statlig styrning.....</b>	<b>489</b>
12.1	Övergripande slutsatser.....	489
12.2	En fast struktur för uppföljning av nationella mål.....	493
12.2.1	Insatser till människor med psykiskt funktionshinder ska vara ett politikområde .....	494
12.2.2	En särskild funktion ska stödja målens uppfyllelse.....	495
12.2.3	Staten ska bli aktivare när det gäller metodstöd, kunskapsproduktion och resultatredovisning.....	497
12.2.4	Uppföljningar och öppna jämförelser.....	499
12.2.5	Målet för arbete och sysselsättning.....	500
12.3	Tillsynen ska vara aktiv, stödjande och samordnad .....	501

12.4	Ett riktat statsbidrag för ökad kunskap och kvalitetshöjning.....	504
12.4.1	Det behövs resursförstärkningar.....	504
12.4.2	Staten ska bidra med resurser.....	506
12.4.3	Tidigare statsbidrag inom området.....	507
12.4.4	Tillskottet ska utformas som ett riktat statsbidrag.....	508
12.4.5	Statsbidragets storlek och fördelning.....	510
12.4.6	Statsbidraget ska vara villkorat.....	511
12.5	Nationella satsningar på metodutveckling, resultatredovisning och forskning.....	513
12.6	Administration och uppföljning av statsbidraget.....	514
<b>13</b>	<b>Brukarinflytande.....</b>	<b>515</b>
13.1	Vad är brukarinflytande?.....	517
13.2	Brukarinflytandets innehåll.....	518
13.3	Brukarinflytande ur svenskt perspektiv.....	519
13.4	Brukarinflytande på individnivå.....	522
13.5	Brukarinflytande på kollektiv nivå.....	524
13.6	Metodutveckling brukarinflytande.....	529
13.7	Brukarnätverket och lokala brukarorganisationer.....	531
<b>14</b>	<b>Huvudmannaskap, samverkan, samordning och ansvarsfördelning.....</b>	<b>535</b>
14.1	Övergripande slutsatser.....	535
14.1.1	En huvudman är inte lösningen.....	536
14.1.2	Kraven på ökad samordning och samverkan bör tydliggöras genom lagstiftning.....	537
14.1.3	Hinder för samverkan och samordning måste undanröjas.....	539
14.2	Gemensam individuell planering.....	540
14.2.1	Planeringsansvaret ska följa av lag.....	542
14.2.2	Planeringsskyldigheten ska gälla när det behövs....	544
14.2.3	Begreppet individuell plan.....	545

14.2.4	Planen ska upprättas av landstingen och kommunen.....	546
14.2.5	Planens innehåll.....	548
14.2.6	Enskilda och närstående .....	550
14.2.7	Hur förhåller sig den individuella planen till andra planer?.....	552
14.3	Landsting och kommuner ska vara skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete .....	557
14.3.1	Överenskommelsernas syfte .....	560
14.3.2	Kommunen och landstinget .....	560
14.3.3	Personer med psykiskt funktionshinder .....	561
14.3.4	Överenskommelsernas innehåll .....	561
14.3.5	Samråd med brukarorganisationer .....	567
14.3.6	Målen ska följas upp.....	567
14.4	Lagändringarna måste stödjas genom metodutveckling.....	568
<b>15</b>	<b>Sekretess, personuppgiftsbehandling och journalföring .....</b>	<b>571</b>
15.1	Allmänt om sekretessreglerna – en intresseavvägning .....	571
15.1.1	Menprövning .....	572
15.1.2	Sekretesseftergift.....	573
15.2	Samverkan kring svårt sjuka personer i vissa situationer ...	574
15.3	Uppgifter om tvångsvårdade ska kunna lämnas till kommunen .....	576
15.4	Verksamhet bedriven i gemensamma lokaler eller i annan nära samverkan.....	577
15.5	Gemensamma inventeringar och annan gemensam uppföljning .....	579
15.5.1	Gällande rätt .....	580
15.5.2	Bedömning och slutsatser.....	584
<b>16</b>	<b>Verksamhetsuppföljning, register och statistik .....</b>	<b>589</b>
16.1	Hälso- och sjukvård.....	589
16.2	Redovisning av socialtjänstens insatser .....	594
16.3	Uppmärksammade brister i systemen .....	595
16.3.1	Sluten psykiatrisk vård.....	595

16.3.2	Öppen psykiatrisk vård.....	596
16.3.3	Psykiatrisk vård inom primärvården .....	598
16.3.4	Socialtjänsten .....	598
16.4	Pågående utvecklingsarbete .....	599
16.4.1	Utveckling av redovisning inom hälso- och sjukvård .....	599
16.4.2	Systemutveckling inom socialtjänsten .....	601
16.4.3	Integrerad IT-infrastruktur .....	602
16.5	Psykiatrisamordningens bedömning .....	603
16.5.1	Huvudmännens skilda IT-infrastruktur.....	604
16.5.2	Sekretesshinder.....	604
16.5.3	Nuvarande arbetssätt.....	605
16.6	Förslag till återgärder .....	605
16.6.1	Förbättrad inrapportering till patientregistret.....	606
16.6.2	Fortsatt utveckling av kvalitetsregister inom psykiatrin .....	607
16.6.3	Införande av ett online-register för den rättspsykiatriska vården .....	608
16.6.4	Kvalitetsindikatorer inom socialtjänsten .....	609
16.6.5	Utveckling av socialtjänststatistiken .....	610
16.6.6	Insatser för en enhetlig informationsstruktur .....	610
<b>17</b>	<b>Förslagets konsekvenser.....</b>	<b>615</b>
17.1	Personalmässiga konsekvenser .....	615
17.2	Ekonomiska konsekvenser .....	618
17.3	Konsekvenser för kommunernas och landstingens själv- styrelse .....	622
17.4	Konsekvenser för brottsligheten och det brottsföre- byggande arbetet .....	623
17.5	Övriga konsekvenser.....	625
<b>18</b>	<b>Genomförande .....</b>	<b>627</b>
<b>19</b>	<b>Författningskommentarer .....</b>	<b>633</b>
19.1	Förslaget till lag om ändring i 7 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).....	633

19.2	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....	633
19.3	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	639
19.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård .....	645
19.5	Förslaget till lag om ändring i 5 och 6 §§ lag (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag. ....	646
19.6	Förslaget till lag (200x:xx) om särskilt aktivitetsstöd för personer med psykiska funktionshinder .....	647

<b>Referenser</b> .....	<b>657</b>
-------------------------	------------

## Bilagor

<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv.....	669
<i>Bilaga 2</i>	Psykiatrisamordningens förslag när det gäller vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare.....	683
<i>Bilaga 3</i>	Utvecklingsprojekt inom psykiatrisatsningen – riktade .....	695
<i>Bilaga 4</i>	Utvecklingsprojekt inom psykiatrisatsningen – via ansökningar.....	707
<i>Bilaga 5</i>	Brukar- och anhörignätverket .....	711



# Sammanfattning

## Utredningens uppdrag och arbete

Regeringen beslutade i oktober 2003 att tillkalla en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir 2003:133). Enligt direktiven skall psykiatrisamordnaren fortlöpande informera regeringen om resultatet av arbetet och vid behov ge förslag till författningsändringar och förtydliganden av gällande regelverk. Psykiatrisamordnaren gavs vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet. Utredningen har antagit namnet Nationell psykiatrisamordning (SOU 2003:9).

Psykiatrisamordningens målgrupp har varit personer med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, samt barn och ungdomar som riskerar att utveckla sådana sjukdomar och funktionshinder. Psykiatrisamordning har haft en omfattande och kontinuerlig dialog med förtroendevalda, olika yrkesgrupper, brukare och anhöriga, samt berörda statliga myndigheter. Under uppdragstiden har också ett antal förslag lämnats löpande till regeringen. Dessa har rört elektronisk kommunikation inom den psykiatriska tvångsvården, öppenvård med särskilda villkor, tidiga insatser till barn och ungdomar, samt ett förtydligt uppdrag för Socialstyrelsen. Ett antal fördjupningsrapporter har redovisats i Psykiatrisamordningens skriftserie. Slutligen har Nationell psykiatrisamordning presenterat bedömningar och förslag om den rättspsykiatriska vården i delbetänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91). Delbetänkandet överlämnades till regeringen den 3 november 2006.

## Bakgrund och utgångspunkter

### Psykiatrireformen

Psykiatrireformen från 1995 har inneburit att utbudet av t.ex. boende och sysselsättning har ökat väsentligt i kommunerna och att målgruppens behov har uppmärksamrats på ett bättre sätt än tidigare. Reformen genomfördes dock i en tid då många kommuner och landsting stod inför stora sparbeting vilket bl.a. innebar att en del av de verksamheter som byggdes upp med stöd av särskilda stimulansmedel kom att läggas ned efter några år. Även reformens svaga lagstöd, bristen på lokal politisk förankring och avsaknaden av evidensbaserade metoder för det samhällsbaserade stödet skapade svårigheter som i hög grad kvarstår tio år senare.

### Förändringar i förekomst av psykisk sjukdom/psykisk ohälsa

Andelen personer i befolkningen som lider av allvarlig psykisk sjukdom är relativt konstant över tid och någon påtaglig ökning de senaste åren kan inte fastställas. Däremot ökar antalet personer som upplever psykiska besvär. Flera rapporter har visat att det under de senaste 10–20 åren blivit vanligare att ungdomar är nedstämda, är oroliga, har svårt att sova och har värkbesvär. Det är mest uttalat bland kvinnor i åldrarna 16–24 år.

### Levnadsförhållanden för personer med psykiskt funktionshinder

Levnadsförhållanden för personer med psykiskt funktionshinder är generellt sett sämre än för befolkningen i övrigt. Personer med psykiskt funktionshinder har sämre inkomst än befolkningen i stort och har svårare att klara löpande utgifter och har sämre kontantmarginal än alla andra funktionshindergrupper. Detta kan tyda på att gruppen inte kompenseras för de merutgifter som följer av funktionshindret och att man inte får tillräcklig hjälp för att kunna sköta sin ekonomi. Det finns också en undergrupp med mycket låga inkomster som inte på samma sätt återfinns i de andra funktionshindergrupperna. Personer med psykiskt funktionshinder är också den grupp som har lägst sysselsättningsgrad av alla funktionshindergrupper, och utgör en stor och växande andel av dem som får sin försörjning genom sjukförsäkringssystemet. Bland

dem som har aktivitetsersättning (ålder under 29 år) är personer med psykiatriska diagnoser i majoritet.

Att den somatiska hälsan hos personer med psykiskt funktionshinder är nedsatt och att individernas behov på det området inte alltid tillgodoses, framgår av flera studier de senaste åren. Det finns också en betydande överdödlighet i gruppen även om skillnaderna gentemot befolkningen i övrigt varierar i olika studier. Personer med psykiska sjukdomar och som samtidigt missbruk förefaller särskilt utsatta ur hälsosynpunkt.

Den samlade forskningen på området ger inte stöd för att personer som tidigare vårdats på mentalsjukhus skulle ha blivit hemlösa eller kriminella i stor omfattning. Däremot har de ofta inga andra kontakter än professionella och deltar inte aktivt i fritids- och kulturlivet. En stor andel saknar daglig sysselsättning. Många hemlösa har psykiska besvär, och gruppen har ökat de senaste åren. Ofta handlar det om personer som också missbrukar alkohol eller andra droger.

### **Sambandet psykisk sjukdom och våldsbrottslighet**

Psykiatrisamordningens uppdrag tillkom efter en period då flera grova våldsbrott begåtts av personer som var eller nyligen hade varit i kontakt med den psykiatriska vården. Sambandet mellan psykisk sjukdom och våldsbrottslighet är emellertid inte påtagligt. Den relativa risken för att en person med psykossjukdom ska begå ett våldsbrott är förhöjd jämfört med personer utan en sådan sjukdom, men personer med psykossjukdom bidrar endast i liten grad till det totala antalet allvarliga brott mot liv och hälsa. Förekomst av vissa personlighetsstörningar, särskilt i kombination med missbruk, är associerat till våldsbrottslighet. Missbruk av alkohol eller andra droger är den starkaste prediktorn för att någon ska utöva våld mot andra, missbruket har del i minst en fjärdedel av alla våldsbrott.

### **Den psykiatriska vårdens tillgänglighet, innehåll och kvalitet**

Det finns ingen tydlig bild av vare sig resultat eller omfattning av de insatser som ges i hälso- och sjukvården till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Detta beror bl.a. på att

det saknas system för insamling och analys av data, och att de uppgifter som efterfrågas inte rapporteras till de nationella registren i tillräcklig omfattning. Det finns emellertid data som visar att slutenvården minskat sedan psykiatrireformen. Även vårdtiderna har förkortats. De vårdplatser som minskat är i första hand de som utnyttjats för frivillig psykiatrisk vård medan tvångsvården totalt sett varit relativt oförändrad under den senaste tioårsperioden. Omkring en fjärdedel av slutenvårdsplatserna upptas av patienter som har överlämnats till rättspsykiatrisk vård, varav en majoritet med s.k. särskild utskrivningsprövning.

Enligt den bild som har förmedlats till Nationell psykiatrisamordning tycks belastningen på öppenvårdspsykiatrin ha ökat de senaste åren. Beskrivningarna från verksamhetsföreträdare innefattar ett ökat antal remisser och fler vårdsökande personer till öppenvården, mer komplicerade fall där samverkan med olika aktörer krävs, ökad efterfrågan på konsultationer, handledning och rådgivning. Trots dessa signaler kan man inte utifrån den nationella statistiken över antalet producerade läkarbesök avläsa denna ökning. Ett skäl till detta kan vara den bristande inrapporteringen till nationella register. Det kan även bero på att den psykiatriska öppenvården fullgör uppgifter som inte kategoriseras som besök, exempelvis konsultinsatser.

När det gäller innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården gör Psykiatrisamordningen bedömningen att det finns stora brister både när det gäller tillgången till kompetent personal, metoder och när det gäller arbetsätt och organisation. Evidensbaserade metoder används inte i den utsträckning som är möjligt och önskvärt eftersom strukturer för implementering av befintlig kunskap ofta saknas. Ett intryck är också att hälso- och sjukvårdsuppdraget inom psykiatrin förefaller tämligen vagt formulerat hela vägen från staten till huvudmännen, från huvudmännen till vårdgivarna och från vårdgivarna till verksamhetscheferna, och från verksamhetscheferna till övrig personal.

Även företrädare för primärvården upplever att allt fler personer söker på grund av psykisk ohälsa och att de inte har möjlighet att möta den stora efterfrågan på utredning och behandling. Många rapporterar också om svårigheter i samarbetet med psykiatrin och andra samhällsinstanser. Primärvården saknar ofta tillräckliga resurser, både på grund av läkarbrist och att det saknas tillgång till andra personalkategorier. Kompetensen hos den personal som finns skiljer sig åt, men generellt sett saknas tillräcklig kompetens för att

upptäcka och behandla psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar i primärvården.

### **Socialtjänstens insatser – omfattning, kvalitet och innehåll**

På socialtjänstområdet saknas till stor del data om insatsernas omfattning, innehåll och effekter. Däremot har det gjorts ett antal uppföljningar och utvärderingar som gör det möjligt att på ett övergripande sätt beskriva förhållandena i socialtjänsten från ett nationellt perspektiv. En omfattande kommunal verksamhet bedrivs till gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Omkring 20 000 personer med psykiskt funktionshinder får stöd av kommunen med stöd av individuella biståndsbeslut. Så gott som alla kommuner kan erbjuda någon form av daglig aktivitet och boendeverksamhet till målgruppen. Hälften av kommunerna kan också erbjuda stöd till anhöriga och cirka en fjärdedel av kommunerna ger stöd till barn som har en psykiskt sjuk förälder. Andra insatser som ges är social träning i olika former och att socialtjänsten förmedlar enskildas medel.

Trots att insatser ges i så gott som alla kommuner får många inte ett samordnat, individualiserat och kunskapsbaserat stöd i tillräcklig omfattning. Det förefaller finnas ett stort behov av kompetensförstärkningar och metodutveckling, samtidigt som många kommuner behöver bygga ut sin verksamhet. Särskilt svårt tycks kommunerna ha att leva upp till kraven på behovsinventeringar, planering, samordning och på att tillgodose brukarinflytande.

En vanlig synpunkt från brukarnas sida är att man tycker att informationen brister. Brukare och närstående känner inte till kommunens utbud, vilka rättigheter man har, vart man ska vända sig med klagomål eller vem som kan bistå i akuta situationer. Många brukare efterfrågar mer flexibla insatser och större inflytande över var och hur stödet ges.

### **Målgruppen rehabiliteras inte till arbete**

De huvudsakliga problemen när det gäller återgång till aktivitet och arbete kan sammanfattas i fyra punkter enligt Nationell psykiatrisamordnings erfarenhet:

- Rehabiliteringsperspektivet och arbetslinjen har kommit att stå i bakgrunden till förmån för vård- och omsorgsperspektiven. Personer med psykiskt funktionshinder har en svag förankring på arbetsmarknaden, stora svårigheter att få tillgång till rehabiliterande insatser och meningsfull sysselsättning och hänvisas alltför ofta till passivitet och inaktivitet.
- Samhällets insatser för att bistå personer med psykiskt funktionshinder med rehabilitering till arbete är bristfälliga och splittrade.
- En del regelverk inom socialförsäkringen tenderar att skapa effekter som låser in personer med psykiskt funktionshinder i bidragssystemen, då regelverken är dåligt anpassade för psykiska sjukdomars förlopp och rehabiliteringsprocess.
- Arbetsmarknaden är otillgänglig för personer med psykiskt funktionshinder.

### **Samverkan mellan huvudmännen fungerar inte**

En rad rapporter och utvärderingar tyder på stora svårigheter för huvudmännen att finna gemensamma lösningar kring de personer som behöver det. Nationell psykiatrisamordnings kontakt med brukare, landsting och kommuner bekräftar den bilden. Några områden kan pekas ut där problemet förefaller särskilt stort. Det handlar om personer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar, barn och ungdomar med en omfattande psykosocial problematik, och personer som vårdas enligt någon av de psykiatriska tvångslagarna och har permission. Men problemet med bristande helhetslösningar är också mera övergripande och riskerar att underminera möjligheterna för samhället att generellt leva upp till målsättningen att människor med psykiskt funktionshinder ska vara delaktiga och så långt det är möjligt leva som andra.

### **Brukarnätverket efterlyser fortsatt kraftsamling**

I Nationell psykiatrisamordnings arbete med att förbättra möjligheterna till inflytande och påverkan i samhället för personer med psykiskt funktionshinder har ett nätverk av 15 brukar- och anhörigföreningar spelat en viktig roll. Brukar- och anhörignätverket

har i sin vision om hur vård, stöd och behandling bör se ut framfört att:

- Patient-, brukar- och anhörigorganisationerna ska ha ett större inflytande över de centrala beslut som fattas kring områdets utveckling och framtid.
- Psykisk hälsa ska bli ett uttalat folkhälsomål.
- Långsiktiga strategier och mål ska utarbetas för att komma till rätta med den tilltagande psykiska ohälsan i Sverige, och de stora bristerna som finns inom psykiatrisk vård, omsorgsverksamhet och rehabilitering.
- Ett extra anslag på åtta miljarder kronor ska tillföras det psykiatriska området under en uppbyggnadsperiod av åtta år.

I sin framtidsvision för en bättre psykisk hälsa bedömer nätverket att en förbättring kommer till stånd genom att:

- en nationell nollvision för suicid antas av regeringen,
- öka kvaliteten på den psykiatriska vården,
- öka kvalitet på stöd, behandling, rehabilitering och habilitering,
- förbättra möjligheter till arbete och sysselsättning för psykisk funktionshindrade,
- öka valfrihet och makt att välja behandling och påverka dess utformning,
- minska de integritetskränkande åtgärderna,
- göra psykoterapi tillgängligt för den som behöver det,
- fler och bättre utbildade psykiatrer, psykologer och psykoterapeuter,
- inrätta ett särskilt statsråd för frågor som rör psykisk ohälsa, samt
- förbättra den psykiatriska vården och stödet i våra fängelser.

### **Psykiatrins kostnader är oförändrade och kommunernas ökar**

Kostnadsutvecklingen under senare år visar att landstingens och regionernas nettokostnad för specialiserad psykiatrisk vård, trots att området pekats ut som prioriterat, har varit relativt konstant, omkring 10,5 procent av den totala nettokostnaden för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård och läkemedel). Kostnaderna för den slutna psykiatriska vården har minskat. En något större andel av resurserna satsas nu på öppen psykiatrisk vård. Kostnaderna har de

senaste åren ökat för rättspsykiatri, och sannolikt också för barn- och ungdomspsykiatri.

Kommunernas kostnader för insatser till personer med psykiskt funktionshinder har ökat under 2000-talet. Detta stämmer överens med konstaterandet att många kommuner numera har ett relativt omfattande utbud till gruppen. Samtidigt skiljer sig kommunerna mycket åt, och på många orter behöver verksamheterna byggas ut. Generellt sett är det också många individer som inte får sina behov tillgodosedda, varför det finns skäl att tro att befintliga resurser inte används på ett optimalt sätt.

## Mål och vision

Nationell psykiatrisamordning bedömer att det finns ett stort behov av en tydlig politisk viljeinriktning för samhällets insatser mot psykisk ohälsa och för personer som lider av psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Riksdagen måste peka ut mål som ska uppnås inom området.

## En nationell plan för psykisk hälsa

Nationell psykiatrisamordnings uppdrag fokuserar på personer med allvarlig psykisk sjukdom och personer med psykiskt funktionshinder, men insatserna till personer med stora och omfattande behov måste ses i ett större sammanhang. Särskild hänsyn måste tas till att allt fler personer i befolkningen uppger sig känna oro, ängslan och psykisk stress. Att förbättra den psykiska hälsan i samhället är en uppgift som måste hanteras i alla samhällssektorer och där hälso- och sjukvården bara delvis kan bidra. Tar inte hela samhället det ansvaret riskerar ett stort antal unga människor att även fortsättningsvis uppleva sin vardag som svårhanterlig, vilket på längre sikt kan leda till bristande förvärvsförmåga och långvarigt utanförskap. Trycket både på primärvården och specialistpsykiatri riskerar att öka, vilket kan innebära att resurserna inte räcker till för att ge insatser till dem med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder. Nationell psykiatrisamordning anser därför att det behövs en nationell plan för psykisk hälsa som tas fram i bred samverkan mellan olika aktörer i samhället.



## Fortsatt kraftsamling och ambitionshöjning

Aktiviteterna och den kraftsamling som startat inom ramen för Nationell psykiatrisamordnings arbete måste fortsätta och intensifieras. Erfarenheterna från psykiatrireformens genomförande och uppföljning visar att det krävs en långsiktig strategi och en uthållig vilja för att åstadkomma reella förändringar för brukare och närstående. Det krävs att alla aktörer är delaktiga och har gemensamma mål och strävar åt samma håll. För att åstadkomma en förbättrad vård, omsorg och livssituation för människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder krävs förändringar och god vilja inom många samhällssektorer. Erfarenheter från våra nordiska grannländer visar samma mönster, det vill säga att det är trögt, tar tid och kräver stora kraftsamlingar för att nå önskat resultat. Norge har med sin Opptrappingsplan visat att tydliga mål och genomtänkta gemensamma strategier fungerar.

Psykiatrisamordningen föreslår att riksdagen antar ett antal mål och anger en tydlig inriktning för utvecklingsarbetet. Målsättningarna ska kännetecknas av en ökad ambitionsnivå och leda till en ökad status för såväl kunskapsområdet, som användarna och utförarna. Strategier för genomförandet ska anges och en kontinuerlig uppföljning av delmålen ska ske. Ansvar för utvecklingsarbetet ska ligga hos de olika aktörerna men ett tydligt, kontinuerligt engagemang från den statliga nivån krävs. Det konkreta resultatet för brukare och närstående ska vara utfallsmått.

## En övergripande vision

Som invånare i Sverige ska jag kunna känna mig trygg i att jag och mina medmänniskor:

- får god och säker vård och omsorg om vi får problem med vår psykiska hälsa och
- har samma möjligheter till bostad, arbete, gemenskap och delaktighet i samhället som alla andra även om vi har ett psykiskt funktionshinder eller lider av allvarlig psykisk sjukdom.

### Fyra övergripande mål – bostad, arbete, delaktighet samt vård och stöd

1. Alla människor med allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska tillförsäkras *bostad och det stöd i vardagen som de har behov av*.

*Målet för år 2015* är att det i alla kommuners och landstings gemensamma årliga inventeringar av målgruppen ska framgå att alla har ett fungerande boende eller att en aktiv process pågår för att tillgodose det.

2. Samhällets målsättning är att alla människor med en allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska tillförsäkras ett *arbete, studier eller en meningsfull sysselsättning* utifrån sina förutsättningar.

*Målet är att år 2015* ska det i alla kommuner och landstings gemensamma årliga inventering av målgruppen framgå att alla har någon form av sysselsättning.

3. Samhällets målsättning är att alla människor med en allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder upplever att de har möjlighet att vara *delaktiga i en gemenskap* och i samhället och att de möts med förståelse och respekt.

*Målet år 2015* är att det av uppföljningar som ULF-undersökningar och brukarenkäter ska framgå att de flesta upplever att de får nödvändigt stöd för att vara delaktiga i samhället och att de har vänner eller annan gemenskap som de önskar.

4. Samhällets målsättning är att alla människor med en allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska *tillförsäkras vård och stöd utifrån sina behov* och med en ambitionsnivå som stämmer med tillgänglig kunskap om möjliga resultat.

*Målet för 2015* är att alla verksamheter som ger vård enligt hälso- och sjukvårdslagen ska registrera all vård i kvalitetsregister som redovisar resultat i öppna redovisningar där även vårdtagarnas åsikter framgår. Det ska framgå av de gemensamma årliga inventeringarna att alla som har behov av det får individuella planer och att de är planenligt uppföljda. Tillgängligheten till vård och stöd ska överensstämma med aktuella målsättningar över hela landet.

## Nationell psykiatrisamordnings överväganden och förslag

### Boendeinsatserna måste förbättras och förtydligas i lagstiftningen

En fungerande boendesituation är viktig för alla människor. För personer med psykiskt funktionshinder ska, som för andra medborgare, gälla att man har en egen bostad som man själv kontrollerar och bestämmer över, inom ramen för de regler som gäller för alla. En skillnad är dock att tillgången till individuellt anpassade stödåtgärder är något som i hög grad påverkar boendesituationen för personer med funktionshinder. Stödåtgärderna kan utformas som boendestöd som ges i en ordinär bostad eller som boende i en lägenhet i en gruppboende, där det finns tillgång till personal i en utsträckning som motsvarar de boendes behov. Tillgången till flexibla och individanpassade boendelösningar behöver därför öka. Det kan i vissa kommuner innebära att tillgången till gruppboende behöver öka och i andra att det är ett kvalificerat och individanpassat boendestöd som behöver byggas ut. Nationell psykiatrisamordning anser att kunskapen om boende och boendestöd för personer med psykiskt funktionshinder är bristfällig, trots att detta är ett grundläggande behovsområde och att kommunernas insatser på detta område är kvantitativt betydande. Psykiatrisamordningens bedömning är därför att forskningen på området måste stärkas och ges ett fortsatt stöd. Fortbildning behövs för handläggare och boendestödspersonal och berörda grundutbildningar bör stimuleras att anpassa sina insatser efter detta verksamhetsfält.

### Boendestöd ska lyftas fram i socialtjänstlagen

Stöd i ordinarie boende är en vanlig kommunal insats till målgruppen. Innehållet i insatsen boendestöd kan ofta inkludera en bredd och ett flexibelt stöd som snarare skulle kunna beskrivas som ett kvalificerat vardagsstöd, än som ett stöd avgränsat till den enskildes boende. Trots boendestödets alltmer självklara plats inom socialtjänstens utbud, används inte benämningen boendestöd i socialtjänstlagen. Psykiatrisamordningen föreslår att kommunens skyldighet att erbjuda boendestöd ska uttryckas i socialtjänstlagen, genom att den inkluderas bland de stödinsatser som exemplifieras i kap 3 § 6 SoL. Härigenom markeras boendestödets position som

ett etablerat insatsområde med en egen kunskapsbas och metodik samt varje kommuns skyldighet att kunna erbjuda denna insats.

### **Tillgången till bostad med särskild service måste öka**

I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsrapport konstateras att en fortsatt utbyggnad sker av bostäder med särskild service. I en fördjupad granskning inom denna tillsyn från år 2004 bedömer länsstyrelserna att denna utbyggnad är otillräcklig jämfört med kända behov i nära hälften av de granskade kommunerna. Psykiatrisamordningen anser i enlighet med detta att det finns ett otillfredsställt behov av bostäder med särskild service. Dessa måste dock fylla högt ställda krav på individanpassning och därmed bemannas med personal med hög kompetens både när det gäller att ge god och tillräcklig omvårdnad, och ta till vara den enskildes möjligheter till att utveckla sig i riktning mot ett mer självständigt liv. I de kommuner där tillgången till bostad med särskild service behöver öka kan det riktade statsbidraget som föreslås nedan användas till detta.

### **Boendelösningar för personer med särskilda behov**

Psykiatrisamordningen bedömer att det finns mindre undergrupper av personer med psykiskt funktionshinder som behöver få sina boendebehov lösta inom ramen för speciella arrangemang, vilket kan innebära att samhällsskyddsaspekter överordnas autonomiaspekterna i dessa undantagsfall. Ofta handlar det om personer som tenderar att inte följa givna behandlingsordinationer, och som lider av psykisk sjukdom i kombination med missbruk. Konsekvenserna av försämring i psykisk status medför i typiska fall ett utagerande beteende som kan skrämra och störa omgivningen. Det handlar också om personer som är föremål för rättspsykiatrisk vård men inte i behov av sjukhusvård. Psykiatrisamordningens uppfattning är att dessa personer behöver få stöd inom ramen för en specialiserad verksamhet i nära samverkan mellan kommunen och landstinget.

## En ny modell för rehabilitering – Lag om särskilt aktivitetsstöd för personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder

Nationell psykiatrisamordning lämnar förslag på en ny modell för rehabilitering till arbete och sysselsättning som tar sikte på att på ett kraftfullt sätt förbättra samordningen av samhällets rehabiliteringsinsatser till unga personer med psykiskt funktionshinder. För modellen föreslås en ny lag – *lag om särskilt aktivitetsstöd för vissa personer med psykiskt funktionshinder* som innebär en överklagbar aktivitetsgaranti. Den utgår under högst tre år utifrån en planering som syftar till att den enskilde ska få ett arbete eller sysselsättning under arbetsliknande förhållanden. Lagens målgrupp är personer som inte fyllt 30 år och har beviljats aktivitetsersättning på grund av psykisk ohälsa. För personer som aktualiseras för insatser enligt denna lag skall Försäkringskassan erbjuda en koordinator. Koordinatoren har att initiera och driva rehabiliteringsprocessen, hålla kontakt med och stödja och motivera den enskilde, samt göra en grundlig genomgång och kartläggning av den enskildes situation. Med utgångspunkt från den enskildes önskemål och behov ska en *aktivitetsplan* upprättas. *Särskilt aktivitetsstöd* kan utgå för daglig sysselsättning, arbetspraktik, stödinsatser på arbetsplatsen, studier, samt dagverksamhet med rehabiliterande inslag. Det sistnämnda kan vara deltagande i fontänhusverksamhet, studiecirklar, sociala kooperativ, eller brukarorganiserad arbetsverksamhet.

## Förstärkt utbud genom ökade möjligheter för drift av alternativ och kompletterande sysselsättningsverksamhet

Nationell psykiatrisamordning har genomfört en studie av rehabiliterande komponenter i Fontänhus, sociala kooperativ och brukarorganiserad verksamhet. Studien visar att sådana verksamheter har viktiga rehabiliterande inslag, framför allt eftersom deltagarnas delaktighet och påverkansmöjligheter är betydande. Psykiatrisamordningen föreslår därför att staten svarar för hälften av kommunernas kostnad för drift av Fontänhus och brukarorganiserad verksamhet under förutsättning att de, ensamma eller tillsammans med landstinget, står för resterande kostnader. Psykiatrisamordningen föreslår att 40 miljoner årligen avsätts för detta ändamål.

### **Två tusen öronmärkta skyddade anställningar till personer med psykiskt funktionshinder**

Psykiskt funktionshindrade är svagt representerade i Arbetsmarknadsverkets åtgärdsprogram för funktionshindrade vilket bekräftar att personer med psykiskt funktionshinder har en exceptionellt svag ställning på arbetsmarknaden och att det krävs kraftfulla åtgärder för att återupprätta arbetslinjen för gruppen. Nationell psykiatrisamordning föreslår därför att 2 000 trygghets- och utvecklingsanställningar öronmärks för personer med psykiskt funktionshinder.

### **Personer med psykiskt funktionshinder skall få tillgång till daglig verksamhet enligt LSS**

Nationell psykiatrisamordning anser att personer med psykiskt funktionshinder som tillhör LSS' personkrets ska ha rätt till daglig verksamhet om deras behov av meningsfull sysselsättning inte tillgodoses på annat sätt. Mot bakgrund av att fler kategorier av personer med funktionshinder ingår i tredje personkretsen enligt LSS, lägger Psykiatrisamordningen inget förslag i denna fråga, utan föreslår att Assistansutredningen ges i uppdrag att se över villkoren för hela den grupp som omfattas av personkretsen.

### **Ökad samordning på nationell nivå**

Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen uppdrar åt Försäkringskassan, Arbetsmarknadsverket, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen att under den tid som ska genomföras, fram till och med 2015, inrätta en gemensam fast styrgrupp för att följa, stödja och styra samhällets samlade satsning på förbättrad rehabilitering till personer med psykiskt funktionshinder. Tre eller fler representanter från brukarnätverket bör adjungeras till styrgruppen. Syftet är att skapa förutsättningar för att på nationell nivå kunna styra utvecklingen mot bättre samarbete och ökad kompetens på ett sätt som kommer individerna till del.

## Vidare utredningsbehov

Det finns flera områden som behöver utredas vidare. Bland annat finns stora könsskillnader t.ex. när det gäller tillgången till skyddade anställningar. Mer detaljerad kunskap om vad detta beror på saknas dock. Psykiatrisamordningen föreslår därför att Socialstyrelsen, Försäkringskassan och AMV i regleringsbrevet uppdras att analysera skillnaderna mellan kvinnor och män i insatser för rehabilitering. Psykiatrisamordningen föreslår också att en särskild utredare tillsätts för att samlat analysera villkoren för sociala kooperativ och lämna förslag till en modell för att sociala kooperativ skall kunna utvecklas på ett för målgruppen ändamålsenligt sätt. Denna fråga är komplex, då den innehåller såväl beskattningsmässiga som arbetsmarknadspolitiska avvägningar. Därutöver görs bedömningen att Försäkringskassan respektive Arbetsmarknadsverket under 2008 bör ges i uppdrag att utreda hur de tidsgränser som i dag styr rehabiliteringsinsatser och rehabiliteringsersättning, samt andra relevanta regler, skulle kunna förändras för att medge förlängda insatser om behov av detta finns.

## Psykiskt funktionshinder – åtgärder för delaktighet och tillgänglighet

### Begreppet psykiskt funktionshinder

Psykiatrisamordningen har utformat en definition för när en person kan anses tillhöra målgruppen person med psykiskt funktionshinder. Begreppet psykiskt funktionshinder hänvisar enligt Psykiatrisamordningen till konsekvenser för individen av psykisk störning. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar hos individen, och/eller bestå av omgivningens utformning eller reaktioner. *En person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han, har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.* Definitionen beskrivs närmare i en särskild rapport från Samordningen (2006:5).

## Hjälpmedel och anpassning

Tillgången till hjälpmedel ska vara lika självklar för personer med psykiskt funktionshinder som den är för andra funktionshindergrupper. Hjälpmedelsinstitutet bör därför få i uppdrag att organisera ett fortsatt utvecklingsarbete de närmaste åren. Som en del av detta bör exempel på hjälpmedel som kan underlätta för personer med funktionshinder listas av institutet, och spridas till huvudmännen. Anpassning av samhället så att det blir mer tillgängligt för personer med olika funktionshinder är också viktigt. För en person med ett kognitivt funktionshinder kan det handla om att miljöer är lätta att hitta i, och att information är tydlig och lätt att förstå. Nationell psykiatrisamordning föreslår att Myn-digheten för handikappolitisk samordning (Handisam) ska få ett särskilt uppdrag att under två år ge exempel på hur samhället kan anpassas för personer med psykiskt funktionshinder samt sprida information om detta.

## Möjligheter till handikappersättning ska öka

Nationell psykiatrisamordning har undersökt hur stora merutgifter personer med psykiskt funktionshinder har på grund av sitt funktionshinder, och funnit att de är betydande. Ändå är det tämligen få personer med psykiskt funktionshinder som får handikappersättning. Att merutgifterna inte alltid kompenseras bekräftas också av att personer med psykiskt funktionshinder i större utsträckning än andra handikappgrupper har svårt att klara de löpande utgifterna, samt oftare saknar kontantmarginal. Psykiatrisamordningen föreslår därför en ändring i lagen (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag som innebär att en begränsad grupp personer med psykiskt funktionshinder läggs till de grupper som pga. karaktären av sitt funktionshinder har rätt till handikappersättning om minst 36 procent av prisbasbeloppet utan individuell prövning.

## En aktiv och samordnad statlig styrning

Nationell psykiatrisamordning har formulerat ett antal principer som ska vara vägledande för statens styrning av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder: styrningen ska uttrycka engagemang och politisk vilja,



styrningen ska ha ett medborgarperspektiv, styrningen ska vara flexibel och resultatriktad, styrningen ska tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar, styrningen ska bidra till tydlig rollfördelning, styrningen ska ske gemensamt över sektorsgränserna, styrningen ska vara långsiktig, samt styrningen ska stärka den enskildes ställning. Sammanfattningsvis kan detta uttryckas som ett ställningstagande för mål- och resultatriktad kunskapsstyrning. I linje med detta föreslår Psykiatrisamordningen att riksdagen ska ange mål och inriktning för området, att en särskild funktion ska inrättas vid regeringskansliet som ska koordinera arbetet så att målen nås, att regeringens åtgärder ska samlas inom ett politikområde, samt att staten ska bli aktivare när det gäller metodstöd, kunskapsproduktion och resultatredovisning genom att Socialstyrelsen prioriterar dessa frågor. Psykiatrisamordningen föreslår också att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder förstärks genom ett riktat statsbidrag om 800 miljoner per år under åren 2009–2015. Medlen ska vara villkorade och endast tillfalla kommuner och landsting som avtalat om samarbete kring människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, samrått med brukarorganisationer om hur medlen ska användas, samt rapporterat in vissa uppgifter till nationella register.

### Forskning och utveckling

Nationell psykiatrisamordning anser att forskning inom området psykisk hälsa är eftersatt och att behovet av ökad kunskap är stort. Psykiatrisamordningen föreslår därför en sjuårig forskningssatsning i form av att 100 miljoner kronor per år avsätts för detta ändamål. Satsningen ska ha en bred ansats och kunna omfatta såväl forskning om hjärnans funktioner som samspelet mellan individer och grupper och effekterna av olika metoder, arbetssätt och program. Uppdraget att fördela medlen bör ges till Vetenskapsrådet.

Psykiatrisamordningen anser vidare att 100 miljoner kronor per år ska avsättas för utvecklingsinsatser av nationell betydelse inom psykiatriområdet. Medlen ska användas för att bygga upp nätverk kring olika verksamhetsrelevanta problemområden och diagnosgrupper, utarbetande av handlingsprogram och standards på olika områden, utveckling av utbildning och försök med olika organisationsformer och arbetssätt. Merparten av dessa medel bör admi-

nistreras av Socialstyrelsen. En mindre del bör kunna användas av Sveriges Kommuner och Landsting när det gäller utvecklingsinsatser främst inom områden som samverkan, ledarskap och organisation.

### **Brukarinflytande**

Nationell psykiatrisamordning anser att brukarperspektiv och brukar- och anhöriginflytandet i vård, omsorg och rehabilitering behöver stärkas. De medel som enligt vårt förslag ska avsättas för särskilda utbildningsinsatser på området ska användas för att anordna utbildningar till den personal som möter personer med psykiskt funktionshinder oavsett var personalen är verksam. Dessa utbildningar ska betona bemötande, och brukare och närstående ska medverka i utbildningarna, vilket innebär att medel också avsätts för rekrytering och utbildning av personer med sådan egen erfarenhet. Psykiatrisamordningen anser också att fortsatt stöd till metodutveckling och implementering av olika strategier för brukarinflytande krävs, och att ett sådant stöd ska ges av Socialstyrelsen. Stödet ska omfatta att sprida information om metoder och arbetsätt, samt generellt stimulera verksamheterna till ökad aktivitet på brukarinflytandeområdet. Brukar- och anhörignätverket ska ges en central roll i utvecklingen av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Nätverket bör bl.a. fungera som en aktiv dialogpartner till Socialstyrelsen och andra myndigheter, verka för att stärka brukarinflytandet i verksamheter som riktar sig till målgruppen, samt driva på och delta i arbetet mot stigmatisering/diskriminering. Psykiatrisamordningen föreslår att brukar- och anhörignätverket mellan åren 2009–2015 erhåller 3,5 miljoner kronor om året för att bedriva detta arbete.

### **Åtgärder mot stigmatisering**

Nationell psykiatrisamordning anser att det behövs en långsiktig strategi för att minska stigmatiseringen. Stödet till den organiserade brukarrörelsen är en viktig del. Arbetet bör även fokuseras på de personer som i sina arbeten dagligen möter människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Även i vården och omsorgen finns värderingar, arbetssätt och en organisation

som inte alltid förmedlar att personer med psykiskt funktionshinder är lika mycket värda som andra. Ökad kunskap med inriktning på bemötande, brukarerfarenheter och etik kan vara ett sätt att motverka detta. Nationell psykiatrisamordning anser emellertid att den kunskapen vanligen bör integreras i en större och sammanhållen utbildningssatsning, som förmedlar den senaste kunskapen om effektiva stödinsatser och evidensbaserad behandling av psykisk sjukdom. En sådan utbildningssatsning ska ha en bred målgrupp, och ges till professionella i socialtjänsten och psykiatrin, brukare och närstående, samt till beslutsfattare.

### **Huvudmannaskap, ansvar, samverkan och samordning**

Nationell psykiatrisamordning har övervägt förslag till förändringar av huvudmannaskapet inom missbruksvården och inom områdena psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder, men inte funnit att det skulle lösa samverkans- och samordningsproblemet inom psykiatriområdet. Skälet är att hur gränserna än dras kommer det alltid vid någon punkt att krävas samarbete mellan två eller flera aktörer som har olika kulturer, arbetssätt, ansvar och budgetar. I stället för att flytta gränser måste huvudmännen ta ett gemensamt ansvar för samordning av insatser, och det ansvaret bör förtydligas i lagstiftningen.

Psykiatrisamordningen föreslår två likalydande bestämmelser i socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen som innebär att landstinget och kommunen ska vara skyldiga att när det behövs tillsammans upprätta en individuell plan för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. Psykiatrisamordningen föreslår också två likalydande bestämmelser i socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen som innebär att landsting och kommuner blir skyldiga att ingå överenskommelser kring personer med psykiskt funktionshinder. Överenskommelserna syftar till ett gemensamt ansvarstagande för de områden där ansvaret är oklart, eller där det ofta uppstår konflikter. Vilka områden som överenskommelserna behöver omfatta kan skilja sig mellan olika regioner, men bestämmelser kring följande områden är obligatoriskt: gemensamma mål för landstingets och kommunens verksamheter för människor med psykiskt funktionshinder, rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen, bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en

psykisk sjukdom och ett samtidigt missbruk eller beroende, bestämmelser om ansvar för hjälpmedel till människor med psykiskt funktionshinder, bestämmelser om boende och sysselsättning till personer som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård, bestämmelser om ansvar i sådana situationer och kring sådana grupper där särskild samverkan krävs och former för att lösa tvister.

### **Sekretess och personuppgiftsbehandling**

Frågor om sekretess handlar enligt Nationell psykiatrisamordnings uppfattning i hög grad om att balansera den enskildes behov av integritet och kontroll över vilka uppgifter som lämnas ut mellan huvudmännen mot behovet av en fungerande informationsöverföring för att garantera patientsäkerhet, vårdkvalitet och, när det är relevant, samhällskydd. I tre situationer anser vi att förändringar i regleringarna om sekretess krävs eller behöver övervägas. En särskild undantagsbestämmelse ska införas som innebär att uppgifter som behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd, kan lämnas ut mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ett sådant förslag har tidigare lagts av Offentlighets- och sekretesskommittén (SOU 2003:99) och lämnades också i något modifierad form av Patientdatautredningen (SOU 2006:82). Nationell psykiatrisamordning föreslår också en bestämmelse som innebär att chefsöverläkaren utan hinder av sekretess kan lämna ut uppgifter som är nödvändiga för att kommunen ska kunna fullgöra sina skyldigheter enligt socialtjänstlagen och LSS gentemot personer som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och som har permission eller genomgår öppenvård med särskilda villkor. Psykiatrisamordningen har också gjort en genomgång av förutsättningarna för kommuner och landsting att göra gemensamma inventeringar av målgruppen och dess behov. Slutsatsen är att dagens regelsystem inte klart och tydligt tillåter detta. De förslag som nyligen har lämnats av Patientdatautredningen kan delvis förändra det förhållandet, men Psykiatrisamordningen bedömer att regeringen särskilt behöver analysera detta och vid behov utreda frågan ytterligare.

## Vård och stöd

### Organisationen behöver utvecklas

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör organiseras så att vård och stöd kan ges på rätt nivå. Detta inbegriper allt från information till allmänheten om psykisk hälsa och enklare rådgivning, till specialiserade insatser som boendestöd, läkemedelsbehandling, och psykoterapi. Även högspecialiserade insatser som t.ex. rättspsykiatri och utredningar om barn som riskerar att fara illa ska vara delar av en organisationsstruktur där resurserna används på effektivt och ändamålsenligt sätt. Primärvårdens roll som första linjens sjukvård bör förstärkas, vilket förutsätter ett resurstillskott. Kommun och landsting bör anta en gemensam strategi för hur vård-, stöd-, och omsorgsinsatserna till personer med psykisk ohälsa kan organiseras lokalt för att tillgodose såväl en första kontakt som att det finns verksamheter som kan vidta nödvändiga åtgärder på rätt vård- och stödnivå. I varje kommun och landsting bör det finnas en organisation och rutiner som säkerställer att personer med psykiskt funktionshinder, personer med psykisk sjukdom och missbruk, samt barn och unga med, eller risk för psykisk ohälsa får sina behov tillgodosedda. Särskilt viktigt är det att kontinuitet, samordning och kvalitet tillgodoses genom att PAL-funktionen (patientansvarig läkare) finns kvar och genom att den enskilde av kommunen tilldelas en klientansvarig handläggare.

### Verksamhetsuppföljning

Nationell psykiatrisamordning konstaterar att det i dag saknas förutsättningar för att på ett ändamålsenligt sätt redovisa insatserna i psykiatri och socialtjänst, samt de resultat som uppnås. Psykiatrisamordningen anser att det är mycket angeläget med ett utvecklingsarbete på detta område. På längre sikt bör målsättningen vara att det öppnet redovisas vilka insatser enskilda får av olika huvudmän och vilka effekter de har. Åtgärder behöver vidtas för att skapa en samordnad informationsstruktur som bygger på enhetliga begrepp och termer, socialtjänststatistiken behöver utvecklas och bli individbaserad och inrapporteringen till patientdataregistret stimuleras. Som Psykiatrisamordningen framhållit i delbetänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) behövs för en nationell samordning av verksamheten att ett

individbaserat on-lineregister för den rättspsykiatriska vården upprättas.

### **Kunskap, innehåll och kvalitet**

Nationell psykiatrisamordning anser att uppföljningen och kvaliteten behöver förbättras, både i psykiatrin och i socialtjänsten. Sjukvårdshuvudmannen respektive socialnämnden måste efterfråga vilka metoder som används för att säkerställa verksamheternas kvalitet. Strukturer för implementering av evidensbaserade metoder bör utvecklas i alla kommuner och landsting. Samordningen anser också att landsting och kommuner måste ha rutiner för hur den kroppsliga hälsan hos personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder ska upprätthållas och förbättras, t.ex. genom hälsofrämjande program och regelbundna hälsokontroller. Landstingen bör också utforma rutiner som innebär att personer med psykiskt funktionshinder får förebyggande och reparativ tandvård inom högkostnadsskyddet. Nationell psykiatrisamordning föreslår att Socialstyrelsen tillsammans med andra berörda ges i uppdrag att stödja utvecklingen genom att ta fram ett program som bl.a. ska innehålla den gemensamma kunskapsbasen för de psykiatriska och sociala insatser som är verksamma inom området psykisk hälsa, viktiga principer för vad som är bra vård och stöd, vad som ingår i chefsuppdraget på olika nivåer, samt grundläggande strategier för samverkan.

### **Vårdgarantin behöver förstärkas**

Nationell psykiatrisamordning föreslår att den nationella vårdgarantin utökas så att även utredningar omfattas av garantin. För barn och ungdomar bör garantitiden förkortas så att barnet eller ungdomen garanteras en bedömning av en specialistläkare inom 30 dagar, och att en ändamålsenlig behandling inletts senast inom ytterligare 30 dagar. För personer med särskilt aktivitetsstöd föreslås dagens tidsgränser kvarstå, dvs. bedömning inom 90 dagar och inledd behandling inom ytterligare 90 dagar, men att garantin även ska omfatta utredningar.

## Slutenvården behöver förstärkas

Nationell psykiatrisamordning har i kontakter med brukare, närstående och hälso- och sjukvårdspersonal fått signaler om att människor som skulle behöva läggas in för vård, ändå skickas hem. Differentierade avdelningar anpassade efter vissa patientgruppers behov saknas, och de befintliga avdelningarna är ofta stora och upplevs som stökiga. Nationell psykiatrisamordning drar därför slutsatsen att tillgången till slutenvårdsplatser behöver utökas. Däremot anser Psykiatrisamordningen att det inte är möjligt att rekommendera ett specificerat antal sängar per invånare i upptagningsområdet, eftersom vårdplatsbehovet i hög grad är beroende av hur den öppna vården är utformad, i vilken utsträckning det finns hemsjukvård, hur tillgången på bostäder är och vilket stöd som kan ges i ordinärt boende och i olika typer av särskilda boenden. Därför är det mer adekvat att tala om tillgänglighet till slutenvård. Målsättningen måste vara att det alltid ska finnas så många vårdplatser tillgängliga, så att ingen som behöver plats ska nekas detta och att ingen ska behöva skrivas ut för tidigt till följd av platsbrist. Nationell psykiatrisamordning anser därför att en del av de medel som föreslås tillföras området under den sjuåriga satsningen ska användas för att öka tillgängligheten till den psykiatriska slutenvården. Hur mycket resurser som behöver tillföras bör bli föremål för en behovsanalys inom respektive landsting.

## En nollvision

Nationell psykiatrisamordning föreslår en nollvision som innebär att ingen med psykisk ohälsa som aktualiserats hos kommun eller landsting ska skada sig själv eller annan, eller ta sitt eget liv eller annans liv på grund av att han eller hon avvisats eller tappats bort av vården. Visionen förutsätter att det på alla nivåer sker ett arbete med förbättrad tillgänglighet, rutiner för riskanalys, preventiva insatser och händelseanalyser. Psykiatrisamordningen anser att landsting och kommuner bör låta visionen vara ledstjärna för samarbets- och utvecklingsinsatser inom området.

### **Tvångsvårdslagstiftningen behöver ses över och innehållet i tvångsvården utvecklas**

Nationell psykiatrisamordning anser att lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) bör bli föremål för översyn. Skälet är bl.a. att signaler, särskilt från närstående, tyder på att det finns situationer när tvångsvård är påkallad med hänsyn till patientens hälsa och livssituation, men där sådan vård inte kommer till stånd enligt nu gällande lagstiftning. Samtidigt vittnar patienter ibland om att tvångsvård tillgrips för lättvindigt och att vården upplevs kränkande. En översyn av LPT bör omfatta ett ställningstagande till om den behandlingsindikation som fanns i den tidigare tvångsvårdslagen om beredande av psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) bör återinföras, samt om tvångsvård ska kunna tillämpas även i öppen vård utan att inläggning har kommit till stånd. Översynen bör också omfatta frågor som hur patientens inflytande, rättssäkerhet och rättstrygghet kan stärkas och utvecklas, samt om lagstiftningen om patientavgifter bör förändras så att tvångsvårdade patienter inte behöver betala vårdavgift. Psykiatrisamordningen anser också att innehållet i tvångsvården bör bli föremål för utvecklingsinsatser och föreslår därför att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att skapa en utvecklingsplan för hur tvångsvård bör bedrivas med sikte på att minska antalet tvångsåtgärder.

Det är dock enligt Psykiatrisamordningens uppfattning väsentligt att den föreslagna översynen inte hindrar att beslut snarast fattas om införande av tidigare lämnat förslag om öppenvård med särskilda villkor.

### **Ansvarsgaranti för personer med samsjuklighet missbruk – psykisk sjukdom**

Nationell psykiatrisamordning anser att kommuner och landsting bör erbjuda personer med missbruk och psykisk sjukdom vård och stöd i integrerade former så att behandlingen för missbruket och de psykiska problemen sker samtidigt. Psykiatrisamordningen anser att hälso- och sjukvården har ett betydande ansvar för behandlingen av personer som missbrukar. Ett alternativ för att säkerställa att planering och genomförande av vård- och stödinsatser kommer till stånd i rimlig tid kan vara att landstinget och kommunen kommer överens om en ansvarsgaranti. Garantin innebär att den



huvudman som identifierar en person med psykisk sjukdom och missbruk ska se till att en planering startar inom en vecka. Behandling ska påbörjas omgående, och senast inom 30 dagar om behovet inte är akut. Om landstinget inte kan fullgöra sitt utrednings- eller behandlingsansvar, kan en förstärkt vårdgaranti (utredning och behandling påbörjad inom en månad) träda in. Det skulle innebära att om landstinget inte kan erbjuda den utredning eller behandling som angivits i den individuella planen ska patienten erbjudas vård i annat landsting eller hos privat vårdgivare. Om kommunen inte kan erbjuda den utredning, behandling eller stöd som är kommunens ansvar och som angivits i den individuella planen skulle kommunen vara skyldig att tillse att den görs hos annan vård- eller stödgivare och betala för kostnaden. Gemensam uppföljning och utvärdering ska ske efter individuellt uppgett schema i den individuella planen, men minst var sjätte månad.

### **Personalförsörjning**

Tillgång på personal med rätt kompetens för verksamheten är avgörande för att arbetet inom psykiatriområdet ska fungera. Betydelsen av en ändamålsenligt utbildad och tillräckligt stor personalstyrka, vars arbete organiseras på ett rationellt sätt, kan inte överskattas. Utöver formell kompetens för den aktuella arbetsuppgiften krävs också en personlig mognad och lyhördhet för att kunna arbeta med människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Det är i huvudsak arbetsgivarens – landstings och kommuners – ansvar att rekrytera lämpligt personal och att vidareutbilda sin personal. En betydande del av den kunskap och färdighet som krävs tillägnas inom ramen för arbetet, och kan förmedlas i arbetssituationen. Men arbetsgivarna bör göra gemensam sak när de verkar för att grund- och vidareutbildningar svarar mot verksamheternas behov i sina kontakter med utbildningsanordnare av olika slag, däribland universitet och högskolor.

Inom den närmaste tioårsperioden kommer omkring en tredjedel av samtliga anställda inom psykiatriområdet att avgå med pension. Rekryteringssituationen är på många håll bekymmersam när det gäller personal med längre utbildning som läkare och sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri, medan den för andra yrkesgrupper är lättare. Konkurrenssituationen är hård när det gäller välutbildad personal och det ställs stora krav på att

åstadkomma attraktiva arbetsplatser för att rekrytera och behålla kompetent personal. Psykiatrisamordningen föreslår att landsingen regionalt ges möjlighet att under en sjuårsperiod söka statliga medel för inrättande av särskilda studierektorer med uppgift att stimulera och stödja yngre läkare att söka sig till det psykiatriska verksamhetsområdet.

### **Insatser till barn och ungdomar**

Nationell psykiatrisamordning anser att det bör ske ett nationellt ställningstagande för en sammanhållen modell för tidiga insatser till barn och ungdomar, i syfte att främja ett integrerat och förebyggande arbetssätt. Ställningstagandet kan ske genom att de medel som avsatts i budgetpropositionen för 2007 för satsningar på barns och ungdomars psykiska hälsa fördelas på ett sätt som stimulerar modellen eller genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Modellen innebär att basverksamheterna för barn och för ungdomar samorganiserar, samlokaliseras och samarbetar i en familjehälsa respektive ungdomshälsa. Den specialiserade psykiatrin utför konsultationer i verksamheterna och ger stöd och handledning. För att modellen ska fungera krävs ökade resurser både i primärvården och i barn- och ungdomspsykiatrin. Nationell psykiatrisamordning bedömer också att samarbetet kring ungdomar med stora sociala och psykiatriska behov måste förbättras. Det gäller insatser från socialtjänsten, hälso- och sjukvården och SiS-institutionerna, och förutsätter övergripande överenskommelser om ansvarsfördelningen, individuell planering samt en översyn av riksavtalet för utomlänsvård. Nationell psykiatrisamordning anser att Barnombudsmannen i samverkan med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting samt övriga aktörer, ska få i uppdrag att formulera konkreta och uppföljningsbara mål för de delar av barnpolitiken som rör barn och ungdomars psykiska hälsa. Ombudsmannen bör också få regeringens uppdrag att utreda möjligheten att tillskapa en nationell kommission för händelseanalyser och gemensamma utredningar när en ung människa tagit sitt liv.

## Närstående

Nationell psykiatrisamordning anser att landsting och kommuner i högre grad bör uppmärksamma närståendes situation genom att utarbeta rutiner för information, stöd och samarbete med brukarens personliga nätverk, samt genom att använda evidensbaserade metoder för familjeinterventioner. Det bör också finnas tydliga rutiner i all hälso- och sjukvård för att tillgodose behovet av information och stöd till barn och syskon till personer med psykisk sjukdom.

## Konsekvenser och genomförande

### Personalmässiga konsekvenser

Möjligheterna att på ett positivt sätt genomföra de intentioner och förslag som Psykiatrisamordningen har lagt fram beror i hög grad av tillgången på personal med rätt kompetens och inställning när det gäller att arbeta med den grupp av personer som lider av psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Ansvar för rekrytering och kompetensfrågor åvilar berörda huvudmän. Det finns skäl för Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting att aktivt verka inom detta område.

### Ekonomiska konsekvenser

Psykiatrisamordningen föreslår att särskilda medel avsätts för genomförande av de förslag som har lämnats när det gäller utvidgning av den grupp som har rätt till handikappersättning om minst 36 procent av prisbasbeloppet utan individuell prövning och nödvändiga åtgärder inom rehabiliteringsområdet. Kostnaderna för dessa rehabiliteringsinriktade åtgärder uppskattas till omkring 225 miljoner kronor.

Psykiatrisamordningen föreslår dessutom att 800 miljoner kronor avsätts för att öka möjligheten att nå de mål avseende utvecklingen inom området vård och stöd för personer som lider av psykisk ohälsa och/eller psykiskt funktionshinder som Psykiatrisamordningen föreslår. Härtill kommer 100 miljoner kronor för angelägna utvecklingsinsatser och 100 miljoner kronor för forskning inom området psykisk ohälsa. Totalt innebär de i detta be-

tänkande föreslagna åtgärderna en kostnadsökning för staten på omkring 1 225 miljoner kronor per år under perioden 2009–2015.

I nämnda belopp ingår inte de förslag som tidigare lämnats i delbetänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) och som har kostnadsberäknats till 430 miljoner kronor per år, och inte heller de kostnader för satsningar inom området barn och ungdomar som riksdagen har beslutat om våren 2006.

### **Konsekvenser för relationen mellan stat, landsting och kommun**

Psykiatrisamordningens förslag innebär ingen ändring av landstingens och kommunernas ansvar för personer med psykiskt funktionshinder. Förslaget om ett nationellt ställningstagande för en modell med tidiga och samordnade insatser till barn och ungdomar innebär att staten tar ställning till hur verksamheten skall organiseras inom kommuner och landsting. Förslaget innebär en kvalitetshöjning som i enlighet med finansieringsprincipen åtföljs av det resurstillskott som riksdagen redan beslutat.

### **Brottsförebyggande och andra konsekvenser**

De förslag och bedömningar som har redovisats i detta betänkande syftar till att bättre tillgodose behovet av psykiatrisk vård och omhändertagande för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Det finns starka skäl att utgå ifrån att ett genomförande av förslagen leder till brottspreventiva effekter. Psykiatrisamordningen bedömer att de framlagda förslagen har positiva konsekvenser för jämställdheten mellan män och kvinnor på arbetsrehabiliteringsområdet. De integrationspolitiska målen bedöms inte påverkas i nämnvärd omfattning. Inte heller har förslagen några mätbara regionalpolitiska effekter.

### **Genomförande**

Den för många psykiskt sjuka och personer med psykiskt funktionshinder otillfredsställande situationen när det gäller insatser för vård, stöd och rehabilitering som Psykiatrisamordningen uppmärksammat talar för att åtgärder såväl av lagstiftningsnatur som av

finansiellt stöd behöver sättas in snarast möjligt. Psykiatrisamordningen föreslår därmed att riksdagen antar en nationell utvecklingsstrategi med mål och inriktning för vård, boende, sysselsättning och delaktighet i samhället för människor med allvarlig psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder.

Förslagen som rör förändringar i lagstiftningen och att särskilda statliga medel avsätts för vård, stöd och rehabilitering av psykiskt sjuka och funktionshindrade bör kunna genomföras den 1 januari 2009. Förslag och bedömningar som inte kräver förändrad lagstiftning eller omfördelning av resurser mellan stat, landsting och kommuner bör genomföras utan dröjsmål. Med stöd av de bedömningar som Psykiatrisamordningen redovisar i detta betänkande och i det tidigare delbetänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) finns ett brett underlag för lokala initiativ och diskussioner redan nu när det gäller att utstaka färdvägen mot målet att förbättra situationen för personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder, liksom när det gäller insatser inom området psykisk ohälsa i stort. Ytterligare underlag tillkommer när resultatet av den ovan diskuterade hälsoplanen och utvecklingsstrategin föreligger 2008. De uppdrag till olika myndigheter och organisationer som Psykiatrisamordningen föreslagit bör kunna lämnas utan föregående remissbehandling.

# Författningsförslag

## 1 Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100) skall ha nedan angiven lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 7 kap. 7 §

Sekretess gäller hos Försäkringskassan, Premiepensionsmyndigheten och domstol i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring, allmän pension, arbetsskadeförsäkring eller handikappersättning och vårdbidrag eller om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild, eller om läkarvårdsersättning, ersättning för sjukgymnastik eller särskild sjukförsäkringsavgift, för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom eller henne närstående lider men om uppgiften röjs. Samma sekretess gäller hos annan myndighet på vilken det ankommer att handlägga ärende enligt lagstiftning

Sekretess gäller hos Försäkringskassan, Premiepensionsmyndigheten och domstol i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring, allmän pension, arbetsskadeförsäkring eller handikappersättning och vårdbidrag, *särskilt aktivitetsstöd för personer med psykiska funktionshinder* eller om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild, eller om läkarvårdsersättning, ersättning för sjukgymnastik eller särskild sjukförsäkringsavgift, för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom eller henne närstående lider men om uppgiften röjs. Samma sekretess gäller hos annan myndighet på

som nu har nämnts. I fråga om myndighet som anges i 8 § gäller dock bestämmelserna där. vilken det ankommer att handlägga ärende enligt lagstiftning som nu har nämnts. I fråga om myndighet som anges i 8 § gäller dock bestämmelserna där.

Sekretess enligt första stycket gäller också i förhållande till en vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgift om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom.

Sekretess gäller hos myndighet som avses i första stycket för anmälan eller annan utsaga av enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har gjort anmälan eller avgivit utsagan eller någon honom närstående utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagstiftningen om allmän försäkring, allmän pension, handikappersättning och vårdbidrag, sjuklön eller särskild sjukförsäkringsavgift.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år eller, i fall som avses i tredje stycket, i högst femtio år. Lag (2004:1246).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

## 2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att i fråga om socialtjänstlagen (2001:453 dels att 3 kap. 6 § skall ha följande lydelse, dels att det i lagen skall införas två nya bestämmelser 2 kap. 7 § och 5 kap. 8 § a.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 3 kap.

#### 6 §

Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Socialnämnden bör genom hemtjänst, *boendestöd för personer med psykiska funktionshinder*, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Nämnden bör även i övrigt tillhandahålla sociala tjänster genom rådgivningsbyråer, socialcentraler och liknande, social jour eller annan därmed jämförlig verksamhet.

Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

### 2 kap.

#### 7 §

*Kommunen skall när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodosedda, upprätta en individuell plan tillsammans med landstinget. Av planen skall framgå mål för insatserna på kortare och längre*



sikt, vem som skall samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman svarar för. Planen skall, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde och dennes närstående.

När kommunen bedömer att det finns behov av att upprätta en individuell plan enligt första stycket skall kommunen kalla landstinget till individuell planering. En sådan kallelse skall även ske om den enskilde begär det och, om den enskilde inte motsätter sig det, på begäran av en närstående.

Om landstinget kallar kommunen till individuell planering enligt 3 § c hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall kommunen medverka i planeringen. Planeringen skall påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits.

Denna bestämmelse ska tillämpas när det kan ske utan hinder av bestämmelser i sekretesslagen (1980:100).

## 5 kap.

### 8 a §

Kommunen skall träffa en överenskommelse med landstinget om sitt samarbete kring personer med psykiska funktionshinder.

Överenskommelsen skall innehålla

1. Gemensamma mål för kommunens och landstingets verksamheter för personer med psykiska funktionshinder.

2. *Rutiner för samarbete mellan kommunen och landstinget kring enskilda personer med psykiska funktionshinder.*

3. *Bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar.*

4. *Bestämmelser om ansvar för hjälpmedel till personer med psykiska funktionshinder.*

5. *Bestämmelser om ansvar för boende och sysselsättning till personer som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.*

6. *Bestämmelser om ansvar i sådana situationer, och kring sådana grupper, där särskild samverkan krävs.*

7. *Former för hur tvister, som uppkommer med anledning av en överenskommelse som upprättats enligt denna bestämmelse, skall lösas.*

*Överenskommelsen skall, när det är möjligt, utformas i samråd med organisationer som företräder patienter.*

*Överenskommelsen skall kontinuerligt följas upp och utvärderas av kommunen och landstinget gemensamt.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

### 3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

*dels* att 3 § c skall ha följande lydelse. Detta innebär, med beaktande av det förslag som lämnats i delbetänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91), att de tidigare paragraferna 3 c–3 f ändras till 3 d–3 g.

*dels* att det i lagen skall införas en ny bestämmelse 8 a §.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

3 § c

*Landstinget skall när det behövs för att den enskilde skall få sina behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodosedda, upprätta en individuell plan tillsammans med kommunen. Av planen skall framgå mål för insatserna på kortare och längre sikt, vem som skall samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman svarar för. Planen skall när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och dennes närstående.*

*När landstinget bedömer att det finns behov av att upprätta en individuell plan enligt första stycket skall landstinget kalla kommunen till individuell planering. En sådan kallelse skall även ske om den enskilde begär det och, om den enskilde inte motsätter sig det, på begäran av en närstående.*

*Om kommunen kallar landstinget till individuell planering enligt 2 kap 7 § socialtjänstlagen (2001:453) skall landstinget medverka i planeringen. Planeringen ska påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits.*

*Denna bestämmelse skall tillämpas när det kan ske utan hinder av bestämmelser i sekretesslagen (1980:100).*

#### *8 § b*

*Landstinget skall träffa en överenskommelse med kommunen om sitt samarbete kring personer med psykiska funktionshinder.*

*Överenskommelsen skall innehålla*

*1. Gemensamma mål för landstingets och kommunens verksamheter för personer med psykiska funktionshinder.*

*2. Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen kring enskilda personer med psykiska funktionshinder.*

*3. Bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar.*

*4. Bestämmelser om ansvar för hjälpmedel till personer med psykiska funktionshinder.*

*5. Bestämmelser om ansvar för boende och sysselsättning till personer som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk*

*vård.*

*6. Bestämmelser om ansvar i sådana situationer, och kring sådana grupper, där särskild samverkan krävs.*

*7. Former för hur tvister, som uppkommer med anledning av en överenskommelse som upprättats enligt denna bestämmelse, skall lösas.*

*Överenskommelsen skall, när det är möjligt, utformas i samråd med organisationer som företräder patienter och närstående.*

*Överenskommelsen skall kontinuerligt följas upp och utvärderas av landstinget och kommunen gemensamt.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

#### 4 Förslag till lag om ändring i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs

att 43 § lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

##### 43 §

Från en verksamhet där sekretess gäller enligt 7 kap. 1 § eller 4 § första och tredje styckena sekretesslagen (1980:100) skall utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om en patient som behövs för att chefsöverläkarens åligganden enligt denna lag skall kunna fullgöras. Detsamma gäller uppgifter om en patient som behövs för en sakkunnigs uppdrag eller ett yttrande av socialstyrelsen.

*Chefsöverläkaren får utan hinder av sekretess i 7 kap 1 § sekretesslagen lämna upplysningar som är nödvändiga för att kommunen skall kunna fullgöra sina skyldigheter enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, gentemot personer som har tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, eller genomgår öppenvård med särskilda villkor enligt dessa lagar.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

## 5 Förslag till lag om ändring i lag (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag

Härigenom föreskrivs att 5 och 6 §§ i lag 1998:703 om handikappersättning och vårdbidrag skall ha nedan angiven lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 5 §

Rätt till handikappersättning har en försäkrad från och med juli månad det år han eller hon fyller 19 år och som innan han eller hon har fyllt 65 år för avsevärd tid har fått sin funktionsförmåga nedsatt i sådan omfattning att han eller hon

1. i sin dagliga livsföring behöver mera tidskrävande hjälp av annan,
2. för att kunna förvärvsarbeta behöver fortlöpande hjälp av annan, eller
3. i annat fall har betydande merutgifter.

Om den funktionshindrade behöver hjälp antingen i den dagliga livsföringen och för att kunna förvärvsarbeta, eller i något av dessa båda avseenden, och dessutom har merutgifter i anledning av funktionshindret, grundas bedömningen av rätten till handikappersättning på det sammanlagda behovet av stöd.

Vid tillämpning av denna paragraf skall med en person som förvärvsarbetar likställas en studerande som får studiestöd enligt studiestödslagen (1999:1395) eller som endast på grund av bestämmelser om behovsprövning är utesluten från sådan förmån.

Handikappersättning utges alltid till den som är blind, döv eller gravt hörselskadad om blindheten, dövheten eller hörselskadan inträtt före 65 års ålder. Lag (2001:491).

Handikappersättning utges alltid till den som är blind, döv eller gravt hörselskadad *eller har en psykisk sjukdom vars konsekvenser är kognitiv funktionsnedsättning av allvarlig art* om blindheten, dövheten, hörselskadan *eller det psykiska funktionshindret* inträtt före 65 års ålder. Lag (2001:491).

## 6 §

Alltefter hjälpbehovets omfattning eller merutgifternas storlek utgör handikappersättning för år räknat 69, 53 eller 36 procent av prisbasbeloppet.

Handikappersättning kan begränsas till viss tid. Behovet av handikappersättning skall omprövas i samband med beslut om sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och när den som uppbär handikappersättning beviljas ålderspension enligt lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension eller garantipension enligt lagen (1998:702) om garantipension. Omprövning skall också ske när förhållanden som påverkar behovet av handikappersättning har ändrats.

För tid före den månad, då hel sjukersättning, hel aktivitetsersättning eller hel ålderspension börjar utges utgör handikappersättningen till den som är blind, för år räknat, 69 procent av prisbasbeloppet. För tid därefter utgör ersättningen till den som är blind 36 procent av prisbasbeloppet om inte stödbehovet ger anledning till högre ersättning.

Handikappersättning till den som är döv eller gravt hörsel-skadad utgör 36 procent av prisbasbeloppet om inte stödbehovet ger anledning till högre ersättning. Lag (2001:491).

Handikappersättning till den som är döv eller gravt hörsel-skadad *eller har en psykisk sjukdom vars konsekvenser är kognitiv funktionsnedsättning av allvarlig art* utgör 36 procent av prisbasbeloppet om inte stödbehovet ger anledning till högre ersättning. Lag (2001:491).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.



## 6 Förslag till lag (200X:XXX) om särskilt aktivitetsstöd för personer med psykiska funktionshinder

Härigenom föreskrivs följande.

### 1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om särskilt aktivitetsstöd för personer som har en psykiatrisk diagnos och med anledning av denna har beviljats hel aktivitetsersättning enligt lag (1962:381) om allmän försäkring.

Bestämmelser i denna lag omfattar inte personer som deltar i daglig verksamhet enligt 9 § p 10 enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

### 2 §

Personer som tillhör personkretsen enligt 1 § har rätt till särskilt aktivitetsstöd. Det särskilda aktivitetsstödet syftar till att den enskildes resurser utvecklas och att han eller hon får möjlighet till meningsfull sysselsättning genom anställning eller arbetsliknande förhållanden.

Den enskilde ska ges ett avgörande inflytande över stödets utformning.

### 3 §

Försäkringskassan skall inom 30 dagar från det att beslut om särskilt aktivitetsstöd fattats ha inlett en utredning av hälsa, resurser och behov hos den som aktualiserats för särskilt aktivitetsstöd. Försäkringskassan skall, om den försäkrade medger det och behov finns, genomföra utredningen i samverkan med hans eller hennes arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra som kan vara berörda.

### 4 §

Försäkringskassan skall i samråd med den enskilde och med utgångspunkt från utredningen i 3 § upprätta en aktivitetsplan. Planen skall, vid behov, upprättas i samverkan den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra som kan vara berörda.

Försäkringskassan skall medverka till att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

#### 5 §

Försäkringskassan ska med den enskildes samtycke medverka till att arbetsförmedlingen prövar om en person har rätt till Arbetsmarknadsmyndighetens särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga jämlikt förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga.

#### 6 §

Särskilt aktivitetsstöd kan beviljas för daglig sysselsättning, arbetspraktik, för stöd vid färdigställande av påbörjade studier på grundskola, gymnasium eller högskola eller i anvisad praktik eller på en försäkrads arbetsplats, samt för dagverksamhet.

Särskilt aktivitetsstöd kan inte beviljas för utredning, vård eller behandling.

#### 7 §

Särskilt aktivitetsstöd beviljas för maximalt tre år efter det att beslut om stödet fattats. Aktivitetsstödet kan, om det beviljats innan den ersättningsberättigade fyllt 30 år, även utgå efter denna tidpunkt, dock maximalt tre år från beviljandet.

#### 8 §

Aktivitetsstöd skall beviljas för det antal timmar per år som den enskilde har behov av att delta i verksamhet som anges i § 6, maximalt 1 380 timmar per år. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer meddelar ytterligare föreskrifter om beräkning av timbeloppet.

#### 9 §

För den som beviljats särskilt aktivitetsstöd skall Försäkringskassan besluta om att stödet skall utbetalas till den som anordnar lämplig aktivitet, kallad aktivitetsanordnare. Ersättning kan utgå till verksamhet som bedrivs av landsting, kommun, en ideell eller ekonomisk förening, stiftelse, enskild firma, handelsbolag eller aktiebolag. Försäkringskassan skall därvid i möjligaste mån tillgodose den försäkrades önskemål.

*10 §*

Det särskilda aktivitetsstödet utbetalas månadsvis med visst belopp för det antal beviljade timmar som aktivitetsstöd har lämnats. Om det föreligger särskilda skäl kan Försäkringskassan, efter ansökan, besluta att en ersättningsberättigad skall få aktivitetsstöd med ett högre belopp än det som regeringen fastställt. Detta belopp får dock inte överstiga det fastställda beloppet med mer än tolv procent.

*11 §*

Insatsen särskilt aktivitetsstöd avslutas när en enskild erhåller anställning, reguljärt eller skyddat, och inte längre är i behov av stöd eller när annan permanent eller långsiktig lösning såsom reguljära studier uppnåtts, senast inom tre år från att den enskilde aktualiserats för särskilt aktivitetsstöd.

*12 §*

Särskild ersättning kan av Försäkringskassan utges för kostnader som uppstår för den försäkrade med anledning av de aktiviteter som han eller hon deltar i. Ytterligare föreskrifter om sådan ersättning meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

*13 §*

Föreskrifterna i 20 kap. 10–13 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring om omprövning och ändring av Försäkringskassans beslut samt överklagande av Försäkringskassans och domstols beslut skall tillämpas i ärenden om särskilt aktivitetsstöd.

Ett beslut i ett ärende om särskilt aktivitetsstöd skall gälla omedelbart, om inte något annat anges i beslutet. Lag (2004:827).

# 1 Utredningens uppdrag och arbete

Den 11 september 2003 attackerades Sveriges utrikesminister Anna Lindh inne på Nordiska Kompaniet (NK) i Stockholm, en händelse som berövade berörda personer en familjemedlem eller en vän, men också en händelse som skakade Sverige i sina grundvalar. Mordet på Anna Lindh hade föregåtts av tragiska och uppmärksammade våldshandlingar i bl.a. Gamla stan och Åkeshov. Gemensamt för dessa händelser var att de personer som begick handlingarna hade varit i kontakt med och sökt hjälp av psykiatrin.

Dessa händelser ledde till ett nationellt ifrågasättande av samhällets möjligheter att ta hand om personer som behöver och söker psykiatrisk hjälp. Regeringen beslutade den 23 oktober 2003 att tillkalla en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (se bilaga 1). Den nationella psykiatrisamordnaren fick dessutom i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet. Utredningen, som kom att ta namnet Nationell psykiatrisamordning, skulle enligt sina direktiv (2003:133) slutredovisa sitt arbete den 1 november 2006. Genom ett regeringsbeslut den 9 november 2006 förlängdes utredningens uppdrag till den 30 november 2006 (S 2006/8660/HS).

## 1.1 Utredningens direktiv

I direktiven till Nationell psykiatrisamordning (bilaga 1) konstaterar regeringen att det krävs ett strategiskt arbete för att samordna vård, social omsorg och rehabilitering utifrån ett helhetsperspektiv. Ambitionen med att tillkalla en psykiatrisamordning var att skapa förutsättningar för en kraftsamling hos samtliga berörda aktörer

för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen av människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Uppdraget riktades främst till personer som har allvarliga psykiska sjukdomar eller funktionshinder.

Psykiatrisamordningen fick ett brett uppdrag som omfattar flera olika frågor, vissa mer specifika och andra mer övergripande:

Psykiatrisamordningen ska

- Göra en genomgång av situationen inom vården, den sociala omsorgen och rehabiliteringen av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade personer.
- Genomföra sitt arbete i bred dialog med landsting, kommuner, Sveriges Kommuner och Landsting, berörda myndigheter, statliga kommittéer och brukarorganisationer.
- Särskilt uppmärksamma frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens.
- Utifrån denna genomgång identifiera och analysera problem samt föreslå åtgärder som kan ge positiva effekter på vård, social omsorg och rehabilitering av personer med psykiska sjukdomar eller funktionshinder.

Psykiatrisamordningen ska dessutom

- Lämna förslag till utveckling av psykiatrins former.
- Bedöma behovet av slutenvårdsplatser.
- Pröva om det krävs nya vårdformer mellan slutenvård och öppenvård.
- Analysera hur socialtjänstens boendestöd eller andra insatser kan utvecklas.

Psykiatrisamordningen ska vidare

- Uppmärksamma om tillräckliga åtgärder vidtas från huvudmännens sida i samband med in- och utskrivning av patienter som är föremål för psykiatrisk slutenvård.
- Behandla rutiner för riskbedömning och omhändertagande av patienter som är farliga för andras personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.
- Uppmärksamma den psykiatriska vården av personer som är omhändertagna av andra huvudmän än kommuner och landsting, t.ex. av kriminalvården och Statens institutionsstyrelse.

- Redovisa resultat och föreslå åtgärder som gäller daglig sysselsättning till psykiskt funktionshindrade personer.

Härutöver skall Psykiatrisamordningen;

- Uppmärksamma personal- och kompetensförsörjningsfrågan inom vård, social omsorg och rehabilitering.
- Bedöma psykiatrins resursbehov. Samordnaren ska i det sammanhanget se över organisations- och effektivitetsfrågor samt prioriteringar.
- Utifrån Socialstyrelsens uppföljningar och utvärderingar, redovisa effekterna av de medel som riksdagen har ställt till förfogande för kommuner och landsting i enlighet med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.
- Tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet.
- Främja de möjligheter som ges enligt den nuvarande lagstiftningen, t.ex. samverkan i en gemensam nämnd.
- Lyfta fram exempel på verksamheter som bedrivs med gott resultat, exempelvis när det gäller samordnad vårdplanering och rehabilitering.
- Se över de gällande permissionsbestämmelserna enligt LPT och LRV med anledning av de resultat som Socialstyrelsen presenterat i rapporten Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård – En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering.
- Fortlöpande informera regeringen om resultatet av sitt arbete samt vid behov lämna förslag till författningsändringar och förtydliganden i det gällande regelverket.

Psykiatrisamordningen ska också samråda med Socialstyrelsen och uppmärksamma relevanta rapporter från myndigheten och dess pågående utredningsarbete. Psykiatrisamordningen ska även fortlöpande ha kontakt med andra myndigheter utifrån de behov som framkommer. Psykiatrisamordningen skall vidare samråda med Ansvarskommittén (Fi 2003:02) samt följa beredningen av Psyk-ansvarskommitténs betänkande Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3).

Psykiatrisamordningen ska beakta hur de förslag som lämnas inverkar på kommunernas och landstingens självstyre. De ekono-

miska konsekvenserna av förslagen ska analyseras och förslag på finansiering lämnas om kostnadsökningar bedöms bli aktuella. Vidare ska psykiatrisamordningen redovisa förslagets betydelse för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet. Psykiatrisamordningens arbete ska genomföras med ett tydligt jämställdhetsperspektiv.

## 1.2 Varför ett nationellt samordningsuppdrag?

I direktiven till Nationell psykiatrisamordning framgår att anledningen till att regeringen tillsatte en nationell samordningsfunktion var att man ville åstadkomma handling och utveckling inom ett område där man ansåg att utvecklingen inte skett i den takt som krävdes. Ett samordningsuppdrag av den typ som Psykiatrisamordningen haft skiljer sig något från traditionella utredningsuppdrag inom kommittéväsendet.

Det har blivit allt vanligare att nya funktioner alternativt nya uppgifter breddar tidigare funktioner inom regeringskansliet och dess kommittéväsende. Inom regeringskansliet har tillfälliga projekt och program i olika syften blivit allt mer frekventa (Ds 2000:27). På samma sätt kan man inom kommittéväsendet se att de nationella samordningstjänsterna som har tillkommit under senare år innebär en breddning av utredningsväsendets traditionella uppdrag. Mobilisering mot narkotika (S 2002:03) var den första samordningsfunktionen och tillsattes 2001, och efter det har fyra samordningsfunktioner tillsatts.<sup>1</sup>

De nationella samordningstjänsterna har alla varit treåriga uppdrag, där man utöver det utredande arbetet haft ett mer operativt uppdrag. Detta kan innebära att stödja och främja ett utvecklingsarbete, främja samverkan, främja en kraftsamling, fördela bidrag, initiera projekt samt arbeta för att hålla frågan högt på såväl den politiska som mediala dagordningen. De hittillsvarande samordningstjänsterna har varken ledamöter, sakkunniga eller experter knutna till arbetet på samma vis som traditionella utredningar, utan drivs av en av regeringen tillsatt samordnare och dennes kansli.

---

<sup>1</sup> Utöver Mobilisering mot narkotika (Dir. 2002:6, Dir. 2005:126) och Nationell psykiatrisamordning (Dir. 2003:133), har regeringen tillsatt en samordnare för uppbyggnad och samordning av ett utvecklingsprogram för bygg-, fastighets- och anläggningssektorn (Dir. 2004:138), en samordnare för barn i asylprocessen som uppvisar svåra stressreaktioner i form av stark uppgivenhet (Dir. 2004:115) och en nationell bostadssamordnare (Dir. 2005:37).

### 1.3 Nationell psykiatrisamordnings tolkning av uppdraget

Som framgått ovan har Nationell psykiatrisamordning ett brett uppdrag som spänner över flera fält. Det är därför angeläget att redogöra för hur uppdraget har tolkats. Särskilt viktigt är det att försöka avgränsa den grupp personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder som står i fokus för Psykiatrisamordningens arbete.

#### Målgruppen

Psykiatrisamordningens uppdrag (Dir. 2003:133) gäller personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder och i första hand gäller uppdraget personer med "allvarliga psykiska besvär". Nationell psykiatrisamordning har utifrån direktiven i första hand inriktat arbetet på att förbättra insatserna till och livssituationen för personer

- med allvarlig psykisk sjukdom
- med psykiskt funktionshinder
- som riskerar att utveckla en allvarlig psykisk sjukdom eller ett psykiskt funktionshinder.

#### Personer med allvarlig psykisk sjukdom

Psykiska sjukdomar är tillstånd som huvudsakligen definieras utifrån symtom och tecken på avvikelser från normala psykiska yttringar. Intervallet för vad som anses " normalt " är tämligen brett, och beror delvis på personens kulturella och sociala sammanhang. En ytterligare komplikation med psykiatrisk diagnostik är att en rad normalpsykologiska fenomen som oro, sorg och nervositet, ibland kan ingå i en sjukdomsbild, och ibland vara just normala psykologiska fenomen. Kännetecknen för de psykiatriska diagnoserna inkluderar i flera fall att tillståndet ska ha en viss varaktighet, och i vissa fall att tillståndet ska medföra vissa konsekvenser för hur personen fungerar i olika sammanhang. De flesta psykiatriska diagnoser definieras fortfarande utifrån sina symtom. Det finns väl utvecklade diagnosystem där varje sjukdom definieras utifrån en överenskommen samling symtom och svårigheter som förekommer samtidigt. Några psykiatriska diagnoser definieras utifrån sjuk-



domens orsak, till exempel diagnoserna för haschpsykos och andra förgiftningstillstånd. En pågående kunskapsexpansion kommer sannolikt att kunna avgränsa fler psykiatriska sjukdomstillstånd utifrån orsaken eller lokaliseringen i centrala nervsystemet.

Vissa sjukdomar som till exempel psykosjukdomen schizofreni är allvarlig till sin art (sjukdomstyp), men kan variera i grad (funktionsnivå och grad av symtom). Andra psykiatriska diagnoser som ångestsyndrom eller egentlig depression är inte på samma sätt allvarliga till sin art, men om personen har svåra symtom och allvarliga funktionshinder kan tillstånden vara allvarliga utifrån sin grad. Det gäller t.ex. människor som har självmordstankar eller riskerar att skada sig själv eller andra.

Med begreppet allvarlig psykisk sjukdom avser Nationell psykiatrisamordning en psykisk sjukdom av allvarlig art eller så allvarlig grad att personen är funktionshindrad under kortare eller längre tid då sjukdomsepisoden pågår. I till exempel lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), används begreppet allvarlig psykisk störning, vilket är ett juridiskt begrepp med en innebörd som delvis motsvarar Psykiatrisamordningens begrepp allvarlig psykisk sjukdom.

Begreppsanvändningen på psykiatriområdet är inte entydig. Bland annat förekommer en parallell användning av begreppen psykisk sjukdom – psykisk störning. Fördelen med sjukdom är att det inte skiljer ut psykiska från kroppsliga sjukdomar. Störning har angivits ha fördelen av att mer tydligt inkludera sociala bakgrundsfaktorer. Störning kan då ses som ett bredare begrepp, utan samma starka koppling till de diagnostiska kategoriseringarna. Psykiatrisamordningen har inte funnit någon anledning att vidareutveckla definitions- och terminologifrågorna på just detta område, utan använder begreppen synonymt.

### **Personer med psykiskt funktionshinder**

Uttrycket psykiskt funktionshinder förekommer bland annat i socialtjänstlagen (§ 5:8) och används i olika sammanhang efter 1995 års psykiatrireform. Psykiatrisamordningen fann tidigt att begreppet borde definieras klarare för att uppdraget skulle bli tydligare. Samordningen har även i sitt utåtriktade arbete konfronterats med att verksamheterna i kommuner och landsting upplever svårigheter med att avgränsa målgruppen personer med psykiskt

funktionshinder, bland annat i samband med uppsökande arbete och behovsinventering. Detta behov har även noterats av Socialstyrelsen och länsstyrelserna i deras gemensamma tillsynsarbete (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005). Därför har Psykiatrisamordningen valt att utforma en definition för när en person kan anses tillhöra målgruppen personer med psykiskt funktionshinder

Ett förslag kommunicerades via Psykiatrisamordningens webbsida och diskuterades vid ett seminarium med inbjudna representanter för verksamheterna samt forskarvärlden. Diskussioner har också vid flera tillfällen förts med det nätverk av brukar- och anhörigorganisationer som Nationell psykiatrisamordning samrått med under utredningsperioden. En generell uppmaning till alla intresserade att komma med kommentarer och synpunkter hörsammades av ett femtiotal intressenter, vars synpunkter i vissa delar har lett till omarbetningar och omformuleringar.

Begreppet psykiskt funktionshinder hänvisar till konsekvenser för individen av psykisk sjukdom. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar hos individen, och/eller bestå av omgivningens utformning eller reaktioner. Med hänsyn till de inkomna synpunkterna och kommentarerna bedömer Psykiatrisamordningen att begreppet behöver förtydligas enligt följande:

*En person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han, har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.*

En utförligare genomgång av vår definition av psykiskt funktionshinder finns i kapitel 7 och i Psykiatrisamordningens rapport 2006:5, Vad är psykiskt funktionshinder?

### **Personer med risk att utveckla en allvarlig psykisk sjukdom eller funktionshinder**

Förutom denna tydligare definition av målgruppen har Nationell psykiatrisamordning i vissa avseenden tagit sig friheten att bredda regeringens uppdrag. Detta utifrån uppfattningen att arbetet riktat

till personer med allvarlig psykisk sjukdom eller allvarligt psykiskt funktionshinder måste ses ur ett större perspektiv. En viktig aspekt blir då det förebyggande arbetet, med fokus på psykisk hälsa. Det är vanligt att personer med allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder har haft svårigheter redan som barn. Tidiga insatser kan förhoppningsvis minska konsekvenserna av sjukdom eller funktionshinder, och minska lidande och påfrestning för den enskilde och de närstående. Därför har Psykiatrisamordningen valt att även lämna förslag gällande barn och ungdomar som löper risk att utveckla allvarliga psykiska besvär.

### Uppdragets två delar

Utifrån direktiven gör Nationell psykiatrisamordning bedömningen att regeringen såg uppdragets två delar – kraftsamling och utredning – som lika viktiga. Givetvis är det så att arbetet i dessa två delar påverkar varandra under arbetets gång, men Psykiatrisamordningen har samtidigt valt att behandla dessa delar som två tydliga och skilda spår i verksamheten. En stor del av arbetsinsatsen har därför också lagts på olika aktiviteter som tillsammans med de berörda parterna ska bidra till en omfattande kraftsamling inom hela psykiatriområdet.

### Ett helhetsperspektiv

Psykiatrisamordningen har också särskilt tagit fasta på regeringens önskan och ambition om ett helhetsperspektiv, eftersom många frågor hör nära samman med och påverkar varandra. Samspelet mellan olika aktörer och deras olika uppdrag har då särskilt varit i fokus, liksom de eventuella glapp som finns mellan aktörernas uppdrag, samt att finna lösningar för att överbrygga dessa.

På samma vis har Psykiatrisamordningen haft ambitionen att finna lösningar som snabbt kan ge effekt på särskilt eftersatta områden, men också att komma med förslag som skapar förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete och som kan ge hållbara vinster för framtiden. Särskilt viktigt har det också varit att arbeta för att de kortsiktiga och långsiktiga förslagen inte motarbetar varandra utan följer en tydlig utvecklingslinje.

## 1.4 Principiella avvägningar

I arbetet med att beskriva och analysera situationen på psykiatriområdet och utarbetandet av förslag till förändringar har Nationell psykiatrisamordning ställts inför flera principiella avvägningar.

En sådan är om insatserna till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder ska vara en del av generella lösningar på välfärdsområdet, eller om gruppen måste uppmärksammas särskilt inom olika samhällssektorer. Ett exempel kan tas från den generella handikappolitiken där grundprincipen är att samhället ska förändras mot större mångfald genom ökad delaktighet för alla, och inte genom att vissa grupper lyfts upp och särbehandlas. Redovisningen i bakgrunden av levnadsförhållandena och insatserna för människor med psykiskt funktionshinder ska tolkas bl.a. utifrån det perspektivet. Frågan är vad man kan vinna med strategin att inkludera människor med psykiskt funktionshinder i generella åtgärder, och i vilken mån deras situation behöver uppmärksammas särskilt. Nationell psykiatrisamordning uttrycker i sin analys ett behov av att gruppen särskilt uppmärksammas. Syftet med ett sådant ställningstagande är att det inte ska vara möjligt att "gömma" sig bakom normaliseringsresonemang när beslut fattas, som får konsekvensen att människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder inte prioriteras. Däremot innebär synsättet inget avsteg från målet att människor med psykiskt funktionshinder ska kunna leva som andra och att de ska ha möjlighet att själva kontrollera och utöva inflytande över sin livssituation.

En annan avvägning berör hur enskilda människors rätt till självbestämmande och integritet förhåller sig till rätten till hälsa, välfärd och säkerhet. Var går gränsen för när en människas eget val inte kan respekteras därför att det leder till att en svår sjukdom förvärras när den inte behandlas, att personen kan förlora sin bostad, eller skadas och utnyttjas av andra? Detta är en avvägning som påverkar ställningstaganden som gäller t.ex. tvångsvård och myndigheters möjlighet att lämna ut känsliga personuppgifter mellan varandra. För Nationell psykiatrisamordning är det viktigt att lyfta frågan, och visa på den konflikt som ibland, men naturligtvis inte alltid, kan finnas mellan välfärd och hälsa å ena sidan, och självbestämmande å den andra. Analysen och förslagen i detta betänkande, t.ex. när det gäller sekretess, utgår från den intresseavvägningen, där samordningens hållning är att det finns vissa situationer när lagstiftning och regelverk i samhället måste vara

utformade så att individens självbestämmande i specifika och definierade fall sätts åsido till förmån för omsorgen om honom eller henne. Liknande avvägningar måste göras mellan den enskildes självbestämmanderätt och vikten av samhällskydd, dvs. andras hälsa, välfärd och säkerhet. Den aspekten är särskilt relevant för de avvägningar som vi gör kring den rättspsykiatriska vården, vilka behandlas i ett särskilt betänkande. Personens egna önskemål ska alltid ges företräde, när det är möjligt. Inskränkningar i individens självbestämmanderätt som kan vara nödvändiga för att tillgodose hans eller hennes hälsa och välfärd, ska bara användas när det är absolut nödvändigt.

En central fråga i den analys av situationen inom psykiatriområdet som görs nedan, och för de förslag som läggs senare i betänkandet, är hur enskilda människors behov av helhetslösningar ska kunna tillgodoses. Är det en organisatorisk fråga där dagens ansvarfördelning mellan huvudmännen bör stå i centrum? Eller handlar det snarare om arbetssätt och metoder, och om de berörda vård-, omsorgs- och stödgivarnas förmåga att ta ett gemensamt ansvar när det behövs? De ställningstaganden som görs i den frågan kan också leda vidare till ett principiellt problem. Hur ska staten styra kommuner och landsting, t.ex. mot ett större gemensamt ansvarstagande? Är det främst genom utvecklingsinsatser och stimulans eller är det tydligare lagstiftning och hårdare uppföljningskrav från staten som är lösningen? Här tar Nationell psykiatrisamordning ställning för en tydligare, mer samordnad och fokuserad statlig styrning, men Psykiatrisamordningen har också strävat efter förslag som ger huvudmännen handlingsutrymme att ta sitt ansvar för insatser till målgruppen. I sammanhanget kan också pekas på att valet av lagreglering måste göras med hänsyn till flera faktorer. Exempelvis kan behovet av att stärka den enskildes ställning och prioritera människor med psykiskt funktionshinder vara ett argument för ökad rättighetslagstiftning. Samtidigt förutsätter detta att rättigheterna specificeras, vilket kan vara svårt när behoven är individuella och varierar över tid, samt när insatserna behöver ges av flera vård- och stödgivare samtidigt, och bygga på den senaste kunskapen om vilka metoder som är effektiva.

En närliggande fråga är vilka roller de olika aktörerna ska ges i beslutsprocesserna. Psykiatrisamordningen eftersträvar en mer konsekvent uppdelning mellan staten och kommunerna så att staten styr övergripande frågor och bevakar medborgarnas rätt till likvärdiga insatser, medan kommuner och landsting ansvarar för

hur detta ska genomföras. Professionens roll är att avgöra med vilka metoder vård och omsorg ska ges, samt att fortlöpande informera de politiska ledningarna om förhållandena för målgruppen, vilket bör utgöra beslutsunderlag för de förtroendevalda. På alla nivåerna gäller att föra en nära dialog med brukarna och de närstående så att man tar hänsyn till deras erfarenheter och ger dem inflytande.

När förhållandena inom psykiatrin och socialtjänsten beskrivs kommer betydelsen av kunskap att vara central. Nationell psykiatrisamordning anser att evidensbaserad kunskap om insatsernas effektivitet ska eftersträvas så långt det är möjligt. Samtidigt måste kunskapsstöd också kunna ges utifrån en vetenskaplig grund som inte helt bygger på randomiserade kontrollerade studier, eftersom tillgången på sådana resultat ännu är begränsad på flera områden. Vidare finns det en hel rad områden som är svåra eller omöjliga att undersöka med dessa metoder, bland annat värdefrågor och vissa organisationsfrågor. I dessa fall måste kunskapsstödet ges utifrån erfarenhet och grundläggande principer, som t.ex. den etiska grundsatsen om alla människors lika värde, principerna om att göra gott och icke skada, samt normaliserings-, behovs- och självbestämmandeprinciperna. De tre sistnämnda innebär i nämnd ordning att livsvillkoren för personer med ett psykiskt funktionshinder ska likna övriga befolkningens, att den som har störst behov ska ha företräde till insatser och att den enskilde i möjligaste själv ska kontrollera och styra sitt liv.

Ovanstående avvägningar präglar analysen och förslagen i betänkandet.

## 1.5 Genomförande

Psykiatrisamordningens kansli har bemannats med medarbetare som har erfarenhet från skilda delar av vård- och omsorgsområdet inom kommun, landsting och stat. I gruppen har funnits medarbetare med både klinisk erfarenhet av de berörda verksamheterna och erfarenhet av kvalificerad utredningsverksamhet. Dessutom har ett stort antal personer genom projekt och diskussioner bidragit till kansliets arbete och givit underlag till framställningen i detta betänkande.

Som har noterats ovan uttrycks det tydligt i Nationell psykiatrisamordnings direktiv att ambitionen med att tillkalla en psykiatri-

samordnare är att skapa förutsättningar för en kraftsamling hos samtliga berörda aktörer för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen av människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. I direktiven beskrev regeringen att arbetet ska präglas av utveckling i samverkan och samråd med de berörda aktörerna, och att de slutsatser och förslag som arbetet utmynnar i ska ha definierats och utformats tillsammans med huvudmän, profession, brukare och närstående.

I inledningsskedet av uppdraget, och mot bakgrund av direktiven, identifierade Psykiatrisamordningen de berörda aktörerna och utarbetade strategier för samråd med dessa. Dessa inbjöds till återkommande möten enskilt eller i olika grupperingar. Psykiatrisamordningen har också haft ett stort antal kontakter per telefon och brev.

För att göra samordningens verksamhet mer lättillgänglig, samt föra ut kunskap och information om vad som pågår runt om i landet har Psykiatrisamordningen sedan hösten 2005 publicerat ett nyhetsbrev som utkommit med cirka sex veckors mellanrum. Det har skickats ut till alla kommuner, alla landsting, via en hela tiden växande sändlista, samt publicerats på Psykiatrisamordningens hemsida.

## Utredning

Som framgår ovan har Psykiatrisamordningen givits flera utredningsuppdrag, samt haft möjlighet att under arbetets gång definiera ytterligare frågor som behöver utredas i särskild ordning. I direktiven framgår också att regeringen önskar förslag löpande.

Inledningsvis överlämnade Psykiatrisamordningen den 11 juni 2004 *En översiktlig genomgång av dagsläget i svensk psykiatri* (Nationell psykiatrisamordning, Dnr 149/04). Mot bakgrund av redovisningen tillkom en särskild statlig satsning om sammantaget 700 miljoner kronor för år 2005 och 2006 (S2005/441/HS).

Psykiatrisamordningen har därefter lämnat fyra förslag. Den kronologiska ordningen speglar ingen värdering av vilka frågor vi anser vara viktigast. Det första förslaget var *Inskeränkningar i patients rätt att använda elektronisk kommunikation samt rätt att granska och kvarhålla brev eller andra försändelser från patient* (Nationell psykiatrisamordning, Dnr 308/04). Regeringens propo-

sition antogs av riksdagen och lagändringarna trädde i kraft 1 juli 2006 (Prop. 2005/06:195).

*Förslag att förtydliga Socialstyrelsens ansvar* lämnades till regeringen 1 mars 2006 (Nationell psykiatrisamordning, Dnr 42/06). Regeringsbeslut togs i augusti 2006 och regeringen uppdrar där till Socialstyrelsen att utreda hur myndighetens stöd till utveckling för den psykiatriska hälso- och sjukvården samt kommunernas verksamhet för personer med psykiska funktionshinder skall organiseras. (2006/1993/HS)

*Ställningstaganden och förslag avseende tidiga insatser till barn och unga som riskerar allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder* lämnades också till regeringen 1 mars 2006 (Nationell psykiatrisamordning, Dnr 43/06). Beslut fattades av regeringen i augusti 2006 om att utreda hur ett nationellt kunskapscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av svårare psykisk hälsa skall organiseras. (S 2006/2020/HS)

Den 30 mars 2006 lämnade Psykiatrisamordningen ett förslag som gäller *Öppenvård med särskilda villkor*, vilket har varit ute på remiss och är under beredning på Socialdepartementet (Nationell psykiatrisamordning, Dnr 88/06). Resterande utredningsuppdrag redovisas i detta betänkande.

Psykiatrisamordningen har också publicerat fördjupningsrapporter i en särskild skriftserie. Följande rapporter har hittills utkommit.

- I begynnelsen var organisationen... Rehabilitering till arbete för personer med psykiska funktionshinder – hinder och möjligheter. Rapport 2006:1.
- Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare – ett diskussionsunderlag om ansvar och organisation. Rapport 2006:2.
- Långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatrins område. Rapport 2006:3.
- Vad kostar vård och stöd för personer med psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:4.
- Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5.



- Så vill vi ha det - Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet. Rapport 2006:6.

Ytterligare tre rapporter kommer att publiceras i samma serie under 2006. Rapporterna handlar om synliggörandet av kvinnor och män med psykiskt funktionshinder, rehabiliterande komponenter i klubbhus och sociala kooperativ m.m. samt kartläggning av verksamheten för sysselsättning för personer med psykiskt funktionshinder.

Kring förslagen som redan har lämnats till regeringen och dessa fördjupningsrapporter har det pågått ett omfattande arbete inom ramen för referensgrupper, möten och hearings. Rapporterna i skriftserien har utgjort diskussionsunderlag inför slutgiltiga ställningstaganden i detta betänkande och det särskilda betänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) som Psykiatrisamordningen överlämnat till regeringen.

I det nu aktuella betänkandet kommer läsaren att se att det finns olika nivåer på framförda förslag och bedömningar. Vissa delar är färdigberedda och det finns då fullständiga förslag presenterade. Inom andra områden har Psykiatrisamordningen utrett och tagit ställning för en viss inriktning, medan t.ex. den närmare utformningen av förslaget bör vidareutvecklas och utarbetas i en särskild ordning. Psykiatrisamordningen har under arbetet konstaterat att det finns behov av förändringar och tyngdpunktsförskjutningar inom de områden som de lokala huvudmännen ansvarar för. I dessa fall uttrycker vi en bedömning i frågan.

### **Kraftsamling**

Psykiatrisamordnaren har tillsammans med kansliets personal i genomsnitt deltagit i tio till femton möten per vecka (detta inkluderar seminarier och konferenser). Utredningen har försökt att besöka så många olika delar av landet som har varit möjligt, samt att där träffa representanter från kommuner och landsting, både politiker och yrkesmänniskor, brukare och deras anhöriga. Trots den höga frekvensen av möten har utredningen varit tvungen att tacka nej till minst lika många möten och besök per vecka.

Många av mötena har gällt kontakter med myndigheter, yrkesgruppernas företrädare, huvudmännens organisationer, brukare,

deras företrädare och anhöriga. Syftet med mötena har varit att ta del av kunskap, erfarenheter och förslag som de olika parterna önskat framföra, men också att föra en dialog och försöka skapa en samsyn kring vilken utveckling som är önskvärd inom det psykiatriska området.

I direktiven står att Psykiatrisamordningen ska samråda med Ansvarskommittén (Fi 2003:02), vilket har gjorts löpande i olika frågor. Likaså har vi i Psykiatrisamordningen fortlöpande samrått med Mobilisering mot narkotika (S 2002:03) kring gemensamma frågor. Vi har vidare träffat och diskuterat olika frågor tillsammans med RMV/SKL-utredningen (Ju 2005:10), Myndigheten för handikappolitisk samordning (S 2005:6), Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten (S 2004:12), Socialförsäkringsutredningen (S 2004:08), Patientdatautredningen (S 2003:03) samt utredningen som har att göra en översyn av ingripanden mot psykiskt störda lagöverträdare i vissa fall (Ju 2005: 07).

En viktig del av det kraftsamlande uppdraget handlar också om att hålla frågan aktuell på den politiska och massmediala dagordningen. I det senare fallet har det också handlat om att utgöra en motpol till den fokusering på våldsbrott och tillkortakommanden i vårdsystemen som medierna ibland ger uttryck för. Psykiatrisamordningen har genom uttalanden, pressmeddelanden, artiklar och repliker arbetat för att föra ut kunskap och information om psykiska sjukdomar, psykiskt funktionshinder, samhällets insatser etc. Just nu pågår en målmedveten opinionsbildning, folkbildning och ambitionshöjning runt om i landet.

### **Idéseminarier och konferenser**

Som en del i det kraftsamlande uppdraget har Psykiatrisamordningen arrangerat idéseminarier kring en mängd olika frågor, däribland rättspsykiatri, kommunernas insatser, innehållet i vården, lagstiftning, insatser till barn, definitionsarbetet etc. Likaså har Psykiatrisamordningen arrangerat ett flertal välbesökta större konferenser kring samverkan, arbetsrehabilitering, brukarinflytande, tidiga insatser till barn, samt en psykiatridag riktad till politiker. Härutöver har konferenser samarrangerats kring psykisk sjukdom och missbruk med Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser, en konferens om boende och stöd i boendet tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting samt regionala tillsynskonferenser

tillsammans med Socialstyrelsen. Psykiatrisamordningen har också tillsammans med Mobilisering mot narkotika (S 2002:03) haft seminarier under politikerveckan i Almedalen på Gotland. Psykiatrisamordningen har även tagit kontakt med berörda professionella föreningar. Ett antal möten och samlingar har arrangerats under året och psykiatrisamordningen har även deltagit i ett flertal konferenser som anordnats av professionen.

Listan på aktiviteter kan göras lång men syftet är inte att redogöra för dem alla, utan för att visa på hur Psykiatrisamordningen har arbetat för att nå ut, för att sprida kunskap och goda exempel, för att få ett brett inflöde av erfarenheter från professionella och brukare, förtroendevalda och vårdgrannar, för att gemensamt arbeta fram förslag ur den kunskap och de erfarenheter som finns runt om i landet.

### Projekt

Under våren 2005 inbjöds kommuner, landsting och statliga myndigheter att söka bidrag till projekt med syfte att utveckla samverkan, boende, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet, arbetssätt och metodutveckling. I inbjudan framgick att de projekt som bedömdes vara nyskapande och särskilt viktiga för att förbättra vården, rehabiliteringen och det sociala stödet skulle komma att prioriteras.

Till Psykiatrisamordningen inkom 340 ansökningar för drygt 425 miljoner kronor. Ansökningarna lästes och granskades av minst två handläggare med stöd av en gemensam checklista, och bedömdes sedan i konkurrens. Drygt 40 projekt beviljades medel på totalt 30 miljoner kronor. I bedömningarna strävade vi efter en tematisk och i viss mån geografisk spridning på de projekt som beviljades medel. Potentialen för att vinna ny kunskap som kan komma till användning på andra håll i landet var en annan viktig bedömningsgrund. Alla projekt som erhållit medel finns beskrivna i bilaga 3 och 4 i detta betänkande.

## Riktade satsningar på strategiska områden

Många ansökningar innehöll en mängd bra idéer, om än inte alla i formen av färdigutformade projekt. Psykiatrisamordningen diskuterade projektens utvecklingspotential, alternativt breddning eller sammanslagning med andra projekt. I ett antal fall återfördes en fråga till de sökande om de var intresserade av att ingå i ett större projekt som utredningen skulle vilja driva.

Härutöver har Psykiatrisamordningen, ofta i samråd med andra parter, identifierat utvecklingsområden lämpade för strategiska satsningar. Vissa områden har varit särskilt eftersatta, medan andra av olika anledningar var särskilt lämpade för nationella satsningar. Ett exempel på det senare är de tre nationella nätverk som bildats kring ADHD och autismspektrumstörning, tidigt omhändertagande vid psykos och kring personer med komplexa vård- och stödbehov på grund av psykisk sjukdom och utvecklingsstörning. ”Guiden” är också ett sådant projekt, vilket handlar om stimulans till kommuner att ta fram guider med lättillgänglig information kring samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Likaså finns ett stort projekt på rättspsykiatriområdet med fyra delprojekt som fokuserar på innehållet i vården, vårdkedjan, kompetensförsörjning samt kvalitetsregister och internationella jämförelser.

Andra satsningar har riktat sig till barn till föräldrar med psykisk sjukdom, fokuserat på boendefrågor, brukarinflytandefrågor, kvalitetsregister, rehabilitering till arbete, kommunernas kostnader för personer med psykiska funktionshinder, samt ett flertal större utbildningssatsningar. Sammantaget har ett trettiotal större projekt och satsningar påbörjats under 2005 och 2006. För de flesta projekt har det funnits en ansvarig styrgrupp där Nationell psykiatrisamordning ingått med en representant bland ett flertal brett rekryterade och kunniga personer. Likaså har de flesta projekt haft en referens- eller resursgrupp.

För den särskilda statliga ekonomiska satsningen har Nationell psykiatrisamordning tillsammans med Socialstyrelsen bildat en ansvarig styrgrupp, en beredande och föredragande arbetsgrupp, samt en referensgrupp med representanter för Sveriges Kommuner och Landsting, Arbetsmarknadsstyrelsen, Försäkringskassan samt Brukarnätverket.

## 2 Bakgrund

Att drabbas av allvarlig psykisk ohälsa är i de flesta fall något som skakar om och som påtagligt förändrar en människas liv. Det får oftast även konsekvenser för omgivningen och påverkar i hög grad de närståendes liv. Psykiska sjukdomar och funktionshinder påverkar våra känslor och tankar, vilket gör att vi ofta hamnar i en mer utsatt situation än annars. Kanske är det därför som många av oss känner rädsla inför tanken att psykisk ohälsa kan drabba vem som helst. Vi vill gärna se på psykisk ohälsa som något som drabbar andra, även om vi samtidigt vet att det är en av de vanligaste formerna av ohälsa. Kunskapen om psykiska sjukdomar har ökat snabbt under senare år men fortfarande återstår mycket innan vi som samhälle och som medmänniskor har en saklig syn på psykisk sjukdom, fri från fördomar och okunskap.

Människan med sina upplevelser, känslor och tankar bör vara den självklara utgångspunkten för alla bedömningar och ställningstaganden kring hur samhällets vård och stöd ska utformas. Både historien och nutiden ger tydliga exempel på hur det individuella mänskliga perspektivet kommit till korta mot olika former av teoretiska övervägningar och organisationernas bästa, men trots detta går utvecklingen mot en allt mänskligare vård och omsorg.

I detta kapitel beskrivs hur samhällets insatser till personer som lider av psykisk ohälsa har förändrats de senaste decennierna och vilka konsekvenser de förändringarna har fått. I kapitlet finns också en beskrivning av levnadsförhållanden för människor med psykiskt funktionshinder, samt en redogörelse för tillgänglighet, dimensionering, kvalitet och innehåll i den vård och omsorg som i dag erbjuds människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Även kommunernas och landstingens resurser redovisas, samt hur de olika villkor som kommunerna och landstingen lever under påverkar förutsättningarna för vård, stöd och service.

Syftet med detta kapitel är att redogöra för det underlag som Nationell psykiatrisamordning har utgått ifrån. Analysen av vilka förändringar som behövs inom området redovisas i betänkandets övriga delar.

## **2.1 Historiskt perspektiv**

### **2.1.1 Förklaringsmodeller till psykisk ohälsa har varierat**

Olika yttringar av det vi i dag ser som utslag av psykisk ohälsa har följt mänskligheten genom tiderna. Tolkningarna av orsakerna till ett avvikande och svårbegripligt beteende hos vissa medmänniskor har växlat: från antaganden om besatthet orsakad av illasinnade avlidna släktingar, till moraliserande tolkningar om att det konstiga beteendet är ett straff för begångna synder. Mer moderna förklaringsmodeller handlar om att tidiga upplevelser i livet orsakar den psykiska ohälsan, eller att det biologiska arvet medför sjukdomen. Ett annat perspektiv har fokus på att förklara psykisk ohälsa med hjälp av samhällsförhållandena. Orättvisor i samhället, förtryck och ekonomisk diskriminering ses som bakgrundsfaktorer till psykisk ohälsa som därför bäst åtgärdas genom att ett mer jämlikt och rättvist samhällssystem skapas. En seglivad uppfattning är att psykisk sjukdom inte finns – utan att utstämplandet av vissa människor som psykiskt sjuka är en repressiv maktstrategi, psykisk sjukdom är i grunden en myt som förvaltas och bärs fram av dem som anser sig kunna diagnostisera och behandla dessa påstådda sjukdomstillstånd. Andra förklaringsmodeller har tagit fasta på kroppsliga förklaringar och man har letat efter sinnessjukdomarnas anatomiska lokalisering.

I dag är det vanligt att uppfatta den psykiska ohälsans orsaker som multifaktoriella. Att sociala faktorer spelar roll är ett känt faktum – ohälsan fördelar sig inte jämt över befolkningen, utan de minst ekonomiskt och socialt privilegierade medborgarna drabbas hårdare och oftare av psykisk ohälsa. När det gäller vissa psykosjukdomar verkar de sociala orsakerna vara av mindre relativ betydelse, medan genetiska faktorer har ett större genomslag. Livsstilsfaktorer räknas fortfarande som betydelsefulla, till exempel är drogmissbruk en påtaglig riskfaktor för att dra på sig psykisk ohälsa. I 2000-talets Sverige finns det ett relativt stort antal vuxna som mår psykiskt dåligt och som upplever att denna ohälsa drabbat

dem därför att arbetslivets tempo och krav blivit övermäktiga. Även bland ungdomar och särskilt bland yngre kvinnor är det fler som uppger att de upplever psykisk ohälsa. En växande kunskapsmassa rör samspelet mellan människans kognitiva funktioner, sociala funktion och symtom på psykisk ohälsa. Detta tar sig uttryck i ett ökande antal neuropsykiatriska utredningar och framväxten av olika psykopedagogiska metoder. Det pågår en intensiv biomedicinskt orienterad forskning om neurotransmittorer och receptorer i centrala nervsystemet med betydelse för psykisk sjukdom, och forskningen kombineras i ökande grad med genetiska metoder. Under lång tid har psykisk ohälsa omgärdats av starkt negativa föreställningar. Skam och skuld och rädsla präglar fortfarande många medborgares syn på psykisk ohälsa. Helst är man frisk, men måste man vara sjuk så accepteras mycket hellre en kroppslig diagnos än en psykiatrisk. Får man välja sina grannar eller arbetskamrater, så väljer man i många fall bort en person med en känd psykisk sjukdom eller ett avvikande beteende.

I ett historiskt perspektiv syns hur samhällets försök att komma till rätta med den psykiska ohälsan varierat med förklaringarna till varför denna ohälsa uppkommer. Åtgärderna har också influerats av tidsandan och de tidstypiska strategierna för att lösa samhällsproblem och bygga ett samhälle. Under 1900-talets första hälft byggdes mentalsjukhus i Sverige, vilket var ett uttryck för en generell institutionaliseringstrend. Med hjälp av olika institutioner skulle samhället bli bättre och starkare. Medborgarnas behov skulle mötas på ett humant och organiserat sätt. Institutionsväsendet innebar även en fortlöpande differentiering. Man började urskilja olika typer av bakgrund till de försörjningssvårigheter och avvikelser från förväntat beteende som de intagna uppvisade. Så kom de gamla att så småningom skiljas ut från de yngre, personer med utvecklingsstörningar skildes ut från dem med psykisk sjukdom, de kriminella separerades från de sjuka, de vars kriminalitet ansågs vara grundad i psykisk sjukdom kom att vårdas och fängslas för sig. De psykiatriska företrädare som såg psykisk sjukdom som en sjuklig process i kroppen försökte behandla de sjuka med denna utgångspunkt – det mest tydliga uttrycket fanns i en intensiv men kortvarig era av lobotomioperationer på patienter med psykos.

Individens ställning i samhället har förändrats drastiskt under 1900-talet. Det finns en kontinuerlig trend i riktning mot en ökad demokratisering. Den enskildes ställning har stärkts genom införandet av en rad rättigheter på olika områden såsom inom skolan,

i arbetslivet och i vården. Att stärka det individuella självbestämmandet, autonomin, är den bakomliggande principen. Denna process har även inkluderat personer med psykisk ohälsa, även om just denna grupp fått sina rättigheter säkrade senare och i lägre grad än andra grupper i behov av samhällets insatser. Fortfarande råkar personer med psykiskt funktionshinder ut för stereotypa negativa attityder, och de stigmatiseras till följd av sin historia.

### 2.1.2 Avinstitutionaliseringen

Förändringarna i vård, stöd och service för personer med psykiskt funktionshinder under 1900-talets sista decennier ska ses som en del i den process som brukar benämnas avinstitutionalisering. Med begreppet menas avvecklingen av ett vårdssystem som dominerades av institutionsbaserade lösningar, och försöken att ersätta dessa med öppenvårdsinsatser och ett utbyggt stöd i samhället. Avinstitutionaliseringen av psykiatrin har i västvärlden pågått sedan 1960-talet men utvecklingens innehåll och hastighet varierar mellan olika länder. I USA och England formulerades politiska mål om en avveckling av de stora institutionerna tidigt, och redan under början av 1960-talet startades reformer för att utveckla mer samhällsbaserad vård och service. Emellertid har det visat sig svårt att få ett snabbt genomslag för dessa reformer. De politiska och ideologiska motiven bakom avinstitutionaliseringen har varierat, men i huvudsak handlat om att stärka den enskildes rättigheter, självbestämmande och möjligheter att leva ute i samhället, oavsett hinder till följd av psykisk sjukdom. Bakomliggande faktorer till avinstitutionaliseringen har bl.a. varit utvecklingen av öppenvårdsbaserad metodik, nya läkemedel mot psykos, kritik mot förhållandena på mentalsjukhusen samt de stora kostnader som är förknippade med institutionsvård.

Förändringsarbetet har inneburit många svårigheter. Ett problem är glappet mellan den reducerade slutenvården, (heldygnsvård med sängplats) och ett ännu inte fullt utbyggt system av samhällsbaserad vård, stöd och service. Denna obalans har resulterat i bristande tillgänglighet på akutpsykiatriska insatser och uppkomsten av s.k. svängdörrspatienter. Med detta menas de personer som ofta blir återinlagda efter kortare vårdtider. En reinstitutionalisering har också beskrivits i flera länder, där f.d. mentalsjukhuspatienter, i stället för att få stöd till ett självständigt liv ute i samhället,



förflyttats till andra institutioner som t.ex. större sjukhem eller enskilda vårdhem. Man befärdar också en ökande andel f.d. psykiatripatienter på kriminalvårdsinrättningar, främst i USA. Ytterligare problemområden som lyfts fram är hemlöshet, överdödlighet samt en förhöjd förekomst av brottslighet och drogmissbruk hos personer med allvarliga psykiska störningar (Markström, 2003).

Sverige skiljer sig inte nämnvärt från andra länder i västvärlden när det gäller psykiatrins inriktning och utveckling. Systemet med en utbyggd slutenvårdspsykiatri dominerade fram till och med 1970-talet då en rad statliga utredningar började staka ut en ny riktning<sup>1</sup>. Kritiken mot mentalsjukhusen formulerades tydligt. Alternativet till de stora institutionerna angavs vara en sektoriserad vårdorganisation med helhetssyn, lättillgänglighet, öppna former, samverkan och förebyggande arbete som ledande principer. Slutenvården skulle förflyttas från mentalsjukhusen till psykiatriska kliniker inrymda på kroppssjukhusen. Ett genomgående tema i utredningarna var frågan om hur man skulle hantera den grupp som vid denna tidpunkt vanligen betecknades som psykiskt långtidssjuka – hur ansvaret för dem skulle fördelas mellan landstingens psykiatri och kommunernas socialtjänst, i och med att institutionerna avvecklades. Konsensus fanns om att socialtjänstens faktiska ansvarsområde borde utvidgas, men ingen av utredningarnas förslag på preciseringar fick något egentligt genomslag.

Avvecklingen av vårdplatser inleddes under 1970-talet men det var först i början på det följande decenniet som minskningen tog verklig fart. I mitten av 1980-talet fanns ungefär 20 000 vårdplatser, att jämföra med de cirka 35 000 platser som funnits tio år tidigare (Socialstyrelsen, 1988). År 1987 lades det första mentalsjukhuset ned i Sverige.

Ambitionen att utveckla en öppenvårdsbaserad psykiatrisk verksamhet började efterhand resultera i konkreta initiativ. Den mest mönsterbildande verksamheten under 1970-talet var det s.k. Nacka-projektet där man inom ramen för tre geografiskt avgränsade upptagningsområden omstrukturerade psykiatrin. Man skapade öppenvårdsmottagningar och tvärprofessionellt samman-

---

<sup>1</sup> Se t.ex. Socialstyrelsen (1970). Principplan för psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län. Socialstyrelsen redovisar 1970:16; Socialstyrelsen (1973). Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. Rapport från expertgrupper; Socialstyrelsen (1978). Psykiatrisk hälso- och sjukvård. Förslag till principprogram. Socialstyrelsen redovisar 1978:5; Socialstyrelsen (1979). Psykiatrisk långvård. Socialstyrelsen redovisar 1979:3.

satta team där olika terapiformer, rådgivning och även hembesök kunde erbjudas. I mitten på 1980-talet hade i princip alla landsting i Sverige skapat särskilda sektorskliniker, med sammanhållet ansvar för psykiatriska insatser inom ett geografiskt område. Vid den tidpunkten fanns totalt cirka 135 psykiatriska kliniker med vårdplatser och cirka 500 öppenvårdsmottagningar. En uppmärksam verksamhet var Enskede-skarpnäcks psykiatriska sektor där man gjorde försök att integrera öppen- och slutenvården och skapa ett varierat utbud av insatser i lokalsamhället.

Varje organisatorisk förändring tjänar vissa syften och riskerar att missa andra viktiga mål. Sektoriseringen av den psykiatriska vården i Sverige tycks ha inneburit en breddning av psykiatrins uppdrag och förbättring av tillgängligheten till främst öppen vård. Det klassiska kärnklientelet för psykiatri – psykospatienterna – kan ha hamnat vid sidan om när öppenvårdsmottagningarna slog upp sina dörrar. Personerna med de allvarligaste symtomen och de längsta sjukhistorierna utgjorde fortsatt majoriteten inne på avdelningarna, där platsreduktionen ledde till en utsortering av mindre allvarligt psykiskt sjuka personer. Öppenvården anammade ofta psykoterapeutiska principer och hade vissa krav på klienterna, som att de borde infinna sig på uppgjorda tider och tillgodogöra sig de samtalsbaserade behandlingsmetoderna. Där kan ett ”lättare” klientel av människor med ångest och oro och i psykisk kris ha fått företräde. Detta ledde fram till att landstingen på många håll försökte hitta organisationsformer i form av rehabiliteringsteam och särskilda psykosenheter som bättre kunde anpassa sina arbetsformer efter brukarnas behov. Hembesök, i stället för mottagningsbesök, kan vara en lämpligare arbetsform för denna grupp.

### 2.1.3 Psykiatrireformen

Trots försök till preciseringar från statens sida, bl.a. i propositionen inför socialtjänstlagens tillkomst, hade kommunerna fortfarande vaga åtaganden gentemot målgruppen, som börjat karakteriseras som personer med psykiskt funktionshinder. En del kommuner erbjöd stöd från hemtjänsten till gruppen, eller startade träfflokaler, men den sammantagna bilden visade på ett klen utbud av insatser och en brist på medvetenhet och kompetens (Socialstyrelsen, 1988). År 1989 tillsattes en utredare (Mentalservicekommittén) i syfte att förbättra livssituationen för personer med

psykisk störning, och åtgärda de oklarheter som fanns när det gällde ansvarsfördelningen och organisationen av stöd och vård till målgruppen. Ett år senare omvandlades utredningen till en parlamentariskt sammansatt kommitté, benämnd Psykiatriutredningen. Slutbetänkandet (SOU 1992:73) innehöll en rad vårdideologiska ställningstaganden (stärka den enskildes självbestämmande och möjliggöra ett självständigt liv) samt ett stort antal förslag, bl.a. på förändringar i lagstiftningen. Regeringen valde i sin proposition (Prop. 1993/94:218) att förtydliga kommunernas ansvar för insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Detta gjordes bl.a. genom att justera socialtjänstlagen och genom att införa ett kommunalt betalningsansvar för patienter som vårdats länge inom psykiatrisk heldygnsvård utan att bedömas vara i behov av denna vårdform. Däremot övertog inte regeringen något av utredningens förslag om att tydligare anpassa lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) till den aktuella målgruppen. De principer som Psykiatriutredningen hade identifierat kom inte till uttryck i regeringens proposition, men socialutskottet uttalade i sitt betänkande att det skulle beaktas vid reformens genomförande (Bet. 1993/94: SoU 28). Principerna var:

Den psykiskt störde skall ha samma rättigheter och skyldigheter som andra grupper i samhället.

Den psykiskt störde skall ha rätt till service, stöd och vård som är anpassad efter dennes individuella förutsättningar och behov.

Den psykiskt stördes egna val och prioriteringar skall vara utgångspunkten för alla insatser som riktas till den enskilde.

Service, stöd och vård till psykiskt störda skall ges i så öppna former som möjligt ute i det lokala samhälle där individerna lever.

Insatserna skall utformas så att de understödjer den enskildes oberoende och integritet.

Insatserna skall utformas så att de stöder den enskildes välfärd.

Kommunerna stod nu inför nya uppgifter. För att underlätta en utveckling av nya insatser och verksamheter föreslog regeringen ett statligt stimulansbidrag på en dryg miljard kronor under sammanlagt tre år. Regeringens förslag togs av en enig riksdag och därmed kunde den svenska psykiatrireformen träda i kraft den första januari 1995.

Psykiatrireformen sätter fokus på ”långvarigt och allvarligt psykiskt störda” personer, vilket är logiskt utifrån farhågorna om att denna grupp kommit vid sidan om i den sektoriserade psykiatrin. En del av det ansvar som den specialiserade psykiatrin via sina rehabiliteringsteam och psykosenheter tagit för denna grupp kom att definieras som ett kommunalt ansvar. På vissa håll var psykiatrin samtidigt pressad under generella besparingskrav från huvudmannen, och man tog därför stöd i psykiatrireformen för att minska servicen till de långvarigt och allvarligt psykiskt störda, som man nu ansåg borde ”skötas av kommunen”. Andra vårdkrävande och problematiska patientgrupper, som personer med missbruk i kombination med annan psykisk störning och personer med personlighetsstörningar, fick en mer oklar plats på det reformerade psykiatriområdet. Till detta bidrog säkert även att evidensbaserade behandlingsmetoder vid dessa tillstånd saknades eller var okända för verksamhetsutövarna, vilket kan ha bidragit till att man inte tog sig an dessa problemområden på många håll. Psykiatrireformen byggde i allt väsentligt på idén att kommunerna skulle erbjuda målgruppen ökade och förbättrade sociala insatser. Det som saknades var strategier för att få med övriga aktörer i förändringen. Arbetsförmedlingen, försäkringskassan och även den specialiserade psykiatriska vården och primärvården involverades bara till viss del. På så sätt kan bristen på ett helhetsgrepp i psykiatrireformens strategier identifieras.

### Vad blev då resultatet av reformen?

Reformarbetet ska ses som en del av den avinstitutionaliseringprocess som pågått i flera decennier, därför blir det inte meningsfullt att tala om några direkta ”slutresultat” av psykiatrireformen. Det är en långsam process som innehåller flera delar, och de senaste åren har satsningen inom ramen för Nationell psykiatrisamordning kommit att utgöra en sorts förlängning av det reformarbete som inleddes 1995. En del i processen handlar om att utveckla nya metoder och verksamheter för samhällsbaserat stöd till personer med psykiskt funktionshinder. En annan del handlar om att utveckla fungerande strategier mellan de olika välfärdsaktörerna och att tillföra nödvändig kompetens till personalen. Reformarbetet består av frågor om både vård- och stödsystemets insatser, och är beroende av attityder och värderingar i samhället. De insatser i

form av vård, stöd och rehabilitering som erbjuds påverkar graden av måluppfyllelse i psykiatireformen, men avgörande är också samhällets förmåga att göra personer med psykiskt funktionshinder delaktiga – i bostadsområden, på arbetsplatser, i föreningslivet, i utbildningssystemet etc. På så sätt blir förändringsarbetet svårt att värdera genom att endast studera den kommunala och landstingskommunala verksamheten.

Det kan dock konstateras att de tidsbegränsade stimulanspengarna utgjorde, åtminstone på kort sikt, en effektiv strategi för att öka kommunernas initiativförmåga på området. En stor mängd verksamheter startade runt om i landet, inte sällan i projektform. Försöksverksamheter med personliga ombudsteam (personer som arbetar på den enskildes uppdrag för att ge honom eller henne ett personligt utformat stöd, samt verka för han eller hon får sina rättigheter tillgodosedda av andra myndigheter och vårdorganisationer) infördes och följdes upp med goda resultat. Satsningen byggdes från och med år 2000 ut med hjälp av ett årligt statsbidrag. I dag finns över 100 team med totalt mer än 300 verksamma ombud i landet, men insatsen når fortfarande en begränsad del av gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Uppföljningarna visar dock goda resultat och en påtagligt hög grad av nöjdhet hos klienterna (Björkman, 2002; Socialstyrelsen, 2004a). En annan riktad satsning i samband med reformen var insatser till personer med psykisk störning och samtidigt missbruk. Uppföljningen av projekten visade goda resultat. Senare rapporter har dock visat svårigheter när det gäller spridningen av den kunskap och metodik som utvecklades i satsningen (Socialstyrelsen, 1999 och 2004b). Detta utvecklingsarbete har fått fart först under de senaste åren, och återigen med hjälp av statliga medel, den här gången från just Nationell psykiatrisamordning och Mobilisering mot narkotika.

Andra delar av stimulanspengarna i samband med psykiatireformen gick till kamrat- och anhörigstöd, oftast utfört av den organiserade brukar- och anhörigrörelsen. Även här är erfarenheterna från uppföljningen goda (Socialstyrelsen, 2001a). En del av de projekt som startades har lagts ner och det ekonomiska läget i många kommuner har under tidsperioden efter reformen varit ansträngt, med följd att andra utförare av insatserna haft svårt att få tillräckligt stöd för sin verksamhet. Den sammantagna bilden är emellertid att reformen bidragit till att brukarstyrda verksamheter är betydligt vanligare i dag jämfört med tiden innan reformen. Även på rehabiliteringsområdet gjordes lovvärda satsningar med

hjälp av stimulansmedlen. Olika strategier utvecklades under denna tid – ett vanligt inslag var samarbetet över organisationsgränserna och ibland även med ett gemensamt ägaransvar.

Problemen uppstod när den externa finansieringen tog slut – då sviktade även viljan till ett gemensamt ansvarstagande. Ett vanligt scenario var att aktörer som psykiatrin och försäkringskassan drog sig ur projekten och lämnade socialtjänsten kvar med ansvar för att driva rehabiliteringsverksamheten vidare (Socialstyrelsen, 2001b). Satsningarna på arbetsrehabilitering för målgruppen är ett illustrativt exempel på för- och nackdelarna med denna form av statlig styrning genom tillfällig ekonomisk stimulans. Projekt kan med hjälp av tillfälliga extrapengar drivas gemensamt mellan olika huvudmän och organisatoriskt vara mer eller mindre frikopplade från moderorganisationen. Kreativiteten och handlingsutrymmet kan vara stort, men projektet präglas ofta av en kortsiktighet, där förankring och långsiktiga strategier hos ledningsnivån saknas. Reformen understödde ett antal goda initiativ när det gäller arbetsinriktad rehabilitering, men bidrog inte till något genombrott när det gäller metod- och verksamhetsutveckling. En orsak kan vara att satsningen i huvudsak hade kommunerna och landstingen i fokus, och att det inte var obligatoriskt för andra viktiga aktörer som försäkringskassan och arbetsförmedlingen att medverka. Genom reformen gavs kommunerna och landstingen ett tydligt ansvar för samverkan medan de statliga myndigheternas funktion för målgruppen förblev oklar. Detta innebar att det även fortsättningsvis blev möjligt för AMS och Försäkringskassan att tillämpa de gällande reglerna så att människor med omfattande psykiska funktionshinder inte blir myndigheternas primära målgrupp.

Trots problemen med insatsernas långsiktighet är det uppenbart att psykiatireformen inneburit ett tillskott av samhällsbaserade insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Så gott som alla svenska kommuner kan i dag erbjuda verksamheter för sysselsättning eller rehabilitering, liksom anpassade boendelösningar. Samtidigt finns stora brister, och en slutsats som dras i det nationella tillsynsprojektet är att många personer med psykiskt funktionshinder inte får sina behov av samordnade och individanpassade insatser tillgodosedda. Omfattningen av och innehållet i kommunernas insatser till gruppen utvecklas längre fram i det här kapitlet. De strategier som användes för att genomföra psykiatireformen och deras effekter är utgångspunkten för de förslag och bedömningar till hur den fortsatta utvecklingen inom området ska

styras och stödjäs, som görs i det här betänkandet. Strategierna och effekterna kan sammanfattas så här:

### Reformens strategier

Handikapp- och funktionshinderperspektivet introduceras på psykiatriområdet.

*Kommentar:* Denna begreppsliga och tankemässiga förändring var nödvändig för att legitimera kommunernas ansvar för gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Förändringarna ligger hittills ofta endast på språklig nivå, och några enhetliga beskrivningssystem används inte.

Stimulansmedel delas ut för att skynda på verksamhetsutvecklingen.

*Kommentar:* En rad nya verksamheter uppstod, och nya arbetsmetoder (till exempel personligt ombud) kom att prövas. Verksamheter i samverkan mellan huvudmännen tenderade att läggas ner efter den kortvariga projektiden med särskilda medel, medan verksamheter som tydligt låg inom kommunalt ansvar oftast blev kvar i det ordinarie utbudet. Takten i verksamhets- och kompetensutvecklingen mattades av efter att de tidsbegränsade medlen upphört.

Uppgiften att förverkliga psykiatrireformen gavs till alla kommuner oavsett storlek.

*Kommentar:* De små kommunerna och storstadskommunerna har generellt sett haft svårare att förverkliga reformens syfte, medan de medelstora och större kommunerna (cirka 40 000–200 000 invånare) verkar ha varit mer framgångsrika i sitt arbete.

Samverkan mellan huvudmän uppmuntras och rekommenderas.

*Kommentar:* Psykiatrireformen ledde mer till ett förtydligande av gränser, än till långsiktig samverkan och gemensamma lösningar av problemen. Detta medförde att bristerna i samverkan till viss del bestod, vilket blev mest tydligt i samband med att de kortvariga stimulanspengarna upphörde.

## 2.2 Levnadsförhållanden för personer med psykiskt funktionshinder

Det har redan framgått att strävan efter att normalisera levnadsvillkoren för människor med psykiskt funktionshinder har varit en drivkraft i de förändringar som genomförts de senaste decennierna. Psykiatriutredningen konstaterade också att gruppen hade väsentligt sämre levnadsvillkor än andra befolkningsgrupper. Som tidigare beskrivits har det också befarats att avinstitutionaliseringen i sig skulle ha inneburit en försämrad livssituation för personer med psykiskt funktionshinder. Mot bakgrund av detta finns det skäl att redovisa vad vi vet om levnadsförhållandena för den aktuella gruppen.

### 2.2.1 Psykisk ohälsa – förekomst av psykisk sjukdom och brister i psykiskt välbefinnande i befolkningen

De psykiatriska diagnoserna har under den senaste 20-årsperioden försetts med kriteriebaserade diagnostiska beskrivningar, som vunnit en stigande internationell acceptans. Användningen av dessa diagnostiska system har ökat precisionen i diagnostiken och jämförbarheten i förekomst mellan länder och världsdelar. Kriteriesystemen har dock egenskapen att det finns en påtaglig överlappning mellan flera diagnoser, något som kan ge skenbart högt antal personer som har en viss diagnos. Det vill säga, samma person kan under en begränsad tidsperiod fylla kriterierna för ett flertal olika psykiatriska diagnoser. Andelen personer i befolkningen som lider av någon allvarlig psykisk sjukdom utifrån kriteriebaserad diagnostik är relativt konstant över tid och någon påtaglig ökning de senaste åren kan inte fastställas. Den stora och långvariga amerikanska befolkningsepidemiologiska studien ECA (ECA, 1991) beskriver livstidsprevalens (andel av befolkningen som under en livstid beräknas att vid något tillfälle lida av en sjukdom) för egentlig depression på drygt 6 procent. Om även de lindrigare depressionslika tillstånden och ångestsyndromen räknas med stiger siffran till upp emot 20 procent av befolkningen. Enligt den svenska Lundbystudien är livstidsrisken för en kvinna att få depression hela 49 procent, och för män 28 procent (Rorsman m.fl. 1990). Årligen insjuknar ungefär 5–10 personer per 100 000 invånare i schizofreni. Man anser att omkring 50 000 personer i



Sverige har schizofrenidiagnos. De vanligaste personlighetsstörningarna som schizotypal, antisocial och borderline personlighetsstörning förekommer i mellan 1 till 2 procent i befolkningen (ECA, 1991). Många av dem som har en personlighetsstörning fyller dessutom i perioder kriterierna för någon annan psykiatrisk diagnos. Tvångssyndrom (OCD) anges ofta ha en livstidsrisk på 2,5 procent. Ungefär 5 procent av den svenska befolkningen missbrukar eller är beroende av alkohol och/eller andra droger, med övervikt för män. För de så kallade neuropsykiatriska tillstånden är siffrorna om förekomst i många fall ofullständiga. Asperger syndrom har man till exempel funnit i 0,4 procent av befolkningen med en klar övervikt för unga män (Ehlers m.fl. 1993). Själv mord har minskat som dödsorsak i Sverige under den senaste 40-årsperioden och är i dag under 1 procent av dödsorsakerna för kvinnor och under 2 procent för männen.

Ovan har förekomsten av ett antal psykiatriskt diagnostiserbara tillstånd angivits. Diagnosen förutsäger dock inte individens funktion och grad av delaktighet i samhällslivet. Även om de allvarligare diagnoserna, till exempel psykosdiagnoserna, oftare ger långtgående sociala konsekvenser, betyder inte en sådan diagnos att individen måste ha ett funktionshinder. Den psykiatriska diagnosen är otillräcklig för att beskriva konsekvenserna för den enskilde. Detta är skälet till att begreppet psykiskt funktionshinder införts. Det saknas ännu epidemiologiska data om förekomst av psykiskt funktionshinder enligt det förslag till definition som Psykiatrisamordningen tagit fram. I samband med uppföljningen av psykiatrireformen sammanställde Socialstyrelsen de inventeringar av målgruppen som gjorts i många av landets kommuner (Socialstyrelsen, 1999) Man angav en siffra på 0,6 procent av den vuxna befolkningen, vilket skulle motsvara 40–46 000 personer. Inventeringarna som låg till grund för denna beräkning är emellertid av växlande kvalitet. Man använde en beskrivning av målgruppen där psykosjukdom med sociala konsekvenser och ett behov av samhällsstöd betonades. Det är sannolikt att en avsevärd underreportering förekom av vissa grupper. Det gäller främst personer över 65 års ålder, men även personer med missbruksproblem i kombination med psykisk sjukdom. Personer med neuropsykiatriska funktionshinder torde i de flesta fall inte blivit föremål för inventering.

Andelen personer i samhället som upplever psykiska besvär av olika slag ökar. Hela 26 procent av kvinnorna och 16 procent av

männen uppgav vid intervjuer 2002/03 att de led av någon grad av ängslan, oro eller ångest (SCB, 2003). Sömnproblem besvärade uppemot en tredjedel av kvinnorna och en fjärdedel av männen. Motsvarande, eller större, andelar av befolkningen som anger brister i psykiskt välbefinnande brukar förekomma i de länsvisa återkommande enkätundersökningar av befolkningens hälsa som utförs på flera håll i landet. Det finns sedan slutet av 1980-talet en trend mot att kvinnor i de yngre åldersgrupperna (16–34 år) närmar sig den höga nivå av upplevd ängslan, ångest och oro som kvinnor i de högre åldersgrupperna (65–84 år) rapporterat sedan början av 1980-talet. För männen sker en gradvis ökning, dock i långsammare takt. I utredningen om ungdomars psykiska hälsa (SOU 2006:77) konstateras att flera rapporter visat att under de senaste 10–20 åren, har det blivit vanligare att ungdomar är nedstämda och oroliga, har svårt att sova och har värk. Det är mest uttalat bland unga kvinnor i åldrarna 16–24 år. Denna tendens tycks finnas i alla höginkomstländer.

Ett flertal sociala bakgrundsfaktorer ger utslag när det gäller upplevd hälsa; att vara född i ett annat land eller ha föräldrar som föddes i ett annat land samt att vara arbetssökande eller ensamstående med barn ökar risken för psykisk ohälsa. Lägre socioekonomisk klass är en traditionell riskfaktor, dock ökar den upplevda psykiska ohälsan lika mycket för personer med högre utbildning och inkomst.

Sambandet mellan att uppleva oro och ängslan, och att lida av psykisk sjukdom är i viss mån oklart. I Folkhälsorapporten 2005 (Socialstyrelsen, 2005a) konstateras dock en trefaldig överrisk för att begå självmord eller göra självmordsförsök om man rapporterat ängslan och oro under en femårig uppföljningsperiod. Eftersom psykisk sjukdom är en dominerande riskfaktor för självmord och självmordsförsök indikerar jakande svar på frågor om upplevda psykiska besvär därför risk för psykisk sjuklighet.

Sjukskrivningstalen har som helhet ökat under den senaste 10-årsperioden, och sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa ökar som andel av de sjukskrivnas diagnoser. När det gäller de mer långvariga ersättningsformerna sjukersättning och aktivitetsersättning är tendensen densamma, mest påtagligt i de yngre åldersgrupperna och för kvinnor vilket närmare beskrivs i senare avsnitt. Det bör dock understrykas att utvecklingen i socialförsäkringen inte bara speglar hälsoutvecklingen utan också kan bero på för-

hållanden på arbetsmarknaden och på de gällande uppfattningarna om vilka besvär som leder till nedsatt arbetsförmåga.

En relativt stor andel av befolkningen upplever ångest, ångslan och oro. Detta inbegriper både personer med diagnostiserbar psykisk sjukdom, och personer med nedsatt psykiskt välbefinnande som inte klassificeras som sjukdom. Medan andelen personer som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande tycks påverkas kraftigt av samhällsfaktorer (arbetsliv, arbetslöshet, normbildning, omflyttning), har storleken av undergruppen personer med psykisk sjukdom (psykossjukdomar, svårare depressioner etc.) mindre samband med förändringar i samhället. Däremot ger allvarliga psykiska sjukdomar sociala och ekonomiska konsekvenser vilket kommer att ges exempel på nedan.

Nationell psykiatrisamordnings uppdrag skulle enligt direktiven (Dir. 2003:133) främst inriktas mot ”personer som har allvarliga psykiska besvär”. Tolkningen av uppdraget beskrivs i kapitel 1. Flera av slutsatserna i betänkandet präglas dock av att den självrapporterade psykiska ohälsan breder ut sig i grupper som inte kan anses ha en allvarlig psykisk sjukdom eller ett psykiskt funktionshinder.

### 2.2.2 Underlag

Nedan redovisas uppgifter från två större befolkningsstudier, ULF – SCB: s undersökningar om levnadsförhållanden (SCB, 2003) – och en särskild studie grundad på ULF-material som genomförts inom ramen för kommittén för välfärdbokslut, *Funktionshinder och välfärd*, SOU 2001:56.

I ULF-undersökningarna avgränsas gruppen psykiskt funktionshindrade genom att människor själva får bedöma sin hälsa. Som *psykiskt funktionshindrad* definieras den som svarar ja på frågan om han eller hon har svåra besvär av ångslan, oro och ångest. Det är viktigt att tydliggöra att den definition av begreppet psykiskt funktionshinder som SCB använder i befolkningsstudierna inte är liktydig med den definition av begreppet psykiskt funktionshinder som Nationell psykiatrisamordning har utvecklat.

I Välfärdbokslutet består gruppen *personer med psykiska besvär* av dem som svarar ja på frågan om de har diagnoser som t.ex. psykoser, depressioner eller utvecklingsstörning. Både i ULF och

välferdsbokslutet är grupperna vida, och omfattar en rad diagnosgrupper och olika svårighetsgrader inom varje diagnosgrupp.

Nedan redovisas också resultatet av två studier publicerade i Socialstyrelsens Social rapport 2001 respektive 2006. Därutöver används data från ett antal forskningsstudier.

### 2.2.3 Ekonomiska förhållanden

Personer med psykiskt funktionshinder, enligt det begrepp som SCB använder, har lägre disponibel inkomst än befolkningen i övrigt, men inte lägre än alla andra handikappgrupper. T.ex. har personer med synskador lägre disponibla inkomster.

Trots att inkomsterna för personer med psykiskt funktionshinder (beskriven på detta sätt) inte är lägre än alla andra handikappgruppers, är det fler bland de psykiskt funktionshindrade personerna som saknar kontantmarginall – 45 procent av männen och 50 procent av kvinnorna. Svårigheter att klara de löpande utgifterna är också vanligare i denna grupp av funktionshindrade, 60 procent av männen och 50 procent av kvinnorna (fast de senare tjänar mindre) uppgav dessa svårigheter.

Att den disponibla inkomsten inte är avsevärt lägre, men de ekonomiska svårigheterna hos gruppen ändå större, kan eventuellt förklaras med att personer med psykiskt funktionshinder inte får kompensation för sina merkostnader på grund av funktionshindret, eller att de inte får tillräckligt stöd att planera och sköta sin ekonomi.

En annan möjlig orsak är att det i gruppen människor med psykiskt funktionshinder tycks finnas en undergrupp med mycket låga inkomster, en grupp som inte finns i de handikappgrupper som den jämförs med i befolkningsundersökningarna. I Valfärdsbokslutets studie visades att andelen med låga inkomster (under 60 procent av medianinkomsten bland alla personer i riket) var väsentligt större bland dem med psykiska besvär jämfört med andra grupper. Dessutom har andelen i gruppen med mycket låga inkomster ökat de senaste åren. Att det finns en grupp med mycket låga inkomster bekräftas även av studier med mindre urvalsgrupper, t.ex. hade ett antal personer i kontakt med en psykosmottagning i Skåne en medelinkomst på cirka 7 000 kronor i månaden (Bengtsson-Tops, 2001). Socialstyrelsens studie av inkomstförhållandena för slutenvårdade patienter, som publicerats i Social

rapport, påvisade väsentligt lägre medelinkomst för dem som vårdats för psykiatriska diagnoser. Den allra lägsta inkomsten hade de som utöver sin psykiatriska diagnos även hade en missbruksdiagnos (Socialstyrelsen, 2006a).

Sammantaget framträder människor med psykiskt funktionshinder som mer ekonomiskt utsatta än andra handikappgrupper även om inkomsterna inte skiljer sig åt påtagligt. Därutöver finns en undergrupp med väsentligt lägre inkomster än alla andra jämförbara grupper. Sannolikt består denna av personer som förtidspensionerats tidigt, samt av personer som är utsatta också på andra sätt än genom sitt funktionshinder, t.ex. därför att de har ett missbruk.

#### 2.2.4 Arbete och försörjning

Personer med psykiskt funktionshinder har en svag förankring på arbetsmarknaden, och många saknar helt sysselsättning i vidare mening. Gruppen är också generellt fattigare och beroende av bidrag för sin ekonomiska trygghet.

Uppgifter från SCB visar att närmare 60 procent av hela gruppen *personer med funktionshinder* enligt egen utsago har nedsatt arbetsförmåga på grund av sitt funktionshinder. Bland dem som uppger att de har ett psykiskt funktionshinder anger emellertid nästan nio av tio att de har en nedsatt arbetsförmåga, vilket antyder att ett psykiskt funktionshinder har en mer långtgående negativ effekt på arbetsförmågan än andra funktionshinder. Personer med psykiskt funktionshinder är också den grupp som har lägst sysselsättningsgrad av alla funktionshindergrupper. Endast ungefär en tredjedel av dem som uppger att de har ett psykiskt funktionshinder har någon sysselsättning<sup>2</sup>, antingen som arbetssökande eller i någon form av anställning på den öppna marknaden, eller i en skyddad anställning. Ingen annan handikappgrupp har så låg frekvens av sysselsättning. Av de personer med psykiskt funktionshinder som hade ett arbete var endast 59 procent närvarande under den vecka som mätningen gjordes. Hela 41 procent var alltså av ett eller annat skäl borta från arbetet hela veckan – motsvarande siffra i befolkningen som helhet

---

<sup>2</sup> Här menas sysselsatta enligt AMS terminologi, dvs. man arbetar eller studerar. Den som har daglig sysselsättning i kommunal regi räknas därför inte som sysselsatt enligt denna definition.

var 10 procent, och bland funktionshindrade som helhet 15 procent.

Personer med psykiskt funktionshinder är också arbetslösa i högre utsträckning än såväl andra handikappgrupper som befolkningen i övrigt. Medan arbetslösheten sista kvartalet 2004 var 5 procent i befolkningen som helhet och 6 procent i gruppen funktionshindrade som helhet, var siffran hela 12 procent bland dem som angav att de har ett psykiskt funktionshinder. Denna höga siffra ska ses mot bakgrund av att det stora flertalet personer med psykiskt funktionshinder står helt utanför detta system och återfinns i socialförsäkringssystemet.

Andelen människor som får sjukersättning eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) på grund av psykisk ohälsa växer stadigt. Den senaste totalinventeringen av personer med förtidspension gjordes 2003 och visade att andelen med psykisk ohälsa som orsak till att förtidspensioneringen ökat från 26 till 30 procent mellan 1991 och 2002. I reella tal var ökningen betydligt högre – gruppens antal ökade med 61 procent under samma tid, och bland kvinnor var ökningen nästan 70 procent (RFV, 2004a).

Även studier av grupper med psykiatriska diagnoser visar att många är försörjda genom sjukförsäkringssystemet. I en undersökning av Arvidsson, där 377 personer med allvarlig psykisk sjukdom ingick, hade 80 procent förtidspension, och i Bülow's uppföljning av patienterna på en rehabiliteringsavdelning på ett psykiatriskt sjukhus var nästan alla försörjda på det sättet och ingen hade arbete på den öppna arbetsmarknaden (Arvidsson, 2005; Bülow, 2004).

Unga personer med psykiskt funktionshinder har en särskilt utsatt position. I de yngre åldersgrupperna utgjorde andelen som fått ersättning på grund av psykisk ohälsa en majoritet. Av 16–29-åringar som skrevs in i sjuk- eller aktivitetsersättning 2004 hade nära två av tre en psykiatrisk ohälsa som huvudsaklig diagnos

Sammanfattningsvis är området arbete, rehabilitering och egenförsörjning mycket eftersatt för människor med psykiskt funktionshinder. Hur man kan förändra detta utvecklas vidare i senare kapitel 6.

### 2.2.5 Boendeförhållanden

Människor med psykiskt funktionshinder som identifieras i befolkningsundersökningar bor sämre än befolkningen i övrigt, men inte sämre än alla andra handikappgrupper.

De uppgifter som finns från enskilda forskningsstudier om den undergrupp som har stora och omfattande funktionshinder ger dock bilden av att deras bostadsförhållanden många gånger är bristfälliga. Socialstyrelsens uppföljning av de medicinskt färdigbehandlade patienterna visade att år 2002 bodde knappt en femtedel i egen lägenhet och närmare en tredjedel levde under institutionsliknande förhållanden (Socialstyrelsen, 2002a). Samma år bodde 8 000 personer med psykiskt funktionshinder i bostäder med särskild service eller på hem för vård och boende (HVB-hem). Boendet på HVB-hemmen sker inte sällan i institutionsliknade former, och ibland långt från hemorten (Socialstyrelsen, 2003a).

I diskussionen om psykiatrireformens effekter har det ibland hävdats att den bidragit till ökad hemlöshet. Tillgängliga forskningsresultat visar dock inte att den grupp personer som "bodde" på mentalsjukhusen eller vistades där långa tider blivit hemlösa (Socialstyrelsen, 1997a). Däremot kan det inte uteslutas att en större tillgång till slutenvård för en viss grupp personer, ofta med missbruksproblem, kan ha betydelse för deras möjlighet att behålla ett lägenhetskontrakt eller bo i kommunalt boende tillsammans med andra.

### 2.2.6 Socialt liv och sysselsättning

Ett antal intervjuundersökningar som gjorts med personer som skrivits ut från mentalsjukhus pekar mot att de före detta patienterna upplever sin livskvalitet något förbättrad, men att deras liv ofta präglas av brist på andra sociala kontakter än de professionella. Många handlar mat själva och sköter postärenden, och är i den bemärkelsen delaktiga i samhällslivet. Däremot deltar de inte aktivt i fritids- och kulturlivet och har ofta ett sämre socialt nätverk än andra.

Enligt Social rapport 2006 (Socialstyrelsen, 2006a) var personer som slutenvårdats på grund av psykisk sjukdom oftare ensamstående än personer inom andra diagnosgrupper, och skilsmässor var vanligare inom en viss tid efter slutenvårdstillfället.

Av de uppföljningar som skett efter psykiatrireformen framstår bristen på daglig sysselsättning som ett av de mest överhängande problemen. Siffrorna på andelen personer med sysselsättning<sup>3</sup> varierar mellan 38 procent i Bülows studie, två tredjedelar i Arvidssons studie, och cirka hälften av dem som ingick i Socialstyrelsens och länsstyrelsens tillsyn 2002–2004 (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005).

En viktig faktor för att kunna leva i samhället som andra, särskilt om man är beroende av samhällsstöd, är att känna till sina rättigheter och veta hur man gör för att utkräva dessa. Kommittén för välfärdsbokslut undersökte därför hur stor andel i befolkningen i stort och inom vissa grupper som ansåg sig kunna överklaga ett myndighetsbeslut eller som kände någon som kunde hjälpa dem med detta. Många fler personer med psykiska besvär svarade nej på den frågan, jämfört med alla andra grupper. Drygt tio procent bland de psykiskt funktionshindrade ansåg sig ha denna kunskap.

### 2.2.7 Hälsa, vård och omsorg

I den senaste ULF-undersökningen, år 2003, bedömde cirka 35 procent i gruppen personer med psykiskt funktionshinder sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt – hos andra handikappgrupper var andelen högre bara för personer med rörelsehinder. Många i gruppen med psykiskt funktionshinder uppgav sig lida av sömnbesvär (60 procent för kvinnorna och 50 procent för männen) och ständig trötthet (37 procent för kvinnorna och 23 procent för männen). Sjukvårdskonsumtionen i gruppen motsvarade ungefär andra handikappgruppers. En skillnad gentemot andra handikappgrupper är dock att personer med psykiskt funktionshinder oftare sade sig avstå från angeläget läkarbesök (37 procent för kvinnorna, 40 procent för männen). Detta kan bero på att personer med psykiskt funktionshinder har mindre förtroende för vården än andra grupper, men det kan också vara kopplat till patientavgiften och i så fall styrka tesen att personer med psykiskt funktionshinder inte blir kompenserade för sina merkostnader på grund av funktionshindret i lika stor utsträckning som andra grupper.

De män som enligt ULF-undersökningen led av ett psykiskt funktionshinder hade oftare än andra handikappgrupper inte besökt tandläkaren under de senaste två åren. Detta gäller däremot

---

<sup>3</sup> Sysselsättning innebär här att man har något att göra på dagarna.



inte för kvinnorna i gruppen. En intressant notering är att andelen inte var väsentligt högre bland de medicinskt färdigbehandlade patienter som följdes upp av Socialstyrelsen, trots att dessa personer tillhör en grupp med svåra psykiska sjukdomar och funktionshinder, och som också har låga inkomster (Socialstyrelsen, 2002a). Sannolikt är förklaringen att en ganska stor andel bodde på särskilda boenden och därför har rätt till undersökning och viss tandvård inom ramen för högkostnadsskyddet.

Att den somatiska hälsan hos personer med psykiskt funktionshinder är nedsatt och att individernas behov på det området inte alltid tillgodoses framgår av flera studier de senaste åren, bland annat av Socialstyrelsens och Länsstyrelsernas fördjupade tillsynsinsats. Resultaten bekräftas också av att det finns en betydande överdödlighet i gruppen även om skillnaderna gentemot befolkningen i övrigt varierar i olika studier.

Personer med psykiska sjukdomar som samtidigt missbrukar förefaller vara särskilt utsatta ur hälsosynvinkel. Överdödligheten var åtta gånger högre hos gruppen jämfört med befolkningen i övrigt i den uppföljning av ett antal försöksverksamheter för personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk som Öjehagen (Socialstyrelsen, 2004b) gjorde på uppdrag av Socialstyrelsen. Personerna i studien hade också omfattande behov, även efter att de blivit missbruksfria, t.ex. av socialt stöd och somatiska hälso- och sjukvårdsinsatser.

### 2.2.8 Våld och kriminalitet

Sambandet mellan psykisk sjukdom, bristande psykiatrisk behandling och våldsbrottslighet har varit föremål för debatt i Sverige de senaste åren efter att personer med psykisk sjukdom har misstänkts för eller begått ett antal uppmärksammade våldsbrott. Händelserna ledde bland annat till att avinstitutionaliseringprocessen ifrågasattes, och till att större möjligheter till tvångsvård efterfrågades.

Det förekommer att personer begår våldshandlingar därför att de på grund av sin psykiska sjukdom upplever sig hotade eller inte förmår att kontrollera impulser och aggressivitet. I Sverige är även handlingar som man begår i ett akut förvirringstillstånd att betrakta som ett brott, även om den som begår handlingen upplever verkligheten på ett helt annat sätt än omgivningen. Detta skiljer sig från förhållanden i de flesta andra länder där en person som begått en

handling i en viss situation under särskilda omständigheter inte räknas som ansvarig för handlingen.

Studier visar att psykiskt sjuka människor som begår brott ofta har haft kontakt med psykiatri innan brottet begicks (t.ex. Holmberg & Kristiansson, 1997 och 2006). Det förekommer också att personer som är föremål för vård ändå begår brottsliga handlingar. Främst gäller detta personer som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, men det kan också förekomma i andra fall. Diskussionen om våld och psykisk sjukdom måste därför utgå från att det är något som i många fall kan undvikas och att det är ett misslyckande för hela samhället när något inträffar. Men det är också nödvändigt att det faktiska sambandet mellan psykisk sjukdom och brottslighet beskrivs på ett sakligt och nyanserat sätt.

Sambandet psykisk sjukdom och kriminalitet är inte något absolut förhållande som alltid är lätt att fastställa. I stället är det relativt – dvs. det beror på vad man jämför med, vilka faktorer som är riskfaktorer, hur stor gruppen är och med vilken frekvens de brott som det gäller inträffar i ett samhälle.

Den relativa risken för att en person med psykossjukdom ska begå en våldshandling kan enligt svenska och internationella studier vara 3 till 9 gånger förhöjd, jämfört med en person utan psykossjukdom. Eftersom våldshandlingar lyckligtvis är ovanliga, blir bidraget till den absoluta risken dock begränsat (Thornicroft, 2006). Personer med psykossjukdom bidrar således i liten grad till det totala antalet allvarliga brott mot liv och hälsa som begås.

Med utgångspunkt från de rättspsykiatriska undersökningar som gjordes 1992–2001 kan man dock se en viss ökning av antalet personer med schizofreni som begår mindre allvarliga våldsbrott, som t.ex. misshandel och olaga hot. Ökningen gäller främst personer med ett samtidigt missbruk av alkohol eller andra droger (Socialstyrelsen 2003b). Siffrorna är osäkra eftersom anmälningsbenägenheten t.ex. hos personal i vård och omsorg kan ha ökat. Ökningen gäller inte dödligt våld.

För att en person med depression ska begå våld som får dödlig utgång för andra är den relativa risken låg, medan den absoluta risken är förhöjd jämfört med personer utan aktuell depression. Detta beror på att depression är ett mycket vanligt tillstånd, som alltså i regel inte innebär något hot mot andras säkerhet. Dock innebär depression en ökad risk för våld mot sig själv i form av självmord eller självmordsförsök. Personer som utför ett så kallat utvidgat självmord, dvs. mördar en eller flera familjemedlemmar i

syfte att "rädda" dem, och sedan tar sitt eget liv, lider i regel av en djup depression. Dessa händelser är dock mycket sällsynta, men bidrar till den absoluta riskökningen (Thornicroft, 2006).

Många av dem som är dömda för våldsbrott lider av en personlighetsstörning. En av förklaringarna till denna samvariation är att kontakt med rättssystemet efter överträdelser av det sociala normsystemet och svårigheter att anpassa sitt beteende ingår som kriterier för några av personlighetsstörningsdiagnoserna, t.ex. antisocial personlighetsstörning, men också genom att kriterierna omfattar manipulativt beteende, frånvaro av empati och kontroll av aggressivitet m.m.

Missbruk är en stark riskfaktor både för att begå och återfalla i våldsbrottslighet. Förekomsten av missbruk angavs av Socialstyrelsen (2002b) som den enda identifierbara och påverkbara faktor som hade betydelse för återfall i brottslighet. Även i andra studier framstår missbruk av alkohol eller andra droger som den starkaste prediktorn för att utöva våld mot andra, och missbruket har del i minst en fjärdedel av alla våldsbrott som begås (Thornicroft, 2006).

Interaktionen mellan olika faktorer kan öka risken för att en person ska utöva våld. Tre tillstånd som kan samverka till en riskökning är missbruk, psykossjukdom och personlighetsstörning (Corrigan & Watson, 2005). Därutöver förekommer andra negativa riskökande omständigheter för personer som lider av kombinationen psykisk sjukdom och missbruk. Dit hör bostadslöshet, fattigdom och annan social utsatthet.

Det finns inget samband mellan avinstitutionaliseringen och våldsbrottsligheten i samhället, eftersom den grupp som främst var föremål för sådan vård endast står för en liten del av de samtliga lagförda våldshandlingarna. Den slutsatsen dras, när det gäller dödligt våld, även av Kullgren i den genomgång av internationellt forskningsläge som gjordes på Socialstyrelsens uppdrag efter händelserna i Gamla stan och Åkeshov (Socialstyrelsen, 2003b).

### 2.3 Nuvarande ansvarsfördelning och reglering

Samhällets insatser till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder styrs av allmänna bestämmelser inom olika rättsområden. Några få områden är särreglerade, det vill säga har speciell lagstiftning, främst när det gäller bestämmelser om tvångsvård.

### 2.3.1 Socialtjänstlagens bestämmelser

Samhällets socialtjänst ska enligt socialtjänstlagen, SoL, (2001:453) främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet (SoL § 1:1). Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra (SoL § 3:6). För personer med funktionshinder finns särskilda bestämmelser som slår fast att socialnämnden ska verka för att den som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra (§ 5:7). Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och han eller hon får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Bestämmelserna ovan är av ramlagskaraktär. Med detta menas att de inte i detalj föreskriver vilka insatser socialnämnden ska svara för, utan snarare vilka mål som ska uppnås med insatserna. Samtidigt innehåller socialtjänstlagen dels en rad tämligen specificerade skyldigheter för socialnämnden, dels ett antal insatser uppräknade som nämnden bör erbjuda till dem som är i behov av dem.

Till de uppgifter som tydligt angetts i lagen hör att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för människor med fysiska och psykiska funktionshinder (SoL 5:8 §) vilket bl.a. tillsynsmyndigheterna tolkar som ett ansvar att regelbundet inventera målgruppens behov och bedriva uppsökande verksamhet. Kommunen ska också planera sina insatser till människor med funktionshinder och i planeringen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer. Kommunens ansvar gentemot personer med psykiskt funktionshinder begränsas därför inte till bedömning av bistånd eller enskilda insatser som boende och sysselsättning. Ansvaret är mera övergripande och syftar till att människor som inte själva söker insatser eller tydligt formulerar sina behov ändå ska få sina behov tillgodosedda ur ett helhetsperspektiv.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov och inte kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning eller för sin livsföring i övrigt (SoL 4.1§). Ett avslag på en ansökan om bistånd kan överklagas till länsrätten. Socialtjänstlagen kan därför i någon mån betraktas som en rättighetslagstiftning. Rätten får emellertid anses otydlig eftersom det inte framgår av lagen vad den enskilde har rätt till. Samtidigt ger

detta utrymme för att anpassa insatserna till individuella behov och utforma dem efter förutsättningarna i varje enskilt fall. Det innebär också att den enskilde alltid har rätt att ansöka om bistånd oavsett av vilken karaktär behovet är och ett avslag kan överklagas för prövning av domstol. På det sättet kan också enskilda rättigheter enligt socialtjänstlagen utvecklas genom praxis i förvaltningsdomstolarna.

Av socialtjänstlagens rättighetskaraktär följer att ett av lagens syfte är att fördela resurser mellan samhällets innevånare. Det är kommunen eller socialnämnden och inte socialtjänstens personal som har ett ansvar gentemot medborgarna enligt lagen. Detta innebär också att det är den politiskt tillsatta nämnden som ytterst fattar beslut om insatser enligt lagen. Nämnden kan dock delegera den uppgiften till en befattningshavare i kommunen, vilket också sker i majoriteten av de ärenden inom svensk socialtjänst där det fattas beslut.

### 2.3.2 LSS

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, är en renodlad rättighetslagstiftning, vilket innebär att det anges i detalj vilka grupper som har rätt till ett antal i lagen uppräknade och väl definierade insatser. Personer med psykiskt funktionshinder har enligt lagen rätt till insatserna om deras funktionshinder är stora, varaktiga, ger betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service (§ 1 p. 3).

Det är få personer med psykiskt funktionshinder som har insatser enligt LSS. Den senaste siffran som redovisats av Socialstyrelsen 2003 är på cirka 3 000 personer (Socialstyrelsen, 2004c), något som ska jämföras med de 40 000 som psykiatriutredningen skattade kunde ha behov av sådana insatser. Detta förhållande kommer att utvecklas senare i betänkandet. Redan här ska emellertid konstateras att detta förhållande har kritiserats och att en översyn av lagen har efterlysts med argumentet att psykiskt funktionshindrade missgynnas genom att insatserna ges med stöd av en lagstiftning med svagare rättighetskaraktär (se t.ex. Socialstyrelsen, 1999).

Ett argument för en förändring har varit att de nuvarande förhållandena leder till att gruppen inte prioriteras i lika hög grad som

andra grupper, eftersom insatser som inte ger den enskilde en tydligt och utkrävbar rätt uppfattas som mindre angelägna av beslutsfattare. Företrädare för vissa kommuner som Nationell psykiatrisamordning har haft kontakt med menar dock att insatserna hellre bör ges inom ramen för socialtjänstlagen, dels därför att insatserna då kan individualiseras i högre utsträckning, dels därför att förutsättningarna för specialisering gentemot gruppen upplevs som större. Skälet är att en rättighetslagstiftning som LSS förutsätter att insatserna begränsas till de tio som anges i lagen, eftersom själva poängen är att den enskilde ska veta vad han eller hon har rätt till och kunna utkräva det i domstol. Detta innebär att nya metoder och arbetssätt inte ges utrymme inom ramen för lagstiftningen och att enskildas behov som inte motsvarar lagens insatser inte kan tillgodoses.

### 2.3.3 Reglering inom hälso- och sjukvården

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdens verksamhet finns i hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (1982:763). Lagen anger inledningsvis att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (§ 1). Hälso- och sjukvårdslagen är en utpräglad ramlag och innehåller bl.a. en uppräkningslista av ett antal krav som ställs på hälso- och sjukvården, bestämmelser om vilket ansvar olika huvudmän har, samt bestämmelser om organisation och ledning av hälso- och sjukvården.

Några bestämmelser av rättighetskaraktär finns inte på hälso- och sjukvårdens område enligt svensk lag. Vissa rättigheter kan dock erkännas patienterna genom frivilliga överenskommelser mellan staten och landstingen, som t.ex. vårdgarantin, och andra följer av EG-rättens regler. Bestämmelser om vård utan patientens samtycke finns i lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT (1991:1128), och i lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV (1991:1129). Utformningen av LPT diskuteras närmare i kapitel 4 och förutsättningarna för rättspsykiatrisk vård enligt LRV behandlas i Psykiatrisamordningens delbetänkande Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91).

Det är till största delen landstinget som ansvarar för hälso- och sjukvården. Kommunen svarar dock för hemsjukvård till dem som bor i särskilda boenden enligt socialtjänstlagen och LSS, men ansvaret gäller inte läkarinsatser. Kommunen och landstinget kan

komma överens om att ansvaret ska gälla också hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Regeringen har föreslagit att kommunerna helt tar över ansvaret för all hemsjukvård som inte kräver läkarinsatser (Prop. 2005/2006:115).

Under det senaste decenniet har detaljeringsnivån i hälso- och sjukvårdslagen ökat och patientens ställning stärkts, främst genom att patienten under vissa förutsättningar ska kunna välja mellan olika behandlingsmetoder och genom att patienten i vissa situationer har rätt till en andra bedömning av en annan läkare (§ 3a). Lagen skiljer sig emellertid från socialtjänstlagen genom att det inte framgår vilka behandlingsinsatser som sjukvårdshuvudmännen ska eller bör erbjuda. Detta förväntas i stället helt avgöras av den medicinska bedömning som görs av hälso- och sjukvårdspersonal, om än inom ramen för de anslag och prioriteringar som gjorts av de förtroendevalda. Till skillnad mot socialtjänsten fattar de förtroendevalda väldigt få beslut i individuella ärenden. Ansvaret för att de krav som ställs på hälso- och sjukvården ska uppfyllas ligger i hög grad på verksamhetschefen, även om det naturligtvis ytterst är landstingsfullmäktiges uppgift att skapa förutsättningarna för att bedriva arbetet på ett optimalt sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter regleras i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. I den finns också regler om påföljder för den personal som inte fullgör sina skyldigheter. Dessa kan efter beslut av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, få en disciplinpåföljd i form av erinran, varning eller att legitimationen dras in om det rör sig om legitimerad personal.

#### **2.3.4 Missbruksvård**

Personer som har en psykisk sjukdom och ett samtidigt missbruk eller drogberoende har ofta behov av insatser från landstingets beroendevård, som är en del av hälso- och sjukvården och därför omfattas av de bestämmelser som redogjorts för ovan. Dessa människor har också behov av insatser från den kommunala socialtjänsten. Av socialtjänstlagen framgår att socialnämnden ska sörja för att den enskilde den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (SoL § 5:9). Tvångsvården regleras enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare (LVM) För vård på ett särskilt LVM-hem svarar Statens institutionsstyrelse som också

ansvarar för de särskilda ungdomshemmen enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

För personer med missbruk och samtidig psykisk sjukdom är situationen extra komplicerad och gränsdragningsvårigheter uppstår ofta mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

### **2.3.5 Rehabilitering och försörjning m.m.**

Förutom hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns det ytterligare myndigheter som spelar en roll i samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Det gäller t.ex. i rehabiliteringsprocessen där arbetsförmedlingen och försäkringskassan har stor betydelse. Reglerna i lagen om allmän försäkring och de förordningar som styr t.ex. möjligheten att få en offentligt skyddad anställning och lönebidrag beskrivs i kapitel 6. Försäkringskassan har också stor betydelse för den enskildes försörjning genom att den fattar beslut om sjukpenning, aktivitetsersättning och sjukersättning, samt om särskilda pensionsförmåner som handikappersättning och bilstöd. Detta diskuteras vidare i kapitel 7.

## **2.4 Den psykiatriska vårdens omfattning och innehåll**

### **2.4.1 Insatsernas omfattning**

Det finns i dag ingen tydlig bild av vare sig resultaten eller omfattningen av de insatser som hälso- och sjukvården ger till människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Detta beror bl.a. på att det saknas användbara system för insamling och analys av data. Även det faktum att begreppet psykiskt funktionshinder inte definierats på ett tydligt sätt bidrar till bristen på samlad kunskap. De nationella system som finns täcker inte behovet av information, och de uppgifter som efterfrågas rapporteras inte in till nationella register i tillräcklig omfattning.

De uppgifter som tillhandahålls på nationell nivå om psykiatrisk sjukvårdskonsumtion finns dels i det nationella patientregistret hos Epidemiologiskt centrum (EpC) vid Socialstyrelsen, och dels hos Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Socialstyrelsen har via lagen om hälsodataregister (1998:543) rätten att kräva in personuppgifter, diagnos, vårddata och vårdform för patienter som behandlas inom den slutna hälso- och sjukvården.



Uppgifter om slutenvårdstillfällen och diagnos finns med god täckningsgrad sedan 1987 i patientregistret och publiceras löpande inom ramen för den officiella statistiken. Sedan 2001 är den som bedriver hälso- och sjukvård även skyldig att rapportera<sup>4</sup> uppgifter till patientregistret om patienter som behandlats av läkare inom den öppna psykiatriska vården. Användningsområdet för patientregistrets statistik är uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, likväl som forskning och epidemiologiska undersökningar. Enligt Socialstyrelsen har dock rapporteringen från öppenvården fortfarande för stora brister för att publiceras inom ramen för den officiella statistiken, eftersom alla besök inte rapporteras och uppgifter ofta saknas. Diagnoser saknas t.ex. i 60 procent av de inrapporterade läkarbesöken.

Även Sveriges Kommuner och Landsting publicerar statistik om psykiatrisk slutenvård baserad på patientregistret. Den verksamhetsstatistik som SKL producerar innehåller inga personuppgifter och samlas årligen in via enkäter från landstingen och de privata vårdgivarna. Statistiken innehåller bland annat uppgifter om antalet vårdplatser i psykiatrisk slutenvård, läkarbesök i psykiatrisk öppenvård samt uppgifter om besök hos andra personalkategorier än läkare. Till skillnad från patientregistret finns det ingen uppgiftsskyldighet för vårdgivarna att rapportera in dessa data. Bedömningen är dock att kvaliteten på materialet generellt sett är god och produkten ingår därmed i den statliga officiella statistiken.

## 2.4.2 Psykiatrisk slutenvård – utvecklingen 1995–2005

### Vårdplatser

Sedan psykiatrireformen trädde ikraft 1995 har antalet slutenvårdsplatser i Sverige minskat med drygt 50 procent (se tabell 2.1). Utvecklingen har fortsatt även de senare åren men skiljer sig åt mellan olika delar av landet.

---

<sup>4</sup> Enligt förordningen (2001:707) om patientregister och Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 2002:1. Uppgifterna gäller personnummer, kön, hemort, sjukhus, klinik, besöksdatum, planerad vård, diagnos och yttre orsak.

**Tabell 2.1 Utveckling av vårdplatser inom psykiatri**

År	1995	1999	2000	2001 <sup>5</sup>	2002	2003	2004	2005
Vårdplatser	8372	5786	5565	5218	4894	4606	4507	4384

*Källa:* SKL, sjukvårdsdata i fokus

Av de tillgängliga platserna används nu närmare en fjärdedel för rättspsykiatrisk vård, en dryg femtedel för vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och resterande för frivillig vård.

### Vårdform

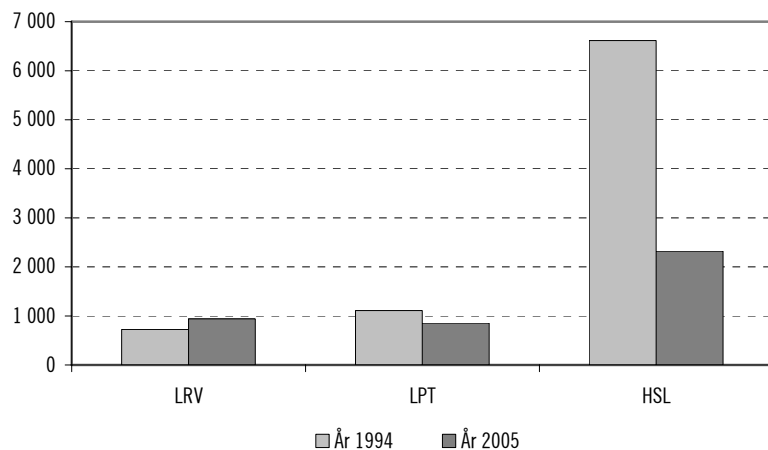
Socialstyrelsens inventeringar visar att antalet patienter inneiggande i psykiatrisk vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), har ökat med 30 procent under den senaste tioårsperioden.<sup>6</sup> Förklaringen till att andelen LRV-vårdade personer ökar bland de slutenvårdade patienterna är att deras vårdtider blir allt längre. Antalet dömda till rättspsykiatrisk vård har däremot varit konstant under den senaste femårsperioden med cirka 375 personer varje år. Till skillnad från LRV-patienterna har frivilligt vårdade samt vårdade enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) minskat under samma period, LPT-patienterna med drygt 20 procent och frivilligt vårdade med 35 procent (se figur 2.1). Sammantaget innebär det att andelen frivilliga patienter minskat under perioden i relation till dem som tvångsvårdas.

Vid Socialstyrelsens inventering i maj 2005 var antalet inneiggande patienter drygt 4 100, varav 940 rättspsykiatri, 850 i annan tvångsvård och 2 320 i frivillig vård. (Socialstyrelsen, 2005b)

<sup>5</sup> Från och med år 2001 redovisas genomsnittligt disponibla vårdplatser under året i stället för fastställda vårdplatser. Med genomsnittligt antal disponibla (belägningsbara) vårdplatser avses det antal vårdplatser som genomsnittligt under året varit tillgängliga med hänsyn tagen till neddragningar, semesterstängningar, 5-dygnsvård m.m.

<sup>6</sup> Endagsinventeringar i den psykiatriska slutenvården som Socialstyrelsen genomfört 1991, 1994, 1995, 1997 och 2005.

Figur 2.1 Vårdform 1994 och 2005



När det gäller vårdform och fördelningen mellan kvinnor och män visar endagsinventeringar en tydlig bild. Bland de frivilligt vårdade var könsfördelningen relativt jämn vid inventeringstillfällena, med en viss överrepresentation bland kvinnorna. Männerna är dock kraftigt överrepresenterade när det gäller LRV-vård och utgör under samtliga inventeringar 85–90 procent av de LRV-vårdade.

### Antal patienter

Under 1999 vårdades drygt 49 000 patienter i specialiserad psykiatrisk slutenvård. År 2004 hade patientantalet minskat till cirka 44 000, en minskning med drygt 10 procent. Den genomgående minskningen av antalet patienter mellan 1999 och 2003 verkar dock brytas från och med 2004 då antalet patienter i psykiatrisk vård visar på en viss uppgång. Detsamma gäller för antalet vårdtillfällen. Uppgifter från patientregistret visar att ökningen av antalet patienter i sluten psykiatrisk vård håller i sig under 2005, enligt preliminära uppgifter uppgick antalet patienter till drygt 46 000.

**Tabell 2.2** Antal patienter och vårdtillfällen per patient

År	Antal patienter, sluten psykiatrisk vård	Vårdtillfällen/patient, sluten psykiatrisk vård
1999	49 226	1,80
2000	47 626	1,81
2001	46 433	1,80
2002	44 663	1,82
2003	44 140	1,82
2004	44 565	1,84

Källa: SKL, Patienter i slutenvård.

### Vård dagar

I takt med minskningen av vårdplatsantalet har även antalet vård dagar minskat. Från 1999 till 2004 minskade antalet vård dagar per 1 000 invånare med 50 dagar eller närmare 25 procent. Även medelvårdtiden minskade. Detta kan delvis förklaras med att antalet patienter som skrevs in och ut under samma dag ökade under denna period. 2004 utgjorde endagsvistelserna 8 procent av samtliga vårdtillfällen. Även de patienter som skrevs ut dagen efter inskrivningsdagen ökade och utgjorde 18,5 procent av vårdtillfällena 2004. (SKL, 2004a)

**Tabell 2.3** Vård dagar per 1 000 invånare. Medelvårdtid

År	Vård dagar/1 000 inv.	Medelvårdtid (dagar)
1999	227	22,5
2000	214	19,9
2001	203	20,5
2002	190	19,8
2003	182	19,0
2004	177	18,6

Källa: SKL, Patienter i slutenvård.

### Diagnoser

Av det totala antalet patienter med en diagnos enligt ICD 10 (psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar) upptog psykosgruppen 36 procent av slutenvård dagarna under

år 2005<sup>7</sup>. Ett flertal diagnosgrupper, däribland psykosgruppen, har minskat sitt vårddagsutnyttjande under den senaste femårsperioden. Patienter inom diagnosgrupperna störningar av psykisk utveckling samt psykisk utvecklingsstörning har dock ökat sitt vårddagsutnyttjande under samma period (Socialstyrelsen, statistikdatabas, slutenvårdsstatistik).

I Socialstyrelsens rapport om slutenvård från 2005 (Socialstyrelsen, 2005c) görs en genomgång av antal personer som vårdats för vissa psykiska sjukdomar och beteendestörningar sedan 1987.<sup>8</sup> Rapporten visar på en tydlig minskning under perioden när det gäller vård till den totala gruppen patienter med psykiska störningar orsakade av alkohol. Detta gäller dock inte för kvinnor och inte heller för åldersgruppen 15–24 år. Nyttjande av slutenvård på grund av alkohol har ökat under hela perioden för denna åldersgrupp.

En ökning som kan skönjas inom samtliga åldersgrupper är vård till personer med psykiska störningar orsakade av narkotika. Under perioden 1987–2003 fördubblades antalet patienter med narkotikadiagnoser. En topp nåddes 2000, men en nedgående trend kan skönjas från och med 2002. I Socialstyrelsens senaste rapport om skador och förgiftningar för patienter behandlade i slutenvård framträder en uppåtgående trend för avsiktligt självdestruktiva handlingar. Detta gäller särskilt kvinnor i åldern 15–24 år (Socialstyrelsen, 2006b).

## Sammanfattning

Sammanfattningsvis har slutenvården minskat stadigt sedan länge såväl när det gäller vårdplatser som vårdtider.

Inom den slutna psykiatriska vården har en tydlig förskjutning skett från frivillig vård till tvångsvård. Cirka en fjärdedel av slutenvårdsplatserna upptas av patienter som överlämnats till rättspsykiatriskt vård, varav en klar majoritet med s.k. särskild utskrivningsprövning. Dessa platser är ”låsta” i bemärkelsen att de inte kan användas fritt utifrån en prioritering av behov, utan att de måste gå till de patienter som av domstol har överlämnats till vård.

---

<sup>7</sup> Vårdtid i dagar/100 000 invånare.

<sup>8</sup> Konvertering har gjorts från den tidigare diagnosklassificeringen (ICD-9) till den nya (ICD-10) 1987–97.

Nationell psykiatrisamordning har vid kontakter med brukare, närstående och professionella också fått tydliga signaler om att människor som skulle behöva läggas in skickas hem, bland annat i brist på vårdplatser. Psykiatrisamordningen kan också konstatera att det saknas differentierade avdelningar anpassade efter vissa gruppers behov, och att de befintliga avdelningarna är ofta stora och upplevs stökiga.

### 2.4.3 Insatser i psykiatrisk öppenvård

Vid besök ute i landet, idéseminarier, fokusgrupper och kontakter med olika specialistföreningar och brukarföreningar har Nationell psykiatrisamordning fått bilden av att belastningen på öppenvårdspsykiatri har ökat. Beskrivningarna innefattar ett ökat antal remisser och sökande till öppenvården, mer komplicerade fall där samverkan med olika aktörer krävs, ökad efterfrågan på konsultationer, handledning och rådgivning.

Även om belastningen ökat och de sökande blivit fler så märks denna ökning inte i den nationella statistiken om antal producerade läkarbesök. Enligt statistik från SKL har antalet läkarbesök endast ökat marginellt under de senaste åren. Statistiken visar däremot en tämligen stor ökning när det gäller besök till andra personalkategorier än läkare, t.ex. sjuksköterskor, kuratorer och psykologer som 2005 uppgick till 3,1 miljoner besök. Under 2005 rapporterades cirka 940 000 läkarbesök (egenproducerade o annan vårdgivare) in till Sveriges Kommuner och Landsting. Dessa svarar för 23 procent av samtliga besök, vilket betyder att cirka tre gånger så många besök görs hos andra personalkategorier (SKL, 2006).

Ett skäl till att den rapporterade nytillströmningen inte syns i statistiken kan vara den bristande inrapporteringen till nationella register. Det kan även bero på att den psykiatriska öppenvården fullgör uppgifter som inte kategoriseras som besök, t.ex. konsultinsatser eller när den psykiatriska vården är en del i lokala när-sjukvårdslösningar. För att få en mer heltäckande bild skulle uppgifter som visar flödet av patienter mellan olika vårdenheter vara värdefullt. En sådan ansats kräver dock ett omfattande metodologiskt arbete.

Uppgiften om att patienttillströmningen i psykiatrisk öppenvård ökar, får stöd av en studie från Stockholms läns landsting – Centrum för Folkhälsa. Det bör understrykas att siffrorna inte kan

ses som representativa för landet i sin helhet. Mellan år 2000 och 2005 hade cirka fem procent av befolkningen i Stockholms läns landsting kontakt med psykiatrin (slutenvård och öppenvård inklusive privatpraktiserande psykiater) Detta motsvarar cirka 70 000 personer. Under observationsperioden (1998–2005) har andelen som varit i kontakt med öppenvården ökat med nästan 25 procent, en ökning som dock planat ut under senare år. Könsskillnaderna är stora och under 2005 var det 55 procent fler kvinnor än män som hade kontakt med landstingsdriven öppenvård. Den åldersgrupp som ökat mest är personer mellan 18 och 24. År 2005 hade 5 procent av alla 18–24 åringar kontakt med öppenvårdspsykiatrin, en andel som utgjorde 12 procent av hela patientpopulationen i den psykiatriska öppenvården i Stockholms läns landsting. (Dalman & Wicks, 2006)

Nationell psykiatrisamordning anser att det finns anledning att tro att fler patienter söker sig till psykiatrin och att många har svårbehandlade tillstånd och komplicerade besvär, men att det också finns nya grupper med t.ex. depressions- och ångestproblematik som använder öppenvårdspsykiatrin. Uppgifterna från Stockholm tyder på att kvinnor och unga vuxna står för en betydande del av ökningen, vilket stämmer väl överens med att det finns en ökning av självrapporterad psykisk ohälsa bland dessa grupper (se avsnitt).

Arbetsätten har inte alltid förändras i takt med att nya metoder och ny teknik blivit tillgänglig. Nationell psykiatrisamordnings intryck är att många psykiatriska verksamheter har svårt att genomföra de förändringar som krävs för att leva upp till de krav som ställs. Många verksamheter har ett lågt antal besök per medarbetare och dag. Initiativ har tagits från verksamhetschefer att gemensamt arbeta för att höja produktiviteten från cirka två besök per dag och medarbetare i genomsnitt till fyra besök per dag och medarbetare i genomsnitt.

I kapitel 4 diskuteras hur öppenvårdspsykiatrin bör utvecklas mot en renodlad specialistfunktion med en betydande konsult- och bedömningsverksamhet i samverkan med t.ex. primärvården, socialtjänsten och somatisk specialistvård.

## Primärvårdsinsatser på grund av psykisk ohälsa

Det finns ingen rapporteringsskyldighet till nationella register när det gäller vård och behandling i primärvården. Detta innebär att kunskaperna om vilka insatser som ges i primärvården till människor med psykisk ohälsa är begränsade. Den följande framställningen blir därför främst en beskrivning av hur personalen i primärvården uppfattar situationen.

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att primärvården ska ägnas åt öppen och grundläggande vård, och finnas till för alla oavsett sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Inom primärvården anser man dock att dagens resurser gör det svårt att leva upp till de kraven när det gäller patienter med psykisk ohälsa som man uppfattar som ökande.

Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att följa upp och analysera användningen av antidepressiva läkemedel, och i avrapporteringen redovisas en enkät vars resultat ger en bild av hur verksamhetscheferna på landets vårdcentraler upplever situationen (Socialstyrelsen, 2006c). De ger i enkäten uttryck för en stor och tilltagande belastning på primärvården när det gäller personer som söker för psykiska problem av olika art. Cheferna uppfattar generellt sett att de inte har möjlighet att möta den stora efterfrågan på utredning och behandling. Många rapporterar också om svårigheter i samarbetet med psykiatrin och andra samhällsinstitutioner. Vidare menar de att den ökande psykiska ohälsan inte enbart är en fråga för hälso- och sjukvården, och att förväntningarna på primärvårdens insatser är för stora.

Nationell psykiatrisamordning uppfattar att samarbetet mellan primärvården och specialistpsykiatrin fungerar på vissa platser, men att det generellt sett inte verkar vara tillfredställande. Det saknas tydliga uppgörelser om ansvar och i många lägen uppfattar båda att den andra parten brister. Primärvården saknar ofta tillräckliga resurser, både på grund av läkarbrist och att det saknas tillgång till de andra personalkategorier som behövs.

Bristerna på adekvat kompetens framkom bland annat i Socialstyrelsens nationella tillsyn av sjukskrivningsprocessen där företrädare för alla granskade verksamheter, bl.a. 194 vårdcentraler, ansåg att man behövde bättre tillgång till beteendevetare som kuratorer och psykologer (Socialstyrelsen, 2006d).

Den psykiatriska kompetensen inom allmänläkarkåren varierar. Det finns många intresserade och mycket duktiga läkare i primär-



vården som tar en stor del av den psykiatriska problematiken i sitt område. Samtidigt finns exempel på bristande kompetens hos läkarna. Flera undersökningar under senare år visar att primärvården i många fall inte upptäcker psykiska sjukdomstillstånd. Personer med ångest- och depressionssjukdomar som skulle kunna få hjälp förblir obehandlade.

Sammanfattningsvis ökar antalet patienter som kontaktar primärvården för psykisk ohälsa, och personalen upplever situationen som pressande. Därutöver finns uppgifter som tyder på att ännu fler skulle behöva behandling. I kapitel 3 diskuteras behovet av att hela samhället arbetar strukturerat för psykisk hälsa, och i kapitel 4 redovisar Nationell psykiatrisamordning vår analys om hur primärvården och den psykiatriska specialistvården bör fördela uppgifterna i arbetet mot psykisk ohälsa.

#### **2.4.4 Tillgänglighet, innehåll och kvalitet i psykiatrisk vård**

Tillgängligheten i psykiatrisk hälso- och sjukvård är svårbedömd. I de kontakter som Nationell psykiatrisamordning haft med landstingen uppger många att de inte har några köer till sina verksamheter. Samtidigt uppger brukarorganisationerna att deras medlemmar ibland får beskedet att den behandling de enligt både sin egen och läkarens bedömning är i behov av, inte kan erbjudas eftersom resurser saknas. Främst gäller det psykoterapi. Skälet till att klinikerna saknar köer kan därför vara att patienterna inte hamnar på väntelistor eftersom viss behandling inte finns.

Totalt 206 kliniker inom allmänpsykiatrin hade i september 2006 lämnat in uppgifter till SKL:s databas över väntetider i vården, och av dem hade drygt 40 procent väntetider på högst 4 veckor. Tjugo procent uppger väntetider om 5 till 8 veckor, 26 procent 9–13 veckor och 10 procent uppger att väntetiden på deras klinik är längre än 13 veckor. Det totala antalet väntande patienter är för vissa av dessa kliniker upp till 300 personer. Urvalet är emellertid så litet att inga långgående slutsatser kan dras av dessa siffror. I Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen var det en relativt vanlig uppfattning hos primärvårdsläkarna att sjukskrivningarna blev längre än nödvändigt på grund av långa väntetider hos psykiatrin.

Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén gjorde en enkät till samtliga Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter i landet och

stälde frågor om väntetiderna (SOU 2003:06). På frågan om vilken väntetid verksamheten har för det första besöket vid planerad mottagning var det vanligaste svaret (25 procent) att det beror på prioritet. Av de övriga svaranden angav 14 procent mer än en månads väntetid, 20 procent cirka en månad och 5 procent mindre än en veckas väntetid.

När det gäller innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården gör Nationell psykiatrisamordning bedömningen att det finns stora brister när det gäller tillgången till kompetens, personal, metoder och arbetssätt, samt i organisationen. Denna slutsats görs med stöd av de många kontakter som samordningen haft med vårdpersonal, brukarorganisationer och medarbetare vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Läkarbristen bekräftas av en rapport från Socialstyrelsens tillsyn av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Jämtlands och Västerbottens län (Socialstyrelsen, 2005d). Båda klinikerna uppgav stor brist på läkare och i ingen av dem kunde erbjuda alla patienter att träffa en specialistkompetent läkare, utan att det avgjordes av prioriteringar. Brist på personal i olika yrkesgrupper, inte minst läkare, kan innebära att patienten får vänta på en medicinsk bedömning, att intyg som behövs hos andra myndigheter inte utfärdas i tid eller att medicineringen inte följs upp på ett optimalt sätt.

Flera tillsynsrapporter visar också att ett systematiskt kvalitetsarbete ofta saknas. Detta kan t.ex. innebära att det inte finns rutiner för klagomålshantering, planering och samverkan. För patienten kan det leda till att han eller hon inte får sina behov tillgodosedda ur ett helhetsperspektiv och att möjligheten att påverka vården och behandlingen begränsas.

Kunskapen om verk samma metoder i den psykiatriska vården har blivit bättre under de senaste åren. Däremot saknas ofta strukturer för att införa och använda kunskapen. Evidensbaserade metoder används därför inte i den utsträckning som är möjligt och önskvärt.

Uppgifter från verksamhetschefer, andra professionella och enskilda medarbetare vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter tyder på att en möjlig orsak till bristerna kan vara att vårdgivarna inte ger verksamhetscheferna ett tydligt uppdrag. Uppdragen begränsar sig ofta till hur länge förordnandet ska vara och vilken lön som utgår, medan inget sägs om verksamhetschefens ansvar utifrån Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård. Detsamma gäller för chefsöverläkare,

anmälningsansvariga och nu även säkerhetsansvariga, vilka alla är lagreglerade befattningar. Ytterligare en nivå upp är huvudmannens uppdrag till de enskilda vårdgivarna ofta vagt formulerade och svåra att använda som grund för uppföljning.

Detta innebär också att hälso- och sjukvårdsuppdraget inom psykiatrin är tämligen oklart. Det är t.ex. inte alla kliniker som anser sig ha ett ansvar för att behandla missbruk hos personer som LRV-vårdas, något som tas upp i det särskilda betänkandet om den rättspsykiatriska vården. Nationell psykiatrisamordning har gjort intervjuer med personal i den psykiatriska vården angående sysselsättning och rehabilitering, och där framgår att majoriteten avgränsar sitt uppdrag snävt till att omfatta utveckling och utredning av de mest grundläggande funktionerna.

Nationell psykiatrisamordning kan också konstatera att det är stora skillnader mellan olika kliniker i landet. På vissa håll erbjuds differentierade insatser till olika grupper i en sammanhållen organisation, men på andra håll kan särskilda diagnosgrupper få mycket kvalificerad vård, medan andra inte får motsvarande stöd. Även innehållet i och nivån på insatserna inom ett verksamhetsfält skiljer sig åt mellan olika landsting. Detta bekräftas t.ex. av den granskning som Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter gjort av beroendevården i landet. I slutrapporten konstateras stora skillnader i resurser och inriktning, vilket enligt Socialstyrelsen innebär att de hälso- och sjukvårdsinsatser på området som medborgarna hade tillgång till varierade kraftigt mellan olika landsting (Socialstyrelsen, 2006e).

I dag saknas uppgifter om vilket resultat den psykiatriska vården har för patienternas hälsa och livssituation. I Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport för 2005 konstateras att verksamhetsuppföljningen inom området inte har kommit lika långt som i den somatiska vården (Socialstyrelsen, 2005e).

Sammanfattningsvis kan sägas att de omfattande och återkommande kontakter Nationell psykiatrisamordning haft med professionella och förtroendevalda i landstingen, berörda myndigheter och brukare och anhöriga, tyder på att den psykiatriska vården lider av betydande strukturproblem.

## 2.5 Socialtjänstens insatser – omfattning och innehåll

Inledningsvis kan konstateras att det på socialtjänstområdet liksom när det gäller hälso- och sjukvården saknas data om insatsernas omfattning, innehåll och effekter. Situationen är på flera sätt mer bristfällig inom socialtjänstområdet eftersom det överhuvudtaget inte finns någon individbaserad statistik för t.ex. insatser enligt socialtjänstlagen till personer med psykiskt funktionshinder. Däremot har det gjorts ett antal uppföljningar och utvärderingar som gör det möjligt att på ett övergripande sätt beskriva förhållandena i den svenska socialtjänsten.

### 2.5.1 Omfattningen av kommunernas insatser

Som konstaterades i det inledande kapitlet om reformen bedrivs i dag en omfattande kommunal verksamhet till gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Inom ramen för den fördjupade tillsynen som slutrapporterades 2005, gjordes en totalundersökning av hur många personer med psykiskt funktionshinder som får stöd av kommunen. Resultatet visade att 19 500 personer fick sådana insatser. Man kan dock anta att det egentligen är fler, eftersom det som redovisades var biståndsbedömda beslut och många kommuner inte fattar biståndsbeslut om daglig verksamhet. Inte heller ekonomiskt bistånd ingår i begreppet stöd så som det används i tillsynsprojektet, vilket medför att siffrorna inte inkluderar personer med psykiskt funktionshinder som har försörjningsstöd som enda insats.

Så gott som alla kommuner kan erbjuda någon form av daglig aktivitet och boendeverksamhet till målgruppen. Hälften av kommunerna kan också erbjuda stöd till anhöriga, och cirka en fjärdedel stöd till barn som har en psykiskt sjuk förälder. Andra insatser som ges är social träning i olika former och att socialtjänsten förmedlar enskildas medel.

Socialstyrelsen genomförde 2002 en nationell uppföljning av boendeformer inom socialtjänsten för personer med psykiskt funktionshinder. Inventeringen visade att det vid årsskiftet 2001/02 fanns cirka 850 kommunala boenden för knappt 8 000 personer med psykiskt funktionshinder (Socialstyrelsen, 2003a). Vid samma tidpunkt vårdades cirka 5 000 personer i psykiatrisk slutenvård, varav omkring hälften uppskattades tillhöra psykiatrireformens

målgrupp. Socialstyrelsen konstaterade därför att cirka 10 000 personer fanns i antingen kommunalt boende eller psykiatrisk slutenvård. Detta var inte någon ökning sedan 1997/98, däremot hade det skett en omfördelning från psykiatrisk slutenvård till kommunala boenden. Till den senare kategorin räknades i uppföljningen både kommunala gruppboenden och platser på HVB-hem och vårdhem, som i vissa fall var institutionsliknande. Ingenting kan dock sägas om huruvida det är samma personer som vistats i de kommunala boendeformerna som tidigare fanns på mentalsjukhusen. Inte heller kan några slutsatser dras utifrån dessa siffror, om huruvida insatserna i socialtjänsten och i den psykiatriska slutenvården motsvarar de behov som finns.

Det enda som kan konstateras är att antalet platser för heldygnsomhändertagande av människor med psykiskt funktionshinder inte har minskat kraftigt sedan psykiatrireformen, utan att det i stället är huvudmännen som har omfördelat insatserna. Siffrorna bör dock analyseras med hänsyn till att slutenvårdsplatserna före psykiatrireformen minskat från cirka 35 000 i slutet av 60-talet till 11 000 år 1995. Detta innebär att det mycket väl kan finnas en större grupp i samhället än cirka 10 000 personer som behöver omfattande och dagliga insatser.

### 2.5.2 Inventeringar och uppsökande verksamhet

Man kan alltså konstatera att kommunerna ger insatser till en relativt stor grupp personer. Detta innebär dock inte att behoven alltid är tillgodosedda. I rapporten från den fördjupade tillsynen anges att cirka 35 000 personer kan antas ha behov av insatser. Detta kan ses som ett tecken på att kommunerna visserligen bedriver verksamhet som riktas till målgruppen, men att många i dagsläget inte klarar det mer övergripande uppdraget att kartlägga behoven och söka upp enskilda personer för att informera om insatserna.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna konstaterar i tillsynsrapporten från 2005 att kommunerna har problem med att upprätthålla aktuell kunskap om hur stor målgruppen är och hur deras behov och önskemål ser ut – endast hälften av kommunerna har skaffat sig tillräcklig kunskap om målgruppen, och en lika stor andel har inte heller genomfört tillräckliga informationsinsatser. Ett annat problemområde har varit att ringa in gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Det finns en osäkerhet om hur psykiskt

funktionshinder ska definieras och vilka personer som ska inkluderas i målgruppen. Detta försvårar arbetet med behovsinventeringarna. Dessutom finns oklarheter kring de rättsliga förutsättningarna för att genomföra gemensamma inventeringar mellan myndigheten och vårdgivarna, en fråga som kommer att diskuteras längre fram i betänkandet. Ett förslag till definition av målgruppen har lämnats i kapitlet om funktionshinder.

Av tillsynen framgår också att bristerna i kommunernas informerande verksamhet till målgruppen och dess anhöriga fortfarande är stora. År 2004 bedömdes att knappt hälften av kommunerna genomförde sådana insatser. Små kommuner hade svårare än övriga att uppfylla tillsynens krav.

### **2.5.3 Insatsernas innehåll, kvalitet och resultat i socialtjänsten**

Efter att ha konstaterat att nästan alla kommuner har ett utbud av verksamheter men att alla inte får del av insatserna, är nästa steg att fråga sig om insatserna ger goda resultat. Även om det finns goda exempel på t.ex. flexibla och väl utvecklade boendestödsinsatser är Nationell psykiatrisamordnings slutsats att skillnaderna mellan kommunerna är stora och att det generellt finns brister i kommunernas verksamheter. Särskilt oroande är Socialstyrelsens och länsstyrelsernas slutsats att många individer inte får ett samordnat och individanpassat stöd. Många gånger saknas bedömningar av den enskildes behov ur ett helhetsperspektiv, och endast hälften av handläggarna anser sig ha fått ett sådant uppdrag. Även individuella planer saknades oftast kring de personer vars akter granskades i den fördjupade tillsynen. De insatser som ges är sällan tillräckligt flexibla och individanpassade. Det gäller t.ex. svårigheten för personer som behöver det, att få boendestöd på andra tider än under kontorstid. De sysselsättningsinsatser som erbjuds är ofta av sådan karaktär att avståndet till arbetsmarknaden är stort. För yngre personer med psykiskt funktionshinder verkar utbudet av daglig sysselsättning och arbetsträning vara illa anpassat.

En viktig faktor för att verksamheterna ska förstå och kunna utveckla sitt uppdrag är det finns tydliga styrdokument för planering och uppföljning. Även där konstaterade tillsynen betydande brister. Nationell psykiatrisamordning har mött ett stort engagemang hos de förtroendevalda för målgruppens behov, men ofta

saknas tillräckliga kunskaper. I en kommun är det också svårt att ha fokus på samtliga områden och då tenderar områden som berör det största antalet medborgare att få företräde. Äldreomsorgen, barnomsorgen och skolan är exempel på sådana verksamhetsområden.

Det räcker emellertid inte med att mål och inriktning för verksamheten anges på politisk nivå. För att verksamheterna ska utvecklas i rätt riktning är det viktigt att de som berörs mest av dem får möjlighet att delta i verksamheternas planering och utformning. Tillsynsmyndigheterna kunde trots det 2004 konstatera att bara hälften av kommunerna vidtagit informationsinsatser riktade mot den organiserade anhörig- och brukarrörelsen. När det gäller samarbetet med brukarinflytande saknas också ofta metoder. Kommunerna ger i kontakten med Psykiatrisamordningen uttryck för att de gärna samarbetar både med organisationerna och med brukare inom vissa verksamheter, men att de inte finner några former som är effektiva och fungerande. Nationell psykiatrisamordning har därför beviljat medel till ett projekt som arbetar med metodutveckling inom området brukarinflytande. I ett senare kapitel lämnas förslag till ett förstärkt brukarinflytande inom vård, stöd och service på psykiatriområdet.

Sammantaget bedriver kommunerna tämligen omfattande verksamhet för målgruppen, men man kan ändå konstatera att många individuella behov inte tillgodoses i tillräcklig omfattning. Det verkar finnas ett stort behov av kompetensförstärkningar och metodutveckling, samtidigt som många kommuner behöver bygga ut sin verksamhet. Särskilt svårt tycks kommunerna ha att leva upp till de övergripande kraven på behovsinventeringar, planering och samordning, och på att tillgodose brukarnas inflytande. Slutsatsen att dessa områden behöver prioriteras kommer att präglade de förslag som Nationell psykiatrisamordning föreslår i betänkandet.

## 2.6 Rehabilitering och arbetsmarknadsåtgärder

Försäkringskassan är den myndighet som bär kostnaden för de personer som finns i sjukersättningssystemet, och har det övergripande ansvaret för att rehabilitering kommer till stånd. Försäkringskassans uppgift är bland annat att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabilitering enligt lagen om allmän försäkring. Myndigheten kan också köpa aktiva åtgärder för enskilda personer, vilket för människor med psykiskt funktions-

hinder huvudsakligen tycks vara utredningar av arbetsförmågan. Möjligheten att köpa en aktiv arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd begränsas också till de försäkrade som har en arbetsgivare. Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade. Även kommunen ska inom ramen för sin hälso- och sjukvård erbjuda sådana insatser. Kommunen har också en skyldighet att medverka till att enskilda med psykiska eller fysiska funktionshinder får en meningsfull sysselsättning. Arbetsmarknadsmyndigheten ska i första hand matcha arbetskraft mot arbetsmarknaden, men de förfogar också över pengar till särskilda program och åtgärder för att hjälpa personer med funktionshinder tillbaka till arbetsmarknaden. Dels finns möjligheten att ordna skyddade anställningar, dels finns det stödfunktioner där det enskilde får personlig handledning på en arbetsplats (SIUS-konsulent) och stöd till personligt biträde.

Psykiatrisamordningen har i en särskild rapport konstaterat att bristande samordning och samverkan mellan de olika huvudmännen leder till splittrade insatser för enskilda personer med psykiskt funktionshinder (Psykiatrisamordningen 2006:6). Till och med där det finns ett varierat utbud av sysselsättningsverksamheter som vänder sig till personer med psykiskt funktionshinder kan det vara svårt för människor att få tillgång till dessa. Anledningen är att huvudmännen ofta har en bristfällig kunskap om varandras utbud, och den enskilde hänvisas till vad den myndighet han eller hon för tillfället har kontakt med kan erbjuda.

Personer med psykiskt funktionshinder är också svagt representerade i arbetsmarknadsverkets åtgärdsprogram för funktionshindrade. De insatser som främst riktar sig till psykiskt funktionshindrade är offentlig skyddad anställning (OSA) och lönebidrag. Av de cirka 2 000 nya deltagarna i OSA under budgetåret 2004 hade bara en av fem nedsatt arbetsförmåga på grund av ett psykiskt funktionshinder. Den stora majoriteten av OSA-anställningarna gick till personer med socialmedicinska funktionshinder. AMS egna siffror visar också att endast tolv procent av de arbetsgivare som fått lönebidrag fick det för att de anställt personer som har ett psykiskt funktionshinder (AMS, 2005). Även när det gäller tjänster hos Samhall, som har i uppdrag att skapa arbeten för personer med funktionshinder, och där personer med psykiskt funktionshinder ska prioriteras, är andelen personer från denna grupp liten – cirka 14 procent (Samhall, 2006).



Detta antyder att de arbetsmarknadsåtgärder som särskilt riktas till personer med funktionshinder generellt inte i någon avgörande utsträckning når personer med psykiskt funktionshinder. Detta skulle bland annat kunna förklaras av att många psykiska sjukdomar som ger funktionshinder debuterar tidigt, vilket gör att personer med denna typ av arbetshandikapp inte hinner skaffa sig annat än en mycket svag förankring på arbetsmarknaden. En svensk longitudinell undersökning (Melkersson, 1999) visar att de som har en koppling till arbetsmarknaden i större omfattning ges möjlighet att ta del av de arbetsmarknadspolitiska program som finns. Eftersom arbetsmarknadsverkets åtgärder många gånger inte når personer med psykiskt funktionshinder, blir många i gruppen istället hänvisade till, och blir kvar i, bidragsberoende.

## 2.7 Samverkansbrister

Flera uppföljningar har påvisat betydande svårigheter för berörda huvudmän att arbeta tillsammans för att ge den enskilde ett heltäckande och sammanhållet stöd. Det senaste exemplet är Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn där 462 individer i 32 kommuner granskats (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005). Granskningen visar att i bara 6 av 10 fall finns en faktisk strävan efter samarbete i situationer när detta bedöms relevant. Endast i 3 av 10 fall fanns en individuell plan. Även Nationell psykiatrisamordningskontakt med brukare, landsting och kommuner tyder på stora svårigheter för huvudmännen att finna gemensamma lösningar kring de personer som behöver det.

Ett område där strider ofta uppstår är kring vem som ska betala för behandlingshemsvistelser för barn och ungdomar som har en psykosocial problematik. Kring en ungdom som missbrukar, får återkommande raseriutbrott, begår småbrott och återkommande gör sig själv illa på olika sätt är det viktigt att samhället tar ett gemensamt ansvar för hela livssituationen. I stället uppstår ofta svårlösta meningsskiljaktigheter om vad som är socialt och vad som är psykiatrisk och vem som ska stå för kostnaderna. Samtidigt finns det exempel på när samverkan kring barn och ungdomar faktiskt fungerar. I en tillsyn av den psykiatriska öppenvården i Jämtlands och Västerbottens län konstaterade Socialstyrelsen att det fanns rutiner för samverkan och att man gjorde individuella planeringar kring de enskilda barnen och ungdomarna (Socialstyrelsen, 2005d).

Dessa fall handlar dock om det löpande klientarbetet och inte om de situationer där behoven är så stora att det krävs ett gemensamt ansvarstagande för heldygnsinsatser.

Kring personer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar är problemen också betydande. Det finns forskning som visar att en gynnsam behandling måste innehålla åtgärder mot missbruket samtidigt med psykiatrisk vård och behandling (Socialstyrelsen 2006f). Inom ramen för psykiatrireformen gavs stimulansmedel för start och drift av ett antal integrerade verksamheter till denna målgrupp – s.k. DD-team (dubbeldiagnoser). Den uppföljning som gjorts av Socialstyrelsen visade på goda resultat när det gällde hälsa och livssituation för dem som fått del av insatserna (Socialstyrelsen, 2004b). Trots de positiva resultaten fungerade inte det gemensamma ansvaret för målgruppen tillfredsställande. Svårigheter att få till stånd ett samarbete mellan främst socialtjänsten och psykiatrin kvarstod. Att detta är ett generellt problem, särskilt när det gäller individer med personlighetsstörning som missbrukar, konstateras i Socialstyrelsens rapport om sambandet mellan våldshändelserna i Gamla stan och Åkeshov, och bemötande och behandling i psykiatrin och socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2003b). Detta är allvarligt eftersom det också gäller en grupp med stor överrisk för att begå allvarliga våldsbrott. Svårigheterna finns inte bara mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, utan också mellan den allmänpsykiatriska vården och beroendevården.

Även kring personer som har permission under pågående vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård finns samverkanssvårigheter. Dels upplever kommunerna ofta att de saknar resurser för att kunna erbjuda ett gott och säkert omhändertagande av gruppen, dels uppstår ofta strider kring den rättsliga tolkningen av kommunens ansvar för dessa patienter. Ett förtydligande av kommunens ansvar i dessa situationer föreslås i det särskilda betänkandet om den rättspsykiatriska vården.

Men problemet med bristande helhetslösningar är också mer övergripande och riskerar att underminera möjligheterna att leva upp till målsättningen att människor med psykiskt funktionshinder ska vara delaktiga i samhället och så långt det är möjligt leva som andra. För en person som är på väg att återhämta sig från psykisk sjukdom är det viktigt att insatserna som ska bidra till en fungerande livssituation hänger väl samman. Boende, sysselsättning, medicinering, samtalsstöd, utbildning, arbetsträning och annan

rehabilitering kan inte utformas var för sig, eftersom en insats kan vara beroende av en annan. Det är också nödvändigt att personen själv ska kunna bestämma vilka mål insatserna ska ha, så att han eller hon kan få överblick och uppleva sig kunna återta kommandot i sitt liv. Att det sällan förhåller sig på det sättet visas i den analys av situationen på rehabiliteringsområdet som Nationell psykiatrisamordning tagit fram. Av rapporten framgår att ingen huvudman anser sig ha ansvar för de personer som genomgått en grundläggande psykiatrisk rehabilitering, men där det fortfarande är osäkert om han eller hon klarar ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. De verksamhetsföreträdare som intervjuats ger ofta uttryck för en förväntan att någon annan ska göra det som man inte anser ligger inom ramen för det egna uppdraget. I kapitel 6 lämnas förslag på hur rehabiliteringsprocessen kan förbättras för personer med psykiskt funktionshinder.

För att individuella helhetslösningar ska kunna åstadkommas ska naturligtvis insatserna på individnivå stå i fokus. Samtidigt är detta omöjligt om det inte också finns övergripande överenskommelser mellan de berörda myndigheterna. Syftet med sådana kan vara flera, t.ex. att slå fast gemensamma mål och principer, komma överens om praktiska rutiner för samverkan och att tydliggöra ansvarsfördelningen på områden där de gällande författningarna inte gör det helt klart. Avtal eller överenskommelser mellan huvudmännen kan därför, som Nationell psykiatrisamordning ser det, också syfta till att komplettera regleringarna på ett område, så att det blir klart för medborgarna vart man kan vända sig och vem som ansvarar för vad.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har undersökt förekomsten av styrdokument som är gemensamma för landstingen och kommunerna. År 2002 hade 12 procent av kommunerna sådana dokument tillsammans med psykiatrin. Två år senare hade siffran ökat till 27 procent. Tillsynsmyndigheterna konstaterar att även om det sker en positiv utveckling måste ”betydligt fler gemensamma styrdokument mellan huvudmännen utformas om ett mer effektivt och samordnat stöd ska kunna förverkligas” (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005).

Nationell psykiatrisamordning har gått igenom ett antal samarbetsavtal mellan kommuner och landsting och kan konstatera att dessa skiljer sig åt när det gäller vad man reglerar och hur det görs. Ett generellt intryck är att många avtal är vaga, vilket kan innebära att deras praktiska betydelse blir begränsad. Detta utvecklas i kapitel 14.

## 2.8 Brukarnas åsikter om det kommunala stödet

Nationell psykiatrisamordning skickade i maj 2006 ut en förfrågan till kommunerna där de uppmanades att skicka in högst fem år gamla brukarenkäter, utförda inom kommunal verksamhet som riktar sig till psykiskt funktionshindrade. Sammanställningen nedan bygger på inkomna 28 brukarenkäter. Enkäterna berör kommunernas gruppboenden, kvartersboende, eget boende, boende med boendestöd samt daglig sysselsättning. Svarsfrekvensen i enkäterna är relativt låg och ligger på 40–60 procent.

Ett dilemma som brukar diskuteras i samband med brukarundersökningar är att resultaten nästa alltid visar på nöjda eller mycket nöjda klienter. Detta gäller särskilt svaren på allmänt ställda, övergripande frågor. Om frågorna till brukarna görs specifika framkommer oftare en mer varierad bild. Tolkningen av resultatet försvåras också av att svarsfrekvensen oftast är ganska låg.

I de enkäter som Psykiatrisamordningen låtit samla in från kommunerna bekräftas bilden av att brukarna är övervägande positiva när det gäller det totala stödet. De positiva svaren kan, förutom att ge en riktig bild av hur brukarna upplever stödet, även påverkas av den beroendesituation som brukarna befinner sig i, via det behovsbedömda stödet. I mindre kommuner med få svarande är detta något som man särskilt bör ta hänsyn till. I undersökningar på området har även poängterats att psykiskt funktionshindrades uppfattningar om vad hög livskvalitet är, avviker från vad personalen i deras närhet gett uttryck för. Personer som levt under knappa förhållanden under en längre tid kan tänkas anpassa sig till dessa omständigheter, vilket sänker kraven.

### 2.8.1 Brukarenkäter

På förfrågningar om hur de svarande upplever kommunens stöd i form av boendestöd och hjälp i bostad med särskild service, är huvuddelen nöjda eller mycket nöjda. Man är nöjd med den sociala samvaron och tryggheten i att kunna diskutera sin situation med någon. Brukarna lyfter även upp den praktiska hjälpen och betonar vikten av att personalen hjälper till med matlagning, städning och betalning av räkningar.

Trots att en övervägande del av svaren är positiva efterfrågar ett flertal brukare ytterligare stöd och hjälp i sitt dagliga liv med:

- matlagning och städning,
- socialt umgänge,
- mer utevistelse och motion i form av promenader och utflykter, samt
- ekonomisk planering och bättre information om kostnader för det kommunala stödet.

Ett flertal som svarat på brukarenkäterna eftersöker även:

- mer tid och en ökad flexibilitet hos personalen. Man upplever att man blir professionellt och bra bemött, men pekar på svårigheter när det gäller att ändra tiden för det stöd man får.

I några undersökningar önskar brukarna ett ökat stöd i de kommunala gruppboendena i form av:

- ökad sysselsättning då man anser att personalen ofta förlitar sig på att dagverksamheten ska ta hand om sysselsättningen,
- mer social samvaro genom aktiviteter, att tillaga och äta måltider tillsammans, eller att åka på utflykt ihop,
- ökat stöd från nattpersonalen. Det är vanligt att oro och ångest kommer på natten och man är då angelägen om att få diskutera dessa känslor med nattpersonalen
- större möjligheter att påverka genom exempelvis införande av boendemöten i de kommuner där detta saknas,
- förstärkt stöd och bättre resurser till anhörigarbete, samt
- inarbetade rutiner vid kriser och konflikter. Vid de gruppboenden där en sådan strategi fanns kände sig brukarna mindre kränkta, man visste att man på ett enkelt sätt kunde framföra sin kritik och prata om eventuella problem.

I de kommuner som i sina brukarenkäter ställt frågor om individuella planer framkom att många brukare inte ens visste vad detta är. I två av kommunerna visade det sig att 23 respektive 44 procent inte visste vad en individuell plan var.

## Sysselsättning

I de kommuner där man utfört brukarundersökningar på dagliga verksamheter är det vanligast att en person gör 1–2 besök i veckan. Urvalen i undersökningarna är dock små och bortfallet stort. Av dem som svarat på enkäterna eller har blivit intervjuade är de flesta positiva till verksamheten. De upplever att både den fysiska och psykiska hälsan påverkas positivt av att ha någonstans att gå, att ha någonting att göra och att prata med andra. Många känner sig mer aktiva och upplever att de är delaktiga i den verksamhet som bedrivs. De brukare som inte besöker den dagliga verksamheten anger ofta social fobi som en bidragande orsak. Två brister som nämns är tillgången på personal och kostnaden för resvägen till den dagliga sysselsättningen.

## Brist på information

Den mest återkommande anmärkningen när det gäller kommunens stöd till personer med psykiskt funktionshinder är bristen på information. Denna brist yttrar sig på olika sätt i olika kommuner, men visar på ett generellt problem. Informationsbrist upplever man inom följande områden:

- Brukaren vet inte vart han eller hon ska vända sig i akuta situationer.
- Brukaren vet inte vilka skyldigheter och rättigheter han eller hon har. I ett flertal enkäter framkommer att man inte fått tillräcklig information om hur man överklagar ett beslut som kommunen fattat om stöd och service. Vanligt är också att brukaren inte känner till rätten att läsa sin egen journal.
- De anhöriga vet inte vart de ska vända sig med klagomål och synpunkter.
- Brukaren får inte information om sin sjukdom eller sina besvär.
- Brukaren får inte hjälp med att söka information.
- Brukaren får inte information om vilka avgifter som gäller för exempelvis boendestöd.
- Brukaren och de anhöriga får inte information om det utbud som finns i kommunen.

Det är svårt att generalisera utifrån de undersökningar som samordningen tagit del av eftersom urval och metod skiljer sig mycket

åt mellan kommunerna. Man kan dock konstatera att många av de individer som svarat på enkäterna identifierat flexibilitet, inflytande och information som bristområden. Av det här aktuella materialet framträder därför bilden av att kommunerna inte förmår att bidra till makt och kontroll över den egna livssituationen, för dem som använder sig av insatserna.

## 2.9 Brukarinflytande inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Umeå genomförde under 2003 en undersökning om hur brukar- och anhörigföreningarna ser på tillsynen av psykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2004d). Gällande möjligheter att framföra klagomål till den regionala tillsynsenheten ansåg brukar- och anhörigföreningarna att detta fungerade ganska eller mycket dåligt. Man eftersökte här bättre information och ökad lyhördhet, exempelvis genom regelbundna möten för diskussion kring gemensamma frågor. Angelägna områden för tillsyn och utveckling var; bemötande från personalen, uppföljning av mediciner och annan behandling samt tillgång till olika behandlingsalternativ. Ökad delaktighet i vården för patienter och anhöriga samt samarbete mellan kommun och landsting fanns även med på prioriteringslistan, liksom förbättrad kvalitet och tillgång till slutenvård. Ett ytterligare förbättringsområde var arbetet kring vårdplaner, att dessa upprättas och följs upp samt att detta görs tillsammans med brukare och anhöriga.

Under 2006 genomförde tillsynen även en enkätundersökning där verksamheter för psykiatrisk vård, rättspsykiatrisk vård samt barn- och ungdomspsykiatrisk vård besvarade frågor om graden av samverkan med brukare och anhöriga inom den norra regionen (Socialstyrelsen, 2006g). Av de tjugo svarande verksamheterna deltog brukar- och anhörigföreningar i det fortlöpande arbetet i sju av dessa. Ett relativt lågt antal. Enkätsvaren visar dock att en hel del är på gång när det gäller kvalitets och säkerhetsarbete och att verksamheterna blivit mer medvetna om betydelsen av att samverka med brukare och närstående. Problem ses i intresseföreningarnas begränsade möjligheter att medverka på grund av få och äldre deltagare. Verksamheterna lyfter vidare fram betydelsen av en mer systematisk samverkan i form av exempelvis brukarråd för ett ökat inflytande som inte stannar vid informationsöverföring mellan parterna.

## 2.10 Så vill vi ha det; patient-, brukar- och anhörignätverkets ståndpunkter

I Nationell psykiatrisamordnings arbete med förbättra psykiskt funktionshindrades möjligheter till inflytande och påverkan i samhället har ett nätverk, innehållande 15 brukar- och anhörigföreningar, spelat en viktig roll (se bilaga 5). I mars 2005 inbjöd Psykiatrisamordningen dessa brukar-/anhörigorganisationer till ett första möte. Därefter har nätverket träffat Psykiatrisamordningen var sjätte till åttonde vecka för att diskutera olika aktuella frågeställningar samt strategier för ett ökat brukarinflytande på lokal, regional och nationell nivå. Brukar- och anhörignätverket deltar också i Psykiatrisamordningens övriga utvecklingsarbete bland annat genom att vara representerad i de femtontal styrgrupper som finns för de riktade projekt som påbörjats under 2005 och 2006.

Som ett led i utvecklingsarbetet har Nationell psykiatrisamordning gett brukar- och anhörignätverket i uppdrag att ta fram en rapport med nätverkets framtidsvision och gemensamma synpunkter ur ett brukar-/anhörigperspektiv. Framtidsvisionen, *Så vill vi ha det – Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet*, har publicerats i Psykiatrisamordningens rapportserie (2006:6). Nedan ges ett sammandrag av brukarnätverkets vision och önskemål.

### 2.10.1 Patient-, brukar- och anhörignätverkets syn på dagsläget

Nätverket anser att utvecklingen mot ett kunskapsrelaterat synsätt på psykisk sjukdom eller funktionshinder är bra men långt ifrån tillfredställande. Fortfarande upplever de psykiskt funktionshindrade ett starkt motstånd från samhället i form av negativa attityder och felaktig kunskap. Deras ställning är fortfarande låg och prioriteringen hos vårdapparaten, socialtjänsten och politikerna densamma. Man upplever att ett "vi och de" -tänkande är högst närvarande. Nätverket anser att psykiatrireformen har inneburit en del problem, som bristande strategier för genomförandet samt en del löften som aldrig blev verklighet. Trots detta anser brukarnätverket att reformen ändå inneburit ett steg framåt för personer med psykiskt funktionshinder. Frågor som berör psykiskt funktionshindrade har fått utrymme i samhällsdebatten och i politiken,



och utåtriktade kampanjer och nätverkande har ökat kunskapen hos befolkningen i stort.

Mycket finns dock kvar att göra och i sin framtidsvision för området vill nätverket prioritera följande övergripande punkter för att förbättra vården och omsorgen.

Nätverket anser att:

- Patient-, brukar- och anhörigorganisationerna ska ha ett större inflytande över de centrala beslut som fattas kring områdets utveckling och framtid.
- Psykisk hälsa ska bli ett uttalat folkhälsomål.
- Långsiktiga strategier och mål ska utarbetas för att komma till rätta med den tilltagande psykiska ohälsan i Sverige, och de stora bristerna som finns inom psykiatrisk vård, omsorgsverksamhet och rehabilitering.
- Ett extra anslag på åtta miljarder kronor ska tillföras det psykiatriska området under en uppbyggnadsperiod av åtta år.

I sin framtidsvision för en bättre psykisk hälsa bedömer nätverket att en förbättring kommer till stånd genom att:

- Regeringen antar en nationell nollvision för suicid.
- Öka kvaliteten på den psykiatriska vården.
- Öka kvalitet på stöd, behandling, rehabilitering och habilitering.
- Förbättra möjligheter till arbete och sysselsättning för psykisk funktionshindrade.
- Öka valfrihet och makt att välja behandling och påverka dess utformning.
- Minska de integritetskränkande åtgärderna.
- Göra psykoterapi tillgängligt för den som behöver det.
- Fler och bättre utbildade psykiatrer, psykologer och psykoterapeuter.
- Inrätta ett särskilt statsråd för frågor som rör psykisk ohälsa.
- Förbättra den psykiatriska vården och stödet i våra fängelser.

För en mer detaljerad beskrivning av Patient-, brukar- och anhörignätverkets vision om framtiden hänvisas till rapporten, Så vill vi ha det – Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet. (Psykiatrisamordningen 2006:6).

## 2.11 Psykiatrins och kommunernas kostnader för psykiskt funktionshindrade

### 2.11.1 Kostnaden för specialiserad psykiatrisk vård

#### Kostnaderna under 2005

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) redovisar årligen uppgifter om landstingens och regionernas verksamhet och ekonomi avseende hälso- och sjukvården och regional utveckling. De ekonomiska uppgifterna redovisas bland annat i form av nettokostnader för olika delar av verksamheten. Begreppet beskriver den kostnad som landstingen ska finansiera med skatter, generella statsbidrag och finansnetto. Nettokostnadsbegreppet används i analyser av kostnader relaterat till prestationer, och innebär att den vård som landstinget köpt från andra producenter ingår. Den vård som är köpt av andra producenter och som inte faller medborgarna i landstinget till del redovisas däremot inte inom begreppet. Dessutom görs avdrag för intäkter som är direkt kopplade till verksamheten, såsom försäljningsintäkter och patientavgifter.

Den redovisade nettokostnaden för den totala hälso- och sjukvården var enligt SKL:s redovisning drygt 140 miljarder kronor under 2005 (exkl. läkemedel och tand). För den specialiserade psykiatriska vården (allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri) uppgick nettokostnaden under 2005 till ca 15,5 miljarder kronor. Psykiatrins del av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård utgjorde således 11 procent. Kostnaderna för den specialiserade psykiatrin, omräknat till kronor per invånare var drygt 1 700 kronor. Variationerna mellan olika landsting var emellertid stora. Samtliga landsting utom Stockholms läns landsting (2 200 kr/inv.) och Blekinge läns landsting (1 900 kr/inv.) låg på riksgenomsnittet eller därunder. Lågst kostnader för specialiserad psykiatrisk vård redovisades för Hallands läns landsting, 1 200 kronor per invånare.

Med ledning av uppgifterna i SKL:s redovisning kan kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården år 2005 uppdelas efter olika delområden enligt följande tabell (miljarder kronor).

Psykiatrisk sluten vård	7,7
Psykiatrisk mottagningsverksamhet	7,4
Psykiatrisk dagsjukvård	0,3
Psykiatrisk hemsjukvård	0,1

Den öppna psykiatriska vården som innefattande mottagningsverksamhet, dagsjukvård och hemsjukvård, utgjorde 51 procent av den totala kostnaden för specialiserad psykiatrisk vård år 2005. Vid en jämförelse med tidigare år framgår att en ökad andel resurser nu satsats på öppenvård. Motsvarande siffror för öppenvårdsverksamheten 2001 var 44 procent av den totala kostnaden (SKL, 2003, 2006a).

Investeringskostnaderna inom all hälso- och sjukvård för mark, byggnader och inventarier uppgick under 2005 till 3,6 miljarder kronor. Motsvarande kostnader för den specialiserade psykiatriska vården var 194 miljoner kronor, dvs. fem procent av de totala investeringskostnaderna.

### Kostnadsutvecklingen under senare år

Till följd av omorganisationer inom hälso- och sjukvården, förändrade redovisningsprinciper och nya inrapporteringsystem finns betydande svårigheter att på ett tillfredsställande sätt redovisa den ekonomiska utvecklingen inom psykiatrin och dess andel av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten inom en tioårsperiod. Till sådana förändringar hör ändrade redovisningsprinciper mellan åren 1997 och 1998 och att en ny modell för redovisningen infördes år 2000, *Verksamhetsindelning för landsting och regioner*, VI 2000, för den landstingsgemensamma ekonomi- och verksamhetsstatistiken. Verksamheten redovisas därför numera i två huvudområden: hälso- och sjukvård respektive regional utveckling (till skillnad från tidigare år då uppdelningen var läns- och regionsjukvård och primärvård). Dessa två huvudområden är vidare indelade i ett fyrtiotal delområden med syfte att få en samlad beskrivning av de prestationer som utförts och vad det kostat att utföra dem.

Utifrån befintliga siffror och tabellen nedan kan man utläsa att nettokostnaden har ökat från 1,2 miljarder år 2001 till 1,4 miljarder år 2005 för den specialiserade psykiatriska vården.

Tabell 2.4 Nettokostnad för specialiserad psykiatrisk vård 2001–2005

År	Nettokostnad för specialiserad psykiatrisk vård, samtliga huvudmän (mkr)	Totala nettokostnaden för hälso- och sjukvård exkl. tandvård och kostnader och intäkter för läkemedel i öppenvård, samtliga huvudmän (mkr)	Procentuell andel av den totala kostnaden
2001	12 250	115 170	10,6 %
2002	13 390	124 110	10,8 %
2003	14 000	132 190	10,6 %
2004	14 550	135 200	10,8 %
2005	15 430	140 730	11 %

Källa: Uppgifter från Gun Bahnö, Sveriges Kommuner och Landsting. (Avrundade tal)

Av tabellen framgår att nettokostnaden ökade för specialiserad psykiatrisk vård med 4 respektive 6 procent för åren 2004 och 2005. Vid uppdelning per huvudman visar sig dock stora skillnader i nettokostnaden för den psykiatriska vården, särskilt för budgetåret 2005 där ca en tredjedel höjt sina nettokostnader med drygt 8 procent. En sjättedel av lanstingen har dock minskat med upp till 2 procent eller ligger kvar på föregående års nivå. Majoriteten visar på en genomgående ökning om mellan 3 till 8 procent årligen de senaste tre åren. Detta måste dock ses i relation till den årliga löneförändringen som för den landstingskommunala sektorn var 3, 2 procent för 2004 och 3, 1 procent för 2005. (SCB, 2005).

Psykiatrin har under senare år lyfts fram som ett prioriterat område, något som dock inte speglas i ekonomiska satsningar. I tabell 2.4 framgår att psykiatrins andel av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten varit relativt konstant under den senaste femårsperioden.

Det finns ingen nationell statistik på kostnader för respektive verksamhetsområde inom den psykiatriska vården. Psykiatrisamordningen bedömer dock att kostnaderna har ökat för rättspsykiatrin. Detsamma gäller även kostnaderna för barn- och ungdomspsykiatrin. Dessa senare områden omfattar enligt Psykiatrisamordningens uppskattning mellan tio och femton procent vardera (1,7 mdkr resp. 2,1 mdkr) av de totala kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården. Uppgifterna visar att det är den allmänna psykiatriska vården, och framförallt dess slutna del, som skurits ner.

### 2.11.2 Kostnaderna i kommunerna

Socialstyrelsen har, i samband med uppföljning av psykiatireformen, genomfört en studie (Socialstyrelsen 1999) av samhällets totala kostnader för psykisk störning/sjukdom. För de totala kostnaderna redovisades en ökning med 18 procent mellan 1990 och 1997, den största ökningen bestod av produktionsbortfall (förtidspensioner, sjukbidrag och sjukskrivningar). I studien redovisades även kostnaderna för de kommunala insatserna för målgruppen. Dessa beräknades ha ökat från 1,8 till 2,9 miljarder kronor under perioden. Socialstyrelsen konstaterade att ökningen ganska väl motsvarade den skatteväxling mellan kommuner och landsting som genomfördes i samband med psykiatireformen.

Det ingår i Psykiatrisamordningens uppdrag att se över det samlade resursbehovet för verksamheten. Eftersom inga uppgifter regelbundet samlas in på nationell nivå om kommunernas kostnader för personer med psykiskt funktionshinder, har Psykiatrisamordningen initierat ett projekt med syfte att kartlägga dessa kostnader. Utifrån de preliminära beräkningar som projektet hittills kunnat genomföra är bedömningen att kommunernas kostnader för målgruppen personer med psykiskt funktionshinder 18–65 år under år 2005 kan ha uppgått till drygt 6 miljarder kronor. Av dessa kostnader bedömdes handikappomsorgen svara för 4,9 miljarder kronor (varav kostnad för särskilt boende beräknas uppgå till drygt 3 miljarder kronor) och individ- och familjeomsorgen bedöms svara för 1,2 miljarder kronor. Målgruppens andel av kostnaden för hela handikappomsorgen beräknas uppgå till 15 procent och motsvarande andel för individ- och familjeomsorgen till 9 procent. Kostnaden för försörjningsstöd är inte inkluderad. De redovisade uppgifterna är preliminära, men ger en uppfattning om i vilken storleksordning kommunernas kostnader för målgruppen psykiskt funktionshindrade rör sig. Projektet kommer under våren 2007 att lämna sin slutredovisning.

Av ovanstående kan konstateras att kommunernas kostnader för insatser till personer med psykiskt funktionshinder sannolikt har ökat väsentligt under 2000-talet. Detta stämmer också överens med konstaterandet ovan att många kommuner numera har ett relativt omfattande utbud till gruppen. Vad detta utbud består av mer i detalj finns det emellertid inga rikstäckande uppgifter på. Psykiatrisamordningen skulle gärna se att det hade funnits uppgifter som

möjliggör en analys av hur resurser och kostnader fördelas på olika områden.

Trots att stora resurser avsätts i kommunerna har Psykiatrisamordningen erfarit att många individer inte får sina behov tillgodosedda. Detta kan vara ett tecken på att resurserna inte alltid allokerats så att de ger bästa möjliga utbyte. En möjlighet att öka utbytet av insatta resurser kan vara att bättre ta tillvara möjlighet till samverkan inom och mellan olika delar av den kommunala verksamheten och andra organisationer. En annan väg är att vidta kraftfulla åtgärder för ökad kunskap hos personal och arbetsledning inom berörda verksamheter. Det är främst på dessa områden som ett resurstillskott ska ges. Samtidigt finns också exempel på kommuner som väsentligt behöver bygga ut sina verksamheter. I avsnittet nedan beskrivs också de stora skillnader som finns i kommunernas förutsättningar, där det konstateras att särskilt de små kommunerna kan ha svårt att leva upp till de krav som ställs på olika områden. Därför kommer samordningens förslag om ett särskilt statsbidrag för omhändertagande av personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder att utformas på ett sätt så kommunerna själva kan bedöma inom vilka verksamheter och på vilket sätt resurserna ska användas.

### 2.11.3 Varierande kommunala förutsättningar

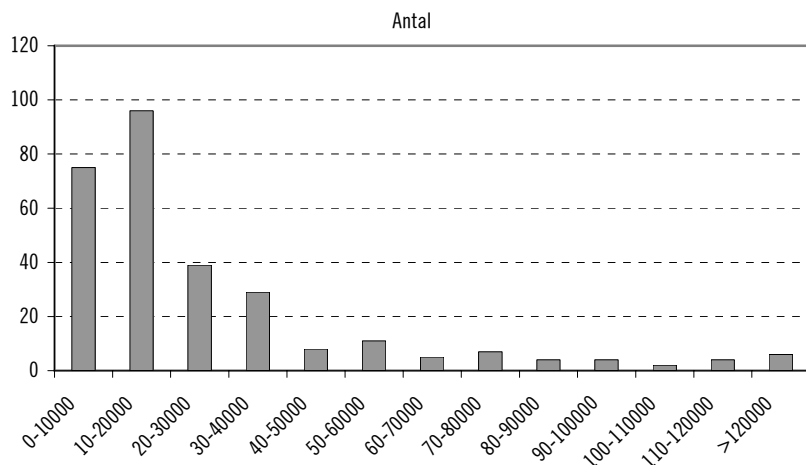
Förutsättningarna för att bedriva en kvalificerad och mångsidig verksamhet varierar betydligt mellan olika kommuner. En huvudfråga är naturligtvis tillgången till kvalificerad personal på olika områden. Men det finns också en ekonomisk aspekt som är knuten till kommunernas storlek. För att en verksamhet ska kunna vara ekonomiskt försvarbar krävs att befolkningsunderlaget är någorlunda stort, men också att avstånden inom upptagningsområdet är rimliga. Hur stort upptagningsområdet behöver vara och vad som är rimligt är naturligtvis en bedömningsfråga och beror på vilken typ av verksamhet det gäller. Ju mer specialiserad en verksamhet är, desto större befolkningsunderlag krävs.

De flesta av landets 290 kommuner är små, och ibland mycket små. Omkring 83 procent har färre än 40 000 invånare och 60 procent av kommunerna har färre än 20 000 invånare.

Många av de befolkningsmässigt minsta kommunerna (< 20 000 invånare) finns i Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län.

Men de finns inte bara där. De flesta små kommunerna finns faktiskt i Västra Götalandsregionen och i Region Skåne. Även i Småland, Östergötland och Värmland är befolkningsmässigt små kommuner vanliga.

**Figur 2.2 Kommunernas fördelning efter invånarantal 2006**



Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting är det glesbygdskommunerna som har den högsta nettokostnaden för äldre- och handikappomsorgen med drygt 17 000 kronor per invånare och år. För de minsta kommunerna och glesbygdskommunerna svarade äldre- och handikappomsorgen för 38 procent av kommunernas sammanlagda kostnader för den egentliga verksamheten, medan motsvarande andel för de större kommunerna var 31 procent.

För att befolkningsmässigt mindre kommuner ska kunna klara en specialiserad verksamhet krävs samarbete med andra kommuner. Detta kan oftast ordnas om avstånden inte är alltför stora. Sverige är emellertid gles befolkat vilket kan innebära särskilda svårigheter. I de inre delarna av de nordligaste länen är det inte ovanligt med 10–15 mil mellan kommunernas centralorter. Att här skapa bärkraftiga enheter i samverkan mellan flera kommuner är en särskild utmaning, i synnerhet som det kan vara få personer som är i behov av insatserna. Man kan därför anta att det i framtiden kommer att bli vanligare med samarbete mellan kommunerna. Det

bör också övervägas om ett statligt stöd till metodutveckling och liknande särskilt stöd bör inriktas på mindre kommuner.

## 2.12 Sammanfattande slutsatser

Av framställningen i det här kapitlet kan konstateras att drygt tio år efter psykiatrireformen finns det fortfarande ett stort behov av förbättringar av samhällets insatser till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Förslag på sådana förbättringar kommer att presenteras i betänkandets olika kapitel. Förbättringsområdena kan översiktligt sammanfattas på följande sätt:

- Det saknas en samlad samhällelig strategi för ökad psykisk hälsa hos hela befolkningen.
- Förankringen av uppdraget och medvetenheten om målen och målgruppens behov måste bli starkare. Detta gäller inom både kommunernas och landstingens politiska församlingar och för tjänstemän med ledningsfunktioner. Många andra aktörers medvetenhet måste också öka. Det gäller bland annat försäkringskassan och arbetsförmedlingen
- Evidensbaserade metoder behöver tillämpas i högre grad. På flera områden saknas metoder med vetenskapligt stöd, vilka behöver utvecklas. Bättre strategier behövs för att införa kunskapsbaserade metoder.
- Slutenvården behöver förstärkas genom ökad tillgänglighet, bättre vårdmiljö och större differentiering.
- Personalens kompetens behöver stärkas och uppdateras. Kommunernas och landstingens organisationer måste göras mer flexibla, behovsanpassade och samverkansinriktade. På de områden där huvudmännen måste ha ett nära samarbete kan integrerade lösningar i form av gemensamma verksamheter vara mest effektiva, och då bör sådana skapas.
- De mest utsatta bör prioriteras. Hit hör personer med behov inom flera myndigheters ansvarsområden, personer som har psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder och samtidigt missbrukar, personer med psykisk sjukdom i kombination med utvecklingsstörning, samt personer med allvarlig kroppslig sjukdom i kombination med någon psykisk sjukdom.



- Funktionshinderperspektivet måste ges ett reellt genomslag och generella handikappolitiska insatser komma målgruppen till del.
- Lägstanivån på utbudet och innehållet i vård, stöd och service måste höjas. Det finns stora skillnader i utbud och ambitionsnivå inom landets olika kommuner. Detta är inte ett problem i sig, utan problemet är att lägstanivåerna är för låga och där måste ambitionerna bli högre och utbudet förbättras.
- Brukarinflytandet i vård, stöd och service måste förstärkas. Fortfarande använder inte verksamheternas ledning den erfarenhet och kunskap som personer med egen erfarenhet och deras närstående har. Bemötandet av brukarna uppvisar fortfarande brister i många sammanhang.
- Det behövs ett förstärkt gemensamt ansvarstagande och förbättrat samarbete mellan huvudmännen och deras respektive verksamheter. Fortfarande förekommer det att en huvudman själv bestämmer gränserna för det man anser vara sitt ansvarsområde, oberoende av om det finns någon annan aktör som i stället tar sig an uppgiften och ansvaret. Detta kan medföra att viktiga behov inte tillgodoses.
- Insatser mot stigmatisering och diskriminering måste vidtas på ett systematiskt och fokuserat sätt.
- Generellt finns också en resursbrist inom området. Det tar sig uttryck både i att utbudet i hälso- och sjukvård och socialtjänst brister på många håll i landet, och i att de insatser som finns inte håller tillräcklig kvalitet.
- Avsaknad av produktions- och resultatdata utgör en allvarlig kvalitetsbrist som hindrar möjligheten att dra slutsatser om genomförda åtgärders effekter.

Dessa förhållanden bildar bakgrund för den följande framställningen och Psykiatrisamordningens bedömningar och förslag.

## 3 En nationell vision

Nationell psykiatrisamordning har haft som övergripande mål att människor med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder ska kunna leva ett gott liv i samhället. Ambitionen har varit att bygga vidare på psykiatrireformens intentioner och föra utvecklingen framåt i samma riktning men med hänsyn tagen till de senaste tio årens erfarenheter och anpassat till kommande samhällsförändringar. Under Psykiatrisamordningens tre år har utvecklingen gått framåt och frågor som rör villkoren för människor med psykiskt funktionshinder har flyttats högre upp på dagordningen. Mycket återstår dock fortfarande innan psykiatrireformens mål är uppfyllda.

### I ett större sammanhang

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser en tioårig nationell plan för psykisk hälsa med ett brett anslag som omfattar alla samhällsaktörer, där vård och omsorg är en del men där ett stort antal aktörer har en mer framträdande roll för att skapa ett samhälle som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa, bör tas fram.

### Skäl för bedömningen

Psykiatrisamordningens uppdrag har haft fokus på personer med allvarlig psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder men insatserna till personer med stora och omfattande behov måste ses i ett större sammanhang. Ett helhetsperspektiv på utvecklingen inom området psykisk ohälsa är nödvändigt för att kunna tillgodose behoven hos olika grupper. De återkommande signalerna om

ökande psykisk ohälsa i samhället som förutom rapporter om ökad upplevd ohälsa visar sig bland annat i sjukskrivningstal och ökad efterfrågan på vård talar för att det behövs ett helhetsperspektiv på psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa är ett uppdrag för hälso- och sjukvården liksom för socialtjänsten, men även andra aktörer som Försäkringskassa, arbetsmarknadsmyndigheterna, elevhälsan, Statens Institutionsstyrelse (SiS) och kriminalvården har ett tydligt ansvar. Psykiatrisamordningen anser att psykisk ohälsa ska mötas så tidigt som möjligt med förebyggande insatser och en lättillgänglig första kontakt för bedömning och rådgivning. När problematiken bedöms allvarlig ska specialistfunktioner inom primärvård, specialistpsykiatri eller socialtjänst enkelt kunna kopplas in. De svåraste psykiska störningarna, psykiska sjukdomarna och psykiska funktionshindren är specialistpsykiatrins huvuduppdrag, ett uppdrag som man ska lösa i samarbete med kommunen och övriga aktörer.

Att förbättra den psykiska hälsan i samhället är däremot, enligt Psykiatrisamordningen, en bredare uppgift som måste hanteras i alla samhällssektorer och där hälso- och sjukvården bara kan bidra med en del. För att lyfta fram insatserna till människor med psykiskt funktionshinder och allvarlig psykisk ohälsa till en nivå jämförbar med kroppslig ohälsa och för att kunna möta framtidens utmaningar behövs ett helhetsgrepp inom hela området psykisk hälsa. Det finns en risk att efterfrågan på insatser för psykisk ohälsa styr snarare än prioriteringar som bygger på analyser av vilka behov som främst bör tillgodoses genom samhällets insatser.

Nationell psykiatrisamordning anser att det behövs en tioårig nationell plan för psykisk hälsa med ett brett anslag som omfattar alla samhällsaktörer.

### **Vad vill medborgare och patienter eller klienter ha?**

Självklart finns det inte något entydigt svar på vad medborgare och patienter/klienter vill ha, eftersom önskemålen i stor utsträckning varierar och är unika för varje människa utifrån hans eller hennes förutsättningar. Samtidigt finns det önskemål som är vanligt förekommande och kan antas gälla för ett stort antal medborgare. Medborgarna vill kunna lita på att vården och omsorgen är lättillgänglig, god och säker. Medborgarna vill också kunna lita på att det finns god och säker psykiatrisk vård, stöd och omsorg för alla

medmänniskor så att de inte far illa, blir en belastning eller till och med farliga. Dessutom vill jag som medborgare veta att mina skattepengar används på bästa sätt.

För patienterna däremot är det viktigt att inte bara veta, utan att få uppleva att det finns tillgängliga insatser som motsvarar deras och närståendes individuella behov. Vården och omsorgen ska vara av hög kvalitet med goda resultat och kunna erbjudas som helhetslösningar. När det gäller enklare problem är närhet och hjälp att själv lösa sina problem viktigt. Vid allvarliga tillstånd eller komplicerad problematik ska möjligheten att få bästa specialisthjälp finnas, och många kan då vara beredda att åka långt för detta. Patienter och närstående vill bli bemötta med respekt, vänlighet och en välkomnande attityd.

### **Vad kan vi förvänta oss av framtiden?**

Dagens informationssamhälle fortsätter att utvecklas, med ett överskott av information, krav på snabba reaktioner, en känsla av närhet till allt, fler möjligheter än vi kan utnyttja och mycket fokus på den enskilde individen och krav på individualiserade lösningar. Flera av dessa utvecklingsscenarier kan komma att innebära allt större efterfrågan på rådgivning och professionellt stöd i det som vi tidigare hanterat i privatlivet. Inom den närmaste tioårsperioden kan vi förvänta oss att kunskapsutvecklingen kommer att vara fortsatt stark och att vi får mycket ny kunskap om hjärnan, om miljöpåverkan, om olika sociala faktorer och samspel med varandra och om biologiska och psykologiska mekanismer som påverkar vårt beteende och vår psykiska hälsa. Många i dag rådande ståndpunkter kommer att behöva omprövas.

Behandlings- och interventionsmöjligheter kommer att vida överstiga våra resurser på samma sätt som i övriga delar av sjukvården. Den upplevda psykiska ohälsan och efterfrågan på psykiatrisk vård har ökat, och kan förmodas fortsätta öka. Den här utvecklingen är särskilt tydlig bland yngre. Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre talar också i den riktningen då en del psykiska sjukdomar, som depressioner, ökar med stigande ålder, liksom åldersrelaterade sjukdomar som demens. Insatserna till människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder måste bli en bredare samhällsfråga om en positiv utveckling ska kunna komma till stånd.

I ett samhälle som kräver aktiva, kunskapssökande medborgare som är duktiga på att hantera stora mängder information och har hög social kompetens, finns det en risk att klyftan ökar mellan den som lyckas och den som misslyckas i livet. Olika typer av psykiska funktionshinder kan innebära att personen har såväl stora för- som nackdelar i ett avancerat informationssamhälle. Vissa specialbegåvningar och speciella sätt att hantera information kan vara till fördel om det tas tillvara i en anpassad miljö. Andra svårigheter som initiativlöshet och tillbakadragenhet måste kompenseras för att personer som inte har förmåga att driva sina egna intressen inte helt ska hamna utanför.

Användare av hälso- och sjukvård liksom socialt stöd och omsorg kommer att i allt större utsträckning vilja vara delaktiga och ha inflytande på sin vård, stöd och behandling. Kraven på information kommer att öka liksom kraven på underlag för att som brukare kunna fatta egna beslut. Brukarna kommer att vara allt kunnigare och mer medvetna om sina rättigheter. Detta kommer också att tydliggöra behoven av differentierade insatser. Det kommer att bli tydligare att kvinnor och män har olika behov och gör olika val, liksom att olika kulturell bakgrund, ålder m.m. påverkar våra val.

Det kommer även i fortsättningen att finnas behov av både generalister och specialister. För att göra bra bedömningar i en initialfas och klara att utföra en kompetent sortering och bedömning av problemens art och tyngd krävs en bred allmän kompetens om såväl medicinska som sociala problem. Med ökande kunskapsmassa, ökade utrednings- och behandlingsmöjligheter och ökade krav på insatser med bästa resultat krävs också duktiga specialister med spetskunskap. Specialisering kommer att krävas hos flera aktörer och det kommer att finnas behov av att de olika aktörernas specialiseringsnivåer överensstämmer med varandra. För vissa problemställningar kommer det att behövas nära samarbete över huvudmannagränserna varför det blir allt viktigare att utveckla system som möjliggör såväl integrerade, kunskapsområdesöverskridande verksamheter som högspecialiserade funktioner med spetskompetens.

### 3.1 En nationell utvecklingsstrategi

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att en nationell utvecklingsstrategi med mål och inriktning för vård, boende, sysselsättning och delaktighet i samhället för människor med allvarlig psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder ska antas av riksdagen. Målen ska vara uppfyllda senast år 2015.

#### Skäl för förslaget

För insatser till människor med allvarliga psykiska sjukdom behövs ett långsiktigt utvecklingsarbete med tydliga mål. Aktiviteterna och den kraftsamling som har påbörjats måste fortsätta och intensifieras om vi ska nå upp till att vård, stöd och omsorg till personer med psykisk ohälsa fungerar på en nivå som svarar mot samhällets ambitioner och som motsvarar de krav som medborgarna ställer.

En övergripande vision kan formuleras på följande sätt. Som medborgare i Sverige ska jag kunna känna mig trygg i att jag och mina medmänniskor:

- får god och säker vård och omsorg om vi får problem med vår psykiska hälsa,
- har samma möjligheter till bostad, arbete, gemenskap och delaktighet i samhället som andra även om vi har ett psykiskt funktionshinder eller allvarlig psykisk sjukdom.

Som har konstaterats i kapitel 2 har många brister och utvecklingsbehov inom området psykisk ohälsa och psykiskt funktionshinder lyfts fram i ett flertal utredningar och rapporter utan att de nödvändiga förändringarna har kommit till stånd. När det märks tydliga förändringar i form av bättre vård, omsorg och stöd till brukare och närstående har vi nått ett första delmål. Först när vården och omsorgen visar förbättrade resultat i form av minskad psykisk ohälsa och ökad funktionsnivå bland patienter och klienter kan samhällets satsningar sägas ha haft framgång.

Erfarenheter från tidigare psykiatrisatsningar och den kunskap som finns från psykiatrireformens genomförande och uppföljning visar att det krävs en långsiktig strategi och en uthållig vilja för att åstadkomma förändringar. Det krävs att alla aktörer är delaktiga och har gemensamma mål och strävar åt samma håll. För att åstad-

komma en förbättrad vård och omsorg men också livssituation för människor med psykiskt funktionshinder krävs förändringar och god vilja inom många samhällssektorer. Erfarenheter från våra nordiska grannländer visar samma mönster, det vill säga att det är trögt, tar tid och kräver stora kraftsamlingar för att nå önskat resultat. Norge har med sin Opptrappingsplan (St. meld., 1996/97) visat att tydliga mål och genomtänkta gemensamma strategier ger resultat.

### **3.1.1 Strategier för genomförande och konkreta, mätbara mål**

Nationell psykiatrisamordning föreslår därför att riksdagen antar ett antal mål och anger en tydlig inriktning för utvecklingsarbetet. Målsättningarna ska kännetecknas av en ökad ambitionsnivå och leda till en ökad status för såväl kunskapsområdet, som patienter/klienter och personal. Strategier för genomförandet ska anges och en kontinuerlig uppföljning av delmålen ska ske och vid behov nödvändiga förändringar av strategierna genomföras. Ansvaret för utvecklingsarbetet ska ligga hos de olika aktörerna, men ett kontinuerligt engagemang från den statliga nivån ska vara tydligt. Resultat och inte satsningar ska vara utfallsmåtten.

### **3.1.2 Fyra övergripande mål**

De övergripande handikappolitiska målen för samhällets insatser till personer med psykiska funktionshinder är de samma som gäller inom alla samhällssektorer. Detta innebär att insatserna ska leda till full delaktighet i samhällslivet, jämlikhet i levnadsvillkor och bidra till en samhällsgemenskap med mångfald som grund (prop. 1999/2000:79). På samma sätt ska de allmänna målsättningar som gäller för hälso- och sjukvård och socialtjänst självklart gälla även insatser till människor med psykisk ohälsa. Prioriteringar ska göras så att den som har det största behovet ska ges företräde till vård. Nationell likvärdighet ska garanteras samtidigt som man eftersträvar lokala lösningar utifrån förutsättningar och behov ska eftersträvas.

Alla människor med allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska garanteras;

- bostad och det stöd i vardagen som de har behov av,
- arbete eller meningsfull sysselsättning,
- gemenskap och delaktighet i samhället,
- goda vård- och stödinsatser.

Nedan följer en beskrivning av respektive mål som avses vara uppfyllt 2015. Dessutom redovisas delmål för 2009 och 2011 med syfte att föreslå strategier och verktyg för att uppnå målet 2015. Många av delmålen handlar om att skapa system för fortlöpande uppföljning och öppna redovisningar vilket i sin tur ger möjlighet för verksamheter att jämföra sig med varandra och ge underlag till förbättringsarbete.

Konkreta förslag kring åtgärder och aktiviteter för att uppnå målen redovisas i kommande kapitel.

## **Bostad**

En bostad som i stort överensstämmer med behov och önskemål är en grundläggande förutsättning för att människor ska kunna ha en fungerande tillvaro. Andra grundläggande behov som mat, sömn, och övrigt för en fungerande vardag är beroende av ett fungerande boende. Stödet ska ges på ett sätt så att målsättningen ”att leva ett liv som alla andra” och individens egna önskemål uppfylls så långt det är möjligt. Bostad och vardagsstöd är en förutsättning för att behandling, rehabilitering och återhämtning ska vara möjlig.

## **Målsättning – bostad och vardagsliv**

Samhällets målsättning ska därför vara att alla människor med en allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska tillförsäkras en fungerande bostad och det stöd i vardagen som de behöver.



*Utvärdering**Mål år 2015*

I alla kommuners och landstings gemensamma årliga inventeringar av målgruppen ska det framgå att alla invånare har ett fungerande boende eller att en aktiv process pågår för att tillgodose detta behov.

*Delmål**År 2009*

Det ska finnas gemensamma definitioner och verktyg för inventeringar, och nationella system för insamling och redovisning av data.

*År 2011*

Alla kommuner och landsting ska ha fungerande inventeringar och siffror som speglar boendesituationen för gruppen ska levereras till nationella sammanställningar som öppet redovisas.

**Arbete eller sysselsättning**

Att arbeta, studera eller ha en annan meningsfull sysselsättning har många positiva dimensioner utöver inkomst till försörjning. Det ger en struktur på dagen och veckan, arbetsplatsen är en arena för sociala kontakter, där finns både lagstadgade och kamratliga stödfunktioner, samtidigt som arbete ger delaktigheten i samhället och stärker självkänslan. För personer med psykiskt funktionshinder är detta dimensioner som är avgörande för att kunna leva ett gott liv. Tillgång till arbete, studier eller meningsfull sysselsättning ska därför ses som en del i behandling och rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder.

**Målsättning – sysselsättning**

Samhällets målsättning ska därför vara att alla människor med en allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska garanteras ett arbete, studier eller en meningsfull sysselsättning utifrån sina förutsättningar.

*Utvärdering**Mål år 2015*

I alla kommuners och landstings gemensamma årliga inventering av målgruppen ska det framgå att alla har någon form av arbete eller sysselsättning.

*Delmål**År 2009*

Det ska finnas en gemensam nationell funktion för samlad av statistik över arbete och sysselsättning samt psykisk ohälsa dit Arbetsmarknadsverket, Försäkringskassan och kommunen kan leverera data som senare kan redovisas öppet.

*År 2011*

Det ska finnas en fungerande nationell statistik över sysselsättningsituationen för målgruppen, en sammanställning av data från Arbetsmarknadsverket, Försäkringskassan och kommunerna som redovisas öppet. En tredjedel av alla offentliga skyddade anställningar (OSA) ska innehas av personer med psykiskt funktionshinder och minst 1 000 personer med psykiskt funktionshinder ska ha trygghetsanställningar. Antalet platser i kooperativ ska ha ökat med 50 procent jämfört med inventeringen 2009.

**Gemenskap och delaktighet**

Samhällets grundvärderingar avseende alla människors lika värde, att alla ska ha möjlighet att vara delaktiga och att även personer med funktionshinder ska kunna leva ett liv i samhället som alla andra gäller även den som drabbats av en psykisk sjukdom eller har ett psykiskt funktionshinder. Förverkligande av detta förutsätter att samhället anpassar sig, tillåter olikheter och kompenserar för de svårigheter medborgarna kan ha. För personer med en allvarlig psykisk sjukdom eller ett psykiskt funktionshinder betyder det både praktiska anpassningar men framför allt förändrade attityder. Synen på psykiska sjukdomar och funktionshinder behöver ändras vilket kan uppnås genom ökade kunskaper och ökad integrering i samhället. Att få bo och arbeta som alla andra ökar integrering men det krävs också mer aktiva åtgärder som stödfunktioner och lättillgängliga mötesplatser. Ökad kunskap i hela samhället krävs

och en naturlig start är kompetensutveckling av personal som i olika sammanhang möter gruppen.

### **Målsättning – gemenskap och delaktighet**

Samhällets målsättning ska därför vara att alla människor med en allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder upplever att de har möjlighet att vara delaktiga i en gemenskap och i samhället och att de möts med förståelse och respekt.

#### *Utvärdering*

##### *Mål 2015*

Av uppföljningar och brukarenkäter ska det framgå att de flesta människor med psykiskt funktionshinder upplever att de får nödvändigt stöd för att vara delaktiga i samhället, och att de har vänner eller annan gemenskap som de önskar.

#### *Delmål*

##### *År 2009*

Det ska finnas en nationell funktion för redovisning av brukarenkäter och det ska dessutom finnas några nationella frågeformuleringar som kan vara delar i lokala enkäter. En aktuell gemensam kunskapsmassa ska ha tagits fram och utifrån den ska det finnas en nationell basutbildning som kan modifieras för olika mottagare. Alla kommuner och landsting ska ha forum för samråd med organisationer för brukare och närstående.

##### *År 2011*

Det ska finnas nationell statistik över några nyckeltal kring känsla av delaktighet i samhället, social gemenskap och brukartillfredsställelse. Den berörda personalen i landsting, kommun, Försäkringskassa, Arbetsförmedling, polis, kriminalvård och Statens Institutionsstyrelse (SiS) ska ha genomgått en kort basutbildning om allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder.

## Vård och stöd

Människor med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder ska erbjudas god och säker vård för sina såväl fysiska som psykiska besvär med tillgängliga kunskapsbaserade metoder. Socialtjänstlagens mål att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, aktiva deltagande i samhällslivet gäller alla och innebär att stödinsatser ska ges så att dessa mål kan uppnås. Eftersom det psykiska funktionshindret eller sjukdomssymtomen i sig kan innebära att personen kan ha svårt att ta emot vård och stöd måste vård- och stödapparaten kompensera för detta.

Vård- och stödinsatserna ska kännetecknas av;

- lättillgänglighet och ambition att erbjudas i så tidigt skede som möjligt,
- kontinuitet och flexibilitet,
- hög kvalitet och aktuell kunskap,
- heltäckande behovsbedömning och individuell planering,
- stort inflytande för den enskilde personen och de närstående,
- samordning mellan berörda myndigheter.

## Målsättning – vård och stöd

Samhällets målsättning ska vara att alla människor med en allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska tillförsäkras vård och stöd utifrån sina behov och med en ambitionsnivå som stämmer med tillgänglig kunskap om möjliga resultat.

### *Utvärdering Mål 2015*

Alla verksamheter som ger vård enligt hälso- och sjukvårdslagen ska registrera all vård i kvalitetsregister, som sedan redovisar resultat i öppna redovisningar där även vårdtagarnas åsikter redovisas. Det ska framgå av de gemensamma årliga inventeringarna att alla som har behov av det får individuella planer och att planerna följs upp regelbundet. Tillgängligheten till vård och stöd ska överensstämma med aktuella målsättningar över hela landet.

*Delmål**År 2009*

Riktlinjearbete eller arbetsgrupper för konsensusdokument om aktuell kunskap ska ha startat och täcka större delen av vård- och stödområdet för allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Öppna redovisningar kring tillgänglighet ska finnas från alla verksamheter som ger vård och stöd till gruppen. Dessutom ska det finnas öppna redovisningar av kvalitetsindikatorer och resultat för några tillstånd. Vidare ska det finnas termer och begrepp för huvuddelen av området, så att registreringen av åtgärder och resultat kan göras likvärdigt över hela landet.

*År 2011*

Det ska finnas psykiatriska kvalitetsregister som möjliggör att all vård kan registreras. Det ska finnas nationella överenskommelser om rimliga tillgänglighetsmål vid olika tillstånd och olika allvarlighetsgrad. Målsättningar för innehållet i vården vid olika tillstånd ska formuleras utifrån nationella riktlinjer eller konsensusöverenskommelser om det aktuella kunskapsläget. System för utvärdering av olika organisationsmodeller ska finnas och även gemensamma system för kunskapsproduktion, lokalt mottagande och implementering av ny kunskap.

## 4 Vård, stöd och service

### 4.1 Fem komponenter för bra vård och stöd

För att den enskilda individen ska få bra vård och stöd för sin egen eller närståendes psykiska ohälsa krävs att samhället vill möta dessa behov, och att det finns en organisation med ett ändamålsenligt innehåll.

I samband med reformer och samhällsförändringar brukar följande tre komponenter lyftas fram som viktiga för att nå de önskade målen:

1. Politiska beslut.
2. Ekonomiska resurser.
3. Organisation och administration.

För att syftet med en satsning inom vårdområdet ska ge önskat resultat behövs också:

4. Kunskap och evidensbaserade metoder.
5. Kompetent personal.

Alla dessa komponenter påverkar, och är på olika sätt beroende av varandra. De tre komponenterna organisation, kunskap och personal är det som ofta menas med vården och de sociala omsorgerna. I detta kapitel kommer främst organisation och kunskap att behandlas. De två första komponenterna, politiska beslut och resurser, behandlas i kapitel 12 och personalfrågorna i kapitel 10.

Det är kommuner och landsting som är ansvariga för att tillhandahålla vård, stöd och service. Landstinget har enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvar för att medicinskt förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar och skador. Landstinget har också ansvaret för somatisk vård och tandvård för personer med psykiskt funktionshinder. Kommunerna å sin sida har ansvaret för hälso- och sjukvård i de s.k. särskilda boendeformerna, och

vissa kommuner har även tagit över hemsjukvården för personer som bor i ordinärt boende. Kommunens ansvar omfattar inte insatser som görs av läkare. Kommunens ansvar för stöd innefattar att genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst, underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. För personer med funktionshinder ska socialnämnden enligt socialtjänstlagen (2001:453) verka för att den som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och han eller hon får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Personal är en viktig resurs i all vård och omsorg men har en extra betydelsefull ställning när det gäller att möta personer med psykisk ohälsa, eftersom personalen är sitt eget arbetsverktyg. Det handlar om möten med människor som befinner sig i en utsatt position och det är ett komplicerat område som kräver kunskap om allt från hjärnfunktioner, psykologiska mekanismer, mänskliga relationer och lagstiftning, till praktiska lösningar i vardagslivet. Det behövs mogna, kloka medarbetare för att kunna hantera det ofta känsliga och etiskt komplicerade samspelet i arbetet med människor i psykisk kris eller med ett funktionshinder. All personal behöver ha uppdaterade kunskaper och färdigheter i att använda verksamma och effektiva metoder. Psykisk ohälsa är ett område som ställer krav på en ändamålsenlig organisation med system för kunskapsutveckling och ett ständigt förbättringsarbete, både för de teoretiska och praktiska delarna.

När uttrycket psykiatriområdet används i texten avser det oftast alla insatser som ges till människor med psykisk ohälsa inom kommuner och landsting.

## 4.2 Organisation

Det är klart uttalat i hälso- och sjukvårdslagen (1982:762) att god och säker vård ska ges på lika villkor, och meningen med socialtjänstlagen (2001:453) är densamma, att personer ska få sina behov tillgodosedda. I landet finns dock stora skillnader i tillgänglighet och innehåll i vården och omsorgen om personer med psykiskt funktionshinder, vilket inte är acceptabelt.

En optimal organisation ska se till att vård och stöd sker med ett helhetsperspektiv på klienten/patientens situation och med bra resultat till lägsta resursåtgång, det vill säga på ett så effektivt sätt som möjligt. I uttrycket bra resultat ligger att klienten eller patienten ska få sitt behov av vård och stöd tillgodosett på ett sätt som är tillfredsställande för personen och de närstående, med metodik som stämmer med den aktuella kunskapen.

Psykiatrisamordningens uppdrag är i första hand insatser till personer som har de största svårigheterna och behoven. När det gäller organisation är det dock viktigt att se på helheten. En svaghet med psykiatrireformen var att uppdraget inte innebar något helhetsgrepp kring området psykisk ohälsa. Bristen på en plan för utveckling av hela området kan vara en av förklaringarna till att resurserna från de slutenvårdsplatser som lades ner inte helt omvandlades till öppenvårdsinsatser för den grupp som använt platserna, utan kom andra grupper till del. Utvecklingen borde ha skett med medvetna prioriteringar och en kunskap om hur hela behovsbilden såg ut, och utifrån detta skulle man ha byggt upp de öppna vårdformerna. Det är ännu viktigare att vi nu skapar lösningar som fungerar i ett helhetsperspektiv. Även om Psykiatrisamordningens uppdrag främst gäller personer med psykiskt funktionshinder och allvarlig psykisk sjukdom, måste lösningarna passa också för dem med lättare psykisk ohälsa eller dem som bara har behov av en bedömning eller hänvisning.

Kommunens och landstingets verksamheter, socialtjänst samt hälso- och sjukvård, behöver vara organiserade så att de klarar att vara både öppna och lättillgängliga samtidigt som de har resurser kvar till dem med de största problemen. Framtidens krav och ökade behov kommer att kräva kloka lösningar som ger möjlighet till olika insatser för olika typer av problem, som t.ex. tillfälliga kortvariga besvär eller långvariga kanske livslånga besvär. Samtidigt måste det ske i sammanhållna strukturer eftersom det ofta är svårt att säga om det problem en person söker hjälp för är ett enklare och övergående problem, eller om det är början på en allvarlig sjukdom eller del av en komplicerad, långvarig problematik.

Under senare år har det funnits en tydlig tendens att skapa stuprör när man effektiviserar, minskar kostnader eller ökar kompetensen. Inom ett område med behov av helhetssyn är det inte lämpligt med sektoriserade organisationsformer. Samtidigt är området för stort och mångfacetterat för att hanteras i ett block. Utmaningen är att hitta organisationsformer som både tillgodoser



småskaliga och lättillgängliga lösningar som ligger nära medborgarna, och högspecialiserade funktioner för komplicerade sociala problem och svåra psykiska sjukdomstillstånd. För att åstadkomma en styrning av resurserna som stämmer med överenskomna prioriteringar behövs en klar och medveten fördelningsstrategi.

Det räcker inte att skapa tydliga teoretiska system och organisationer. Om de som arbetar i systemet inte följer överenskommelserna får man ändå inga positiva resultat. En stor utmaning är att få medarbetarna i organisationen att kunna se både sitt eget uppdrag, sin enhets del i organisationen och helheten. För att helheten ska fungera optimalt måste man arbeta på ett sätt som kanske inte bäst gagnar den egna verksamheten eller de personliga önskemålen. Den typen av helhetsoptimering måste göras kontinuerligt om verksamheterna ska vara anpassade efter patienterna, och inte efter organisationen eller personalen. Detta ställer stora krav på ledningen och cheferna, men också på ett ansvarsfullt medarbetarskap.

Som tidigare har beskrivits ökar efterfrågan på hjälp för psykisk ohälsa. De sociala klyftorna vidgas och de samhälleliga tillkortakommandena är många när det gäller att ta hand om de mest utsatta. Aktörerna inom området psykisk ohälsa måste gemensamt finna former för att hantera detta. Att bara avgränsa och enbart hantera det som strikt ligger inom den egna verksamhetens uppdrag löser inte problemen. Verksamheterna måste i stället kunna hantera både de ärenden som hör till verksamhetsområdet och de som enbart behöver bedömning, rådgivning och kanske hänvisas vidare.

Det finns områden som självklart hör till den psykiatriska sfären och som behöver medicinska, sociala och psykologiska insatser. Det finns också ett gränsland mot allmänna mänskliga problem och mänsklig olycka som uttrycks på liknande sätt som symtom vid psykisk sjukdom, men som är ett normalt uttryck och en mänsklig reaktion på den aktuella situationen. Detta ska inte medikaliseras och inte i onödan göras till något som sjukvård eller socialtjänst ska hantera. På samma sätt finns ett gränsland mot avvikande icke önskvärda mänskliga beteenden som våld, kriminalitet, ondska och andra mänskliga avvigsidor som inte självklart är ett psykiatriskt sjukdomstillstånd eller störning, även om det är destruktiva beteenden. Samtidigt är det svårt att sätta tydliga gränser avseende vad som hör till området och inte eftersom många psykiatriska tillstånd till en början är ospecificerade. Det är inte heller enkelt för den enskilde att avgöra om det han eller hon upplever är ett psykiatriskt

tillstånd som kräver hjälp, eller om det hör till de allmänmänskliga reaktionerna.

Det finns skäl att förvänta ett ökat behov av konsultationer och bedömningar då människor söker hjälp i olika situationer. En första kontakt med kompetens att göra en adekvat bedömning, ge råd och hjälp eller förmedla fortsatt kontakt måste finnas. Den ska vara lättillgänglig och finnas i närmiljön, hos de aktörer som man normalt möter i det dagliga livet eller som har uppgifter i det förebyggande hälsoarbetet, t.ex. skola, mödra- och barnhälsovård, företagshälsa och familjerådgivning, men kanske också i form av kommunala rådgivningsenheter med just uppdraget att vara en första kontaktpunkt.

#### 4.2.1 God och säker vård, social omsorg och stöd på lika villkor – hur åstadkommer vi det?

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att en hög tillgänglighet för första kontakt och bedömning bör tillhandahållas för både sociala problem och psykisk ohälsa. Kommun och landsting bör ha en gemensam strategi för hur vård-, stöd- och omsorgsinsatserna till personer med psykisk ohälsa ska organiseras lokalt för att tillgodose såväl en första kontakt och bedömning som att det finns verksamheter som kan vidta nödvändiga åtgärder på rätt vård- och stödnivå. Syftet med strategin ska vara att se till att ingen riskerar att falla mellan huvudmännens ansvar.

#### Skäl för bedömningen

För att medborgarnas behov av insatser för psykisk ohälsa ska kunna motsvaras av samhällets vård- och stödinsatser krävs att den aktuella kunskapen används och att de berörda huvudmännen ser till att organisationerna är effektiva och att de kompletterar varandra.

Tillgängligheten är en stor utmaning inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst, även om uttrycket mest använts inom landstingsvården. Många uppmärksammade fall med för sent insatta insatser eller icke tillfredställda behov inom vård och omsorg beror just på att man inte har fått kontakt. Det kan gälla att socialtjänsten

har fått viss information men att det inte tillräckligt snabbt lett till någon åtgärd, eller att det är väntetider för att få en bedömning eller ett beviljat bistånd verkställt. På samma sätt finns det många exempel på svårigheter att ens nå fram till primärvård eller specialistpsykiatri, och att det är än svårare att få sina behov tillgodosedda. I de mest dramatiska exemplen har personen i fråga tagit sitt liv innan hjälpen kom till stånd. Det handlar inte enbart om resurser, som exempelvis antal sängplatser i psykiatrin, pengar till placeringar på behandlingshem eller vakanta tjänster för socialsekreterare eller psykiatrer, även om den typen av faktorer självfallet spelar in. Framför allt är det en brist på analys av behov och en gemensam strategi för hur behoven ska tillgodoses. Inte sällan finns problemområden som ingen verksamhet känner sig ansvarig för samtidigt som det är uppenbart att det är behov som samhället ska möta. Detta måste lösas på en övergripande nivå mellan huvudmännen med gemensamma strategier. Det innebär sedan att ansvariga på olika nivåer måste utveckla nya arbetsformer och strukturer för riktiga prioriteringar.

Kommunens och landstingets ansvar utgår givetvis från respektive lagstiftning och en gemensam strategi fråntar inte någon huvudman dess ansvar utan ska tydliggöra att ansvarsområdena möter varandra och tillgodoser hela behovsområdet. De olika bristerna i medborgarnas möjlighet att få tillgång till adekvata insatser kan bero på att det inte finns någon övergripande analys och en organisation som kan hantera en efterfrågestyrd tillströmning så att en rimlig tillgänglighet säkras i alla delar.

Organisationens nödvändiga delar:

- Lättillgänglig funktion för en första bedömning.
- Kunskap och metoder för säkra bedömningar av problemets art och grad.
- Tillgång till funktioner och verksamheter som kan ge lämplig insats.
- Uppföljning och utvärdering av resultatet för den enskilda personen som söker hjälp. Återkoppling till den första bedömningsfunktionen och de följande insatserna.

Nationell psykiatrisamordning anser att tillgängligheten till god och säker vård, social omsorg och stöd kan förbättras om kommunerna och landstingen gemensamt utformar övergripande strate-

gier för att möta människors skiftande behov av insatser för psykisk ohälsa.

#### 4.2.2 Organisation inom hälso- och sjukvård

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att sjukvårdshuvudmannen bör se till att verksamheterna i landstinget har en organisation och rutiner som säkerställer att personer som vänder sig till primärvård eller psykiatri med psykiska problem får en god första bedömning. Dessutom ska alla verksamheter ha rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas när det finns risk för att en patient eller klient kan skada sig själv eller någon annan.

#### Skäl för bedömningen

Alla som vänder sig till vården ska snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt. För detta krävs en kompetent första linje. Det är svårt att med säkerhet avgöra när det handlar om ett tillstånd som behöver någon medicinsk eller psykiatrisk åtgärd eller som enbart behöver ett lugnande besked, och det finns ingen allmänt använd, utarbetad metodik. När det är aktuellt med åtgärder ska denna första nivå kunna avgöra vilken vårdnivå som är lämplig. Detta måste kunna ske med så stor säkerhet att den övriga vården inte ifrågasätter bedömningen utan tar emot patienten med den prioritet som har bedömts. Hela vården måste präglas av förtroende för varandras kompetens så att exempelvis en begäran om konsultation från primärvården inte avvisas av specialistpsykiatrin.

#### Specialistpsykiatris och primärvårdens organisation

Alltför ofta är det gårdagens organisation och resurser som formar en organisation i stället för dagens behov. Vissa organisationsformer är mer på modet än andra, så det finns tidsbundna trender i hur vården organiseras.

En del landsting tillämpar sektorsprincipen, som bygger på att en specialistpsykiatrisk verksamhet har ansvar för all psykiatrisk vård i ett geografiskt område. Vilken öppenvårdsmottagning eller avdel-

ning patienten tillhör bestäms av var han eller hon bor. På senare år har dock allt fler subspecialiserade verksamheter utvecklats. Det vill säga att verksamheterna är organiserade utifrån olika tillstånd, som psykosvård, beroendeklinik, ätstörningsenhet och så vidare. För heldygnsvården kan man se en återgång till sektoriseringens allvårdsavdelningar med en blandning av patienter med alla olika sjukdomstillstånd. På många platser i landet är det en blandning med specialiserad psykosvård, barn- och ungdomspsykiatri och en allmänpsykiatrisk verksamhet. Rättpsykiatri är ofta organiserad för sig. Beroendevård kan vara specialiserad och långt utvecklad, eller nästan inte finnas alls.

Med sektorsprincipen finns fördelen att det blir enklare att samarbeta med till exempel kommun och primärvård (under förutsättning att den geografiska indelningen överensstämmer), men samtidigt blir det svårt att upprätthålla hög specialistkunskap och resurser för ovanliga eller särskilt vårdkrävande tillstånd. SubsPECIALISERINGEN underlättar utvecklingen av hög kompetens och specialfunktioner, men kan vara negativ för patienter med en sammansatt problematik. Personer med en sammansatt problematik riskerar att inte höra hemma i någon verksamhet eller att behöva gå till flera olika verksamheter. SubsPECIALISERINGEN kan också innebära att verksamheterna avgränsar sig så att inte alla sjukdomstillstånd täcks och att samarbetet med vårdgrannar försvåras.

Öppenvårdsmottagningarna inom specialistpsykiatri är teambaserade, ofta efter den traditionella uppdelningen med ett eller två team bestående av en läkare, en sjuksköterska, en psykolog, en socionom, en sekreterare och ibland sjukgymnast och arbetsterapeut. Fördelningen av kompetenser är sällan dimensionerade efter behovet av insatserna utan är traditionell. Nya behandlingsrekommendationer och metoder har inte i tillräcklig omfattning påverkat bemanning eller organisation.

Primärvården tar emot en stor andel patienter med psykisk ohälsa. Vid ett hundratal vårdcentraler finns i dag tillgång till psykolog och socionom men för större delen av primärvården saknas tillräckliga resurser för att kunna svara mot behoven. Olika försöksverksamheter tyder på att den psykiska ohälsan kan mötas mycket bättre i primärvården när olika kompetenser kompletterar varandra. Utöver läkare och sjuksköterskor behövs t.ex. psykologer, socionomer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster med psykiatrisk kompetens.

Behoven förändras snabbt över tid och för att uppnå ett maximalt resursutnyttjande bör psykiatri och primärvård gemensamt analysera vad respektive verksamhet ska göra, vilka kompetenser som då behövs och utifrån det bemanna sina tjänster. När efterfrågan, behov eller kunskapsläget förändras bör organisationen vara så flexibel att den snabbt kan anpassa sig.

### Säkra god vård i rimlig tid genom insatser på rätt nivå

När en verksamhet har ett högt söktryck med större efterfrågan än man kan möta, har en vanlig lösning varit att införa remisstvång eller intagningsstopp. Detta begränsar tillgängligheten. Ett effektivare sätt att möta efterfrågan är att se till att varje ärende prioriteras rätt. Nästa steg är att optimera användningen av organisationen så att allt sker på rätt vårdnivå och med de effektivaste metoderna. Med en organisation där varje nivå besitter den kompetens som den ska ha är detta möjligt, men eftersom efterfrågan kommer att vara stor och resurserna begränsade är det av största vikt att organisationen inte ger vård som inte behövs, eller att den erbjuder onödigt kvalificerade insatser. Samtidigt får personalen inte missa några allvarliga eller brådskande behov, och därför måste den första bedömningslinjen vara högkvalificerad.

#### *Exempel på modell med fem nivåer för insatser vid psykisk ohälsa:*

1. Människor vill lösa sina egna problem och vill i första hand få hjälp att göra det. Information, rådgivningsmaterial, egenvårdsprogram, behandling via Internet och självhjälpgrupper behöver utvecklas.
2. Gruppbehandling och manualbaserade korta behandlingsinsatser som kan ges av personer som inte har en kvalificerad behandlingsutbildning bör kunna erbjudas i primärvård, när-sjukvård osv.
3. Psykiska sjukdomar av lindrigare grad som mindre komplicerade depressioner, ångesttillstånd och sömnstörningar ska kunna tas om hand i primärvården. Specialistpsykiatrin ska finnas nära med utbildning, handledning och konsultationer. Primärvården ska kunna ge såväl medicinska som psykologiska,

pedagogiska som psykosociala insatser. Kompetent personal med adekvat utbildning måste finnas.

4. Allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni, bipolär sjukdom och allvarliga ångesttillstånd ska i de flesta fall behandlas inom specialistpsykiatri, som ska kunna ge anpassade insatser efter sjukdomstillstånd, individuella behov och aktuell kunskap. Specialistpsykiatri ska också kunna erbjuda högspecialiserade utredningar och behandlingar vid komplicerade tillstånd. Specialistpsykiatri liksom all sjukvård ska kunna erbjuda de utrednings-, behandlings- och rehabiliteringsinsatser som lyfts fram i kunskapsöversikter och nationella riktlinjer. Verksamheterna ska se till att det finns rutiner för att kunna tillgodose behovet av vård i komplicerade specialfall, även om man inte kan utföra detta lokalt. Ambitionsnivån ska vara aktuell kunskap och det som kan anses som effektiv vård, inte vad en enskild verksamhet i ett visst läge kan erbjuda.
5. För vissa speciellt svåra tillstånd, kvalificerade utredningar eller vård som kräver speciella arrangemang, kan det vara aktuellt med högspecialiserade insatser som är samlade regionalt eller nationellt.

Nationell psykiatrisamordning anser att insatserna till människor med psykisk ohälsa måste organiseras så att både behov och efterfrågan hanteras på ett ändamålsenligt sätt. Varje landsting bör ha en god kännedom om de aktuella behoven och hur befolkningens mönster att söka vård för psykisk ohälsa ser ut. Utifrån detta bör det finnas en organisation och rutiner för hur ett helt spektrum av insatser för psykisk ohälsa ska se ut, så att alla behov blir tillgodosedda utifrån en rimlig och medveten prioritering.

#### 4.2.3 Organisation inom socialtjänst

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att det i varje kommun bör finnas en organisation och rutiner som säkerställer att personer med psykiskt funktionshinder, personer med psykisk sjukdom och missbruk samt barn och unga med, eller med risk för, psykisk ohälsa får sina behov tillgodosedda på ett effektivt och samordnat sätt.

## Skäl för bedömningen

I många kommuner finns otillräckliga kunskaper om kommunens ansvar för insatser till personer med psykiskt funktionshinder och om hur insatser till barn och unga och personer med missbruk ska utformas när det också finns en psykisk ohälsa.

Verksamheten för personer med psykiskt funktionshinder är ofta placerad inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg eller äldre- och handikappomsorg. Vissa kommuner har bildat särskilda handikappenheter, ibland med egna nämnder, och skiljt äldreomsorgen från handikappomsorgen. Vid Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn (2005) framkom att i drygt hälften av landets kommuner hade verksamheten riktad till personer med psykiskt funktionshinder delats på två till fyra olika enheter inom kommunen. I tre av tio kommuner fanns en särskild enhet med ansvar för målgruppen. Det var framförallt de mellanstora kommunerna som hade organiserat ansvaret på detta sätt. Även om huvudansvaret för verksamhet riktad till personer med psykiskt funktionshinder är organiserad i en och samma verksamhet, kan en person komma i kontakt med flera enheter, eftersom de har ansvar för olika frågor inom socialtjänsten. Det betyder att en klient utöver enheten för funktionshinder även kan ha kontakt med enheten för ekonomiskt bistånd, missbruksenheten och om personen har barn även med en barnhandläggare på enheten för individ- och familjeomsorgen. Det är inte säkert att alla enheterna vet att personen har ett psykiskt funktionshinder eller att de har kunskap om vad detta innebär.

I samband med psykiatrireformens genomförande anställde många kommuner en psykiatrisamordnare, ofta i samverkan med psykiatrin. I nästan hälften av kommunerna fanns den funktionen kvar när tillsynen genomfördes. Enligt tillsynens bedömning kan det ha betydelse för att verksamheten samordnas, både mellan olika enheter inom kommunen men även mellan kommunen och psykiatrin. Nationell psykiatrisamordning delar tillsynsmyndigheternas bedömning. Eftersom socialtjänsten har ett brett uppdrag och kommer i kontakt med människor med varierande livssituation och många olika problem är verksamheten ofta indelad i olika enheter. Det finns socialsekreterare som arbetar med särskild inriktning mot t.ex. barn, ungdomar och familjer, personer med missbruksproblem, familjerättsfrågor, ekonomiskt bistånd, psykiskt funktionshindrade m.m. I vilken utsträckning det finns en specialisering inom socialtjänstens verksamhetsområde varierar



mellan kommunerna på grund av deras storlek. De riktigt små kommunerna har oftast inte en specialisering eftersom de bara har ett fåtal handläggare anställda. Det kan då vara extra viktigt att ha en tjänsteman med särskilt ansvar för att bevaka psykiatrirådgörarna. En psykiatrisamordnare med fokus på insatser vid psykisk ohälsa och med ett övergripande ansvar för samordning och för att se till att samverkan sker, internt inom kommunen samt med vårdgrannar är en viktig funktion oavsett om verksamheten är uppdelad i olika enheter eller inte.

I tillsynsrapporten konstateras att det troligen finns personer som kommer i kontakt med socialtjänsten men som inte identifieras tillhör målgruppen. Förklaringen till det är bland annat att det är svårare att identifiera vilka som tillhör målgruppen när socialtjänsten har en splittrad organisation, och att personer med psykiskt funktionshinder ofta identifieras utifrån det utbud som finns. Utbudet är oftast inte utformat för yngre personer eller för personer som förutom sitt psykiska funktionshinder också har missbruksproblem. De kommer då inte att räknas till målgruppen personer med psykiskt funktionshinder.

En av de mest grundläggande förutsättningarna för att kunna styra och planera kommunens verksamhet för målgruppen är kännedom om målgruppens livssituation och dess behov av socialtjänstens insatser. Socialstyrelsen föreslog i slutsatserna efter tillsynen att en nämnd eller verksamhet bör ha ett uttalat ansvar för samordningen inom kommunen (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005). Det är viktigt att alla olika delar av socialtjänstens organisation har kunskap om kommunernas ansvar för personer med psykiskt funktionshinder och innebörden av vad psykiskt funktionshinder kan medföra. Nationell psykiatrisamordning instämmer i Socialstyrelsens bedömning och vill understryka kommunernas ansvar att utforma sin verksamhet så att den passar för att möta de olika behoven hos personer med psykiskt funktionshinder.

För att kunna motsvara framtidens behov kommer även socialtjänsten att behöva möta efterfrågan av stöd och omsorg med ett mer varierat utbud av verksamheter. Utvecklingen mot kunskapsbaserade metoder och arbetssätt som är utvärderade har tagit snabb fart de senaste åren. Det kommer sannolikt att leda till en utveckling mot ökad specialisering och professionalisering. Även inom socialtjänsten kommer efterfrågan på stöd att överstiga resurserna, och därför måste effektiva former och kompetent prioritering utvecklas.

På samma sätt som inom hälso- och sjukvården, kommer det att behövas en första lättillgänglig nivå som möter ett stort antal personer, och som kan identifiera personer som behöver slussas vidare till mer specialiserade enheter inom socialtjänsten eller till exempelvis primärvård eller psykiatri. Även här krävs att den första linjen har stor kompetens att göra riktiga bedömningar och att det också finns tillgång till konsultationer från andra nivåer inom socialtjänsten och från vårdgrannarna. Dagens nivåer måste få ett tydligare uppdrag, höja kompetensen och ta ansvar för en samordning inom socialtjänsten. Organisationen i sin helhet och de olika enheterna måste alla ha kunskap om vad psykisk ohälsa och psykiskt funktionshinder är, och hur det påverkar människors funktionsförmåga.

Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen, och tillsammans med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda ska nämnden främja goda miljöer i kommunen, även för personer med psykiskt funktionshinder. Det innebär att den del av socialtjänsten som utför detta måste ha god kännedom om vilka behov människor med psykiska funktionshinder har. Man måste också göra inventeringar och andra åtgärder som leder till att det verkligen finns kunskap om hur det lokala behovet ser ut. Kommunens ansvar för och vikten av den uppsökande verksamheten belyses mer ingående senare i detta kapitel.

Socialnämndens uppdrag är att svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det, samt att främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning. Detta uppdrag kräver både den lättillgängliga första kontaktnivån för bedömning men också olika specialiserade funktioner med kompetens att möta de specifika behoven hos personer med allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder.

I socialnämndens uppdrag ingår också att erbjuda god kvalitet och personal med lämplig utbildning och erfarenhet, samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Liksom inom hälso- och sjukvården är dagens ambitionsnivå för lågt ställd. Kunskapen om psykisk ohälsa och psykiskt funktionshinder är inte tillräcklig. En organisation som ska säkra hög kvalitet inom detta område samtidigt som man har ett oerhört stort och brett uppdrag till många andra grupper måste ta med kvalitetsaspekten när organisationsformerna utvecklas.

Självklart måste lösningarna se olika ut beroende på om det handlar om en stor eller liten kommun, och beroende av befolkningspanoramats och behovsbildens. Däremot kommer det antagligen att behövas ungefär samma funktioner. För att små kommuner i glesbygd ska kunna ge nationellt likvärdiga insatser är det nödvändigt med samarbete mellan kommuner, och utnyttjande av en utvecklad IT-teknik.

*Exempel på modell med fyra nivåer för sociala svårigheter på grund av psykisk ohälsa:*

1. Människor vill lösa sina egna problem och vill i första hand få hjälp att göra det. I första hand bör det finnas råd och stöd som kan ges via Internet, telefonrådgivning eller i form av kris-mottagning för personer med olika typer av livsproblem. Andra exempel på aktiviteter kan vara kurs i ekonomi och myndighetskontakt, tidig rådgivning och missbruksprevention.
2. För personer som behöver hjälp med ett specifikt problem ska en bedömning göras, och vid ansökan om bistånd ska beslut fattas. Efter en utredning av behoven görs en bedömning och ett beslut fattas om olika typer av bistånd som ekonomiskt bistånd, larm, hemtjänst med mera.
3. För personer med problematik som kräver långvariga insatser och insatser med utvecklade metoder eller speciell kompetens, behöver det finnas särskilda funktioner som kan tillhandahålla kunskapsbaserade insatser. Exempel på detta är missbruks-behandling eller insatser till personer med psykiskt funktionshinder, som boendestöd, särskilda boenden, sysselsättnings-verksamheter med mera.
4. En väl utvecklad specialistkompetens behövs för utredning och insatser till personer med stor och omfattande problematik, som personer med psykisk sjukdom och missbruk, ungdomar och familjer med omfattande problem, eller barn och ungdomar som omhändertags. Här kommer metodutveckling, kunskaps-nivå och god uppföljning att vara avgörande för goda resultat.

Nationell psykiatrisamordning anser att kunskapen om ansvaret för personer med psykiskt funktionshinder bör öka i kommunerna. Det behövs tydliga rutiner och funktioner som en person med

ansvar för att samordna och utveckla insatserna till personer med psykiskt funktionshinder, personer med psykisk sjukdom och missbruk samt barn och unga med, eller med risk för, psykisk ohälsa.

Organisationen bör utformas så att den kan tillgodose behovet av samordnade och effektiva insatser. En kommunal psykiatrisamordnare kan utgöra en tydlig samarbetslänk till landstingets verksamheter.

#### 4.2.4 Uppsökande verksamhet

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att det i varje kommun bör finnas en tydlig funktion för uppsökande verksamhet med inriktning mot psykisk ohälsa.

Nationell psykiatrisamordning anser vidare att landstingen bör tillhandahålla mobila insatser så att kvalificerade psykiatriska bedömningar och psykiatrisk vård kan erbjudas i patientens närmiljö.

#### Skäl för bedömningen

För att möta behoven hos personer med allvarlig psykisk sjukdom och omfattande psykiskt funktionshinder är vissa funktioner extra viktiga. I socialtjänsten och hälso- och sjukvårdsorganisationerna ska det finnas funktioner som söker upp och möter de personer som inte själva söker hjälp. När det gäller insatser till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder är det inte givet att de personer som har de största behoven kommer och ansöker om bistånd eller söker vård. En del av den största utsattheten är att varken personen själv eller de närstående har förmåga eller befinner sig i en sådan situation att man kan tydliggöra sina behov. Initiativlöshet, bristande sjukdomsinsikt, svårigheter att se konsekvenser eller svårigheter att kommunicera är vanliga problem som ingår i vissa psykiska tillstånd eller är fenomen i det psykiska funktionshindret.

## Uppsökande verksamhet i socialtjänsten

Kommunerna är enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL, skyldiga att göra sig väl förtrogna med psykiskt funktionshindrades levnadsförhållanden, samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. Av den tillsyn som utfördes 2004 framgår att knappt 60 procent av kommunerna hade genomfört någon form av uppsökande verksamhet inom ramen för sin informerande verksamhet (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005). I rapporten exemplifieras uppsökande verksamhet som att sända ett personligt brev till de personer som redan är kända av socialtjänsten, att göra hembesök för att informera om verksamheten eller att söka upp personer via träfflokaler och andra verksamheter. I 18 procent av kommunerna fanns ett särskilt uppsökarteam som också hade till uppgift att kartlägga målgruppens behov av insatser. Teamets ansvar var att söka upp personer med psykiskt funktionshinder efter att de fått kännedom om att någon person kan behöva kontakt, t.ex. efter tips av anhöriga, hyresvärdar, polis m.m. Tillsynens slutsats är att de kommuner som inrättat ett uppsökarteam med kartläggande uppgifter och som arbetar uppsökande inom ramen för sin informerande verksamhet bedöms ha bäst förutsättningar att nå personer som inte har kontakt med socialtjänsten. Dock var det bara nio procent av kommunerna som hade dessa förutsättningar. Ett regelbundet och strukturerat samarbete med psykiatri, primärvård, Försäkringskassan och övriga viktiga samarbetspartners bör alltid finnas, för att ge dessa myndigheter information om socialtjänstens ansvar och insatser.

Dessutom kan socialtjänstens uppsökande verksamhet innebära att:

- Ta emot och åtgärda när någon larmar – det kan vara en hyresvärd som ringer om en person som uppfattas som störande och riskerar att bli vräkt.
- Söka upp personer vid kännedom om ett eventuellt behov av hjälp, till exempel oro från föräldrar om en ungdom som drar sig undan och undviker kontakt, ett ärende från polisen eller annan myndighet om någon som verkar må dåligt.
- Bedriva fältarbete genom att exempelvis röra sig ute i miljöer där det kan finnas personer med behov.
- Motivera en person att ta emot hjälp genom upprepade och enträgna kontakter och erbjudanden.

- Etablera ett samarbete med organisationer och föreningar så att de kan vara en förlängning av det uppsökande arbetet genom att identifiera personer som kan behöva hjälp.

### Uppsökande verksamhet inom specialistpsykiatri

Även inom specialistpsykiatri finns behov av mobila tjänster, det vill säga personer eller team som kan söka upp människor där de är. Mobila kristeam har börjat utvecklas i Sverige under senare år men inte fått riktigt genomslag. Med syftet att förbättra tillgängligheten, speciellt i akuta situationer, har Norge som en del i sin psykiatrisatsning bestämt att det ska finnas mobila team vid alla distriktspsykiatriska centrum i landet (Social- og helsedirektoratet, 2006). Mångåriga positiva erfarenheter finns också från bland annat Storbritannien. Målsättningen med mobila team är att förbättra insatserna i akuta situationer, öka tillgängligheten till specialisthjälp i akuta lägen, vara ett kortsiktig extra stöd vid en tillfällig nedgång av patientens egen förmåga att klara sitt liv eller av de närståendes stöd.

Uppsökande verksamhet för sjukvården kan t.ex. innebära att:

- Tillhandahålla en snabb psykiatrisk bedömning från primärvård eller specialistpsykiatri i hemmet, eller någon annan plats utanför en sjukvårdsinrättning.
- Vid behov göra en akut utredning för att bedöma behovet av insatser och ge behandling vid akuta tillstånd.
- Finnas tillhands i nära kontakt med socialtjänsten och ge råd kring en person som inte vill ha kontakt med psykiatri.
- Akut kunna infinna sig till gemensam planering med de övriga vårdgivarna.

Nationell psykiatrisamordning anser att specialistpsykiatri ska kunna tillhandahålla hembesök av läkare och att det ska finnas en funktion eller mobila team som kan arbeta i patientens närmiljö. System för att tillförsäkra invånarna insatser dygnet runt bör också utformas. En förutsättning för att kommunens uppsökande verksamhet ska kunna fungera fullt ut är möjligheten att tillkalla en läkare som kan göra en akutbedömning och någon form av akuta öppenvårdsinsatser i patientens närmiljö. Om kommunens uppsökande verksamhet får kontakt med en person som verkar vara i behov av psykiatriska insatser men som inte själv vill söka hjälp,

måste det finnas möjlighet att enkelt och snabbt få hjälp från både primärvården och specialistpsykiatri. I vissa delar av landet är det primärvården som ska åka ut om det är en okänd patient, medan specialistpsykiatri ska rycka ut när det gäller personer som de känner till. Det kan dock finnas risker med en alltför tydlig avgränsning av specialistpsykiatriens uppdrag, eftersom det i vissa fall kan vara svåra bedömningar som kräver specialistkompetens och stor erfarenhet. Specialistpsykiatri bör se över sin organisation så att det finns stor flexibilitet att anpassa insatserna efter situationen, så att patienter med risk att skada sig själv eller andra alltid får nödvändig hjälp.

Landstingen bör se till att det finns tydliga rutiner för hur man ska tillgodose behovet av akuta bedömningar för att utfärda vårdintyg. Det ska klart framgå vem som gör vad under hela dygnet. Ambitionen bör alltid vara att det ska finnas möjlighet att snabbt ordna en bedömning hos den person som behöver det.

#### 4.2.5 Samordning av insatser

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning betonar vikten av att landstingen och kommunerna säkerställer kontinuitet, samordning, kvalitet och helhetsperspektiv i de insatser som ges till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder.

Nationell psykiatrisamordning anser att det är viktigt att funktionen patientansvarig läkare (PAL) finns kvar och att det inom kommunen bör finnas en klientansvarig handläggare, en utsedd samordnare, för personer med insatser från flera aktörer.

#### Skäl för bedömningen

Personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder är en utsatt grupp som har behov av insatser från flera olika aktörer samtidigt. De har ofta långvariga behov och stora svårigheter att själva samordna sin vård och omsorg. Vård- och stödgivarnas olika regelverk, lagstiftning och organisation försvårar dessutom samordningen. De enskilda individerna med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder har skiftande behov och förutsättningar, och lika varierande önskemål som befolkningen i övrigt. Detta innebär att det behövs ett differentierat utbud och flexibilitet för

individuella lösningar. För brukarnas, de anhörigas och samhällets skull är det nödvändigt att vården och omsorgen tar ansvar för att samordna och tillhandahålla insatserna på ett effektivt sätt.

För människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, liksom för alla människor, är bostad, arbete och sysselsättning, social gemenskap, samt fungerande ekonomi viktiga livsområden. I samband med sjukdom eller funktionshinder blir det också viktigt att vården och stödet fungerar bra. För en person med psykisk sjukdom eller ett funktionshinder är det ofta svårt att kunna samordna sitt liv, och ännu svårare blir det av att han eller hon får stöd av en mängd olika aktörer vars insatser också behöver samordnas.

För att en person med exempelvis en psykossjukdom och ett psykiskt funktionshinder med kognitiva svårigheter som har svårt att planera, passa tider, ta initiativ och hitta lösningar på problem, måste hälso- och sjukvårdens insatser vara väl synkroniserade med socialtjänstens insatser. Om personen ska klara att flytta till en egen lägenhet eller börja arbeta så ska det ske i ett läge då personen är så stabil som möjligt. Vården behöver veta när eventuellt stressande förändringar i livssituationen sker så att man kan bedöma och planera behovet av extra stöd. På samma sätt behöver socialtjänsten eller den som ger stöd på arbetsplatsen veta om vården kommer att förändras, en betydelsefull person slutar, mediciner byts ut osv. för att kunna ha beredskap för t.ex. extra stöd och undvika känsliga aktiviteter. Det räcker alltså inte med att de ansvariga för vård och stöd informerar varandra, utan det krävs en aktiv samplanering där man gör gemensamma behovsbedömningar utifrån individens behov och egna önskemål, bestämmer åtgärder och vem som ska göra vad. Planeringen ska också i möjligaste mån göras tillsammans med personen själv och de närstående. Detta är en förutsättning för att varje aktörs insatser ska bli effektiva och för att personen själv och hans eller hennes närstående ska uppleva att de får bra vård och stöd. Planering och uppföljning ska pågå kontinuerligt under så lång tid som insatser behövs och det ska tydligt finnas ansvariga personer från de olika aktörerna, det vill säga kommun och landsting, och i förkommande fall Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och andra organisationer.

För att tillgodose behovet av samordning, planering och uppföljning av vård och stöd behövs bland annat:



- Övergripande strategier och policydokument på huvudmannanivå.
- Samordning och gemensamt ansvarstagande på ledningsnivå.
- Samordnad planering och individuella planer kring den enskilde brukaren.
- Tydlighet i vem som är ansvarig samordnare inom varje vårdgivare eller insatsområde.

### Överenskommelser om samarbete

Kommuner och landsting behöver övergripande strategier och lokala överenskommelser för att det ska bli tydligt vem som har ansvar för vad när det gäller att möta behoven av vård och stöd för personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. För vissa behov krävs integrerade verksamheter där stöd i boende och vardag samt olika behov av behandlingar och rehabilitering kan tillgodoses i en gemensam insats. Kommuner och landsting bör gemensamt inventera behovet av olika verksamheter och insatser, och utifrån detta komma överens om vad som behövs och hur detta ska gå till.

Det är nödvändigt med ett gemensamt ansvarstagande på övergripande nivå för i varje fall personerna med de största behoven av samordning. Därför föreslår Nationell psykiatrisamordning att landsting och kommuner ska bli skyldiga att ingå överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykiskt funktionshinder, se kapitel 14. Med övergripande policydokument och överenskommelser om samarbete kring insatser till personer med psykiskt funktionshinder, kan uppdragen till ledningsnivåerna, verksamhetschefer och socialchefer bli tydligare och därigenom skapa förutsättningar för ett gemensamt ansvarstagande på ledningsnivå.

### Samordnad planering och individuella planer

Vikten av individuella planer har lyfts fram sedan psykiatireformen. Socialstyrelsen har påtalat bristen på individuella planer otaliga gånger och många projekt har genomförts för att stimulera utvecklingen. Trots detta görs inte tillräckligt många gemensamma planeringar, och tydliga, aktuella individuella planer finns sällan

dokumenterade. Nationell psykiatrisamordning anser att gemensamma planeringar och individuella planer är absolut nödvändiga för att få vård, stöd och rehabilitering att fungera effektivt. För att säkerställa att en god gemensam planering görs när det behövs föreslår Nationell psykiatrisamordning att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska vara skyldiga att tillsammans upprätta en individuell plan. Utförligare beskrivning och förslaget i sin helhet finns i kapitel 14.

### **Ansvarig samordnare av vård och stöd**

Inom både landstinget och kommunen bör det finnas en samordnare med ett särskilt ansvar för att identifiera behoven av vård och stöd hos personer som har en sammansatt problematik. Samordnaren ska ha ansvaret för att insatserna planeras, samordnas, samt tillse att de genomförs och utvärderas. Den ansvariga personalen ska också ha ett ansvar för att personen själv har så stort inflytande som möjligt på utformningen och genomförandet av vård och stöd. Personen själv och de närstående ska alltså vara informerade och aktivt deltagande i planeringen.

#### *Hälso- och sjukvård:*

Begreppet patientansvarig läkare (PAL) infördes i hälso- och sjukvårdslagen 1991. I lagens förarbeten (Prop. 1989/90:81) angavs att en PAL har följande uppgifter:

- Svara för att patienten undersöks så att en diagnos kunde ställas.
- Svara för att patienten får den medicinska vård och behandling som behövdes.
- Samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtogs.
- Informera patienten om dennes hälsotillstånd och aktuella behandlingar.
- Ge patienten reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.

Sedan 1997 ska en patientansvarig legitimerad läkare utses för patienten om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten. Av

Socialstyrelsens utvärdering 2003 (2003d) framgick att PAL-funktionen under de första åren efter införandet haft stor betydelse för fokuseringen på den enskilda patientens behov av kontinuitet i vården och samordning av olika sjukvårdsinsatser, samt den enskildes rätt till information. Socialstyrelsen ifrågasatte dock om PAL-funktionen hade fortsatt att ha denna stora betydelse och om den behövdes i framtiden. I samband med Äldrepropositionen (prop. 2005/06:115) konstaterades att det inte fanns skäl att avskaffa bestämmelsen om PAL. Regeringen aviserade tvärtom att man tänkte återkomma med förslag som i stället stärker den nuvarande funktionen. Syftet med bestämmelsen är att främja patientsäkerheten. Den riktar sig bl.a. till patienter med svåra, långvariga sjukdomstillstånd och patienter med nedsatt självbestämmande. Det är viktigt att skyddet för de mest behövande patienterna inte försvagas.

Nationell psykiatrisamordning anser att ovanstående i högsta grad stämmer för ett stort antal av de personer med psykiska problem som bor i särskilda boenden eller har stora stödinsatser i eget boende. Det gäller också för många personer vid akuta psykiska sjukdomar som tillfälligt kan nedsätta självbestämmandet. PAL-begreppet bör förtydligas och förstärkas inom psykiatrin, men det bör också kompletteras med möjligheten att någon annan legitimerad yrkeskategori kan vara patientansvarig personal. Patienter och brukare återkommer ofta med kritik mot psykiatrin för att det inte är tillräckligt tydligt vem som är ansvarig. En svaghet med en välutvecklad teampsykiatri med många resurser knutna till varje patient kan vara att det blir en otydlighet i ansvar och samordning.

#### *Socialtjänsten:*

En viktig uppgift för socialtjänsten är att samordna insatserna. I tillsynen av kommunernas insatser för personer med psykiskt funktionshinder (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005) granskades processen med planering och uppföljning samt samordning av insatser på individnivå. Ett urval av handläggare tillfrågades om den enskilde utöver sitt psykiska funktionshinder också hade några kroppsliga besvär eller missbruksproblem. För en fjärdedel kände handläggarna inte till om den enskilde hade problem utöver sitt psykiska funktionshinder. Omfattningen av handläggarnas kunskap om de individer de ansvarade för undersöktes, och det fanns en stor

variation mellan de granskade kommunerna när det gällde handläggarnas kunskap om enskilda individer. Tillsynen bedömde att handläggarnas helhetsorientering brast, såväl när behoven skulle bedömas och insatserna planeras, som när en samordning skulle ske med andra vård- och stödkontakter. I mer än hälften av de granskade kommunerna hade handläggarna inte tilldelats dessa uppgifter, men i de större städerna hade handläggarna ett vidare uppdrag. Handläggarnas huvudsakliga uppgift kunde relateras till själva myndighetsutövningen, dvs. när ansökan tas emot, ärendet utreds och beslut om insatser fattas. Tillsynen visade att det var oklart vem som har ansvaret för samordning när det gäller behovsbedömning, planering och uppföljning av socialtjänstens insatser. Av granskningen framkom också att handläggarnas uppdrag behövde tydliggöras från den kommunala ledningsnivån. Alltför få av handläggarna såg det som sin uppgift att ha en helhetsorientering vid behovsbedömning av personens situation och vid uppföljning av beviljade insatser. Det var främst individernas behov av boendeinsatser som var i fokus för handläggarna. Sysselsättningsåtgärder, övrigt socialt stöd och behov av samordning med andra vård- och stödkontakter uppmärksammades inte alls i samma utsträckning.

Någon motsvarande funktion till PAL finns inte inom kommunernas verksamheter och det är inte självklart vad som skulle vara en naturlig motsvarighet. Kommunerna har organiserat sin verksamhet så olika att det inte är möjligt att ens se inom vilken del av kommunen som samordningsansvaret är naturligast. Däremot finns det ett tydligt behov av funktionen, särskilt för personer som har stora och sammansatta behov och som bor i kommuner där ansvaret för bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), missbruksvård och ekonomiskt bistånd är organiserade på olika enheter.

Nationell psykiatrisamordning anser därför att den bästa lösningen i nuläget är att klargöra att det bör finnas en samordnare, en klientansvarig handläggare för personer med sammansatta behov och insatser från flera aktörer, interna eller externa. Varje kommun bör ta fram rutiner för hur samordningen ska gå till inom den egna verksamheten. I samband med vård- och omsorgsplaneringen bör kommunen utse en namngiven person som ska vara kontaktperson eller samordnare och som ska ha ett särskilt ansvar att stödja den enskilde och dennes närstående. Kontaktpersonen ska ha arbetsledningens uppdrag att följa upp att biståndsbeslut och hälso- och

sjukvårdsinsatser inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel genomförs, samt kunna påkalla hjälp och initiera en ny vård- och omsorgsplanering när så behövs. Vem som utses till kontaktperson bör kunna variera beroende på omfattningen av behovet av vård och omsorg. Det kan ofta vara naturligt att det är biståndshandläggaren som är samordnare.

#### **4.2.6 Medicinska ansvaret i särskilda boenden och hemsjukvården**

Bakgrunden till ädel- och psykiatrireformen var problem med samverkan och gränsdragningar kring ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommunernas och landstingens vård och omsorg. I samband med reformerna genomfördes en del förändringar av huvudmannaskapet, och ett syfte med förändringarna var att samla ansvaret för boende, service och vård för personer med långvariga och sammansatta behov av vård och omsorg. Kommunens ansvar gäller till och med sjuksköterskenivå i särskilda boenden och där man så överenskommit även i ordinärt boende. Ansvaret för läkarinsatser ligger dock kvar hos landstinget. Trots dessa regler finns det inom vissa kommuner och landsting ändå en viss oklarhet kring ansvaret för insatser till personer med psykiskt funktionshinder. En fråga som väcker diskussion är huruvida den ansvariga sjuksköterskan i ett särskilt boende för personer med psykiskt funktionshinder behöver vara specialistbehörig i psykiatri. Precis som inom specialistpsykiatri är det självklart en fördel ju mer avancerad utbildning personalen har, men samtidigt måste det viktigaste vara vilken reell kompetens personen har. Naturligtvis måste arbetsgivaren ta ansvar för att personalen har tillräcklig kompetens för det uppdrag de ska utföra. Sjuksköterskan är ansvarig för de medicinska insatserna och omvårdnadsansvarig, samt ofta arbetsledare för en arbetsgrupp som har till uppgift att hjälpa personer med svår sjukdom och omfattande behov. Därför krävs att sjuksköterskan har en omfattande psykiatrisk kunskap.

Nationell psykiatrisamordning har också fått beskrivningar av att principdiskussioner om ansvaret för att ge medicin måste anses vara specialistpsykiatrians ansvar. Det rimliga i den frågan måste vara att kommun och landsting tillsammans kommer överens om rutiner som är effektiva och ändamålsenliga, och att läkemedelshanteringen inom psykiatriområdet inte är annorlunda än inom den övriga

sjukvården. Läkarmedverkan är självklart landstingets ansvar och den skyldigheten är lika stark oavsett hur läkarbemanningen inom landstinget ser ut. Enligt Nationell psykiatrisamordning har landstinget också ansvar för tillgången till insatser från psykolog, arbetsterapeut eller annan personal från det specialistpsykiatriska teamet.

I prop. 2005:06:115 infördes också ändringar som förtydligar att landstingen och kommunerna ska samverka och att landstingen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamheter. Detta ska även gälla i ordinärt boende om kommunerna ansvarar för den vården. I hälso- och sjukvårdslagen förtydligas också att god vård även innebär att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. En ny bestämmelse infördes om att landsting och kommuner ska samverka så att enskilda får den vård och behandling som deras tillstånd kräver.

Samverkan mellan personalen inom primärvård, sjukhusvård och hemsjukvård har brister. När ansvarsfördelningen är oklar riskerar de allra sköraste och mest vårdberoende att hamna mellan olika stolar eller att slussas hit och dit i vårdsystemet. Patienter skrivs i dag ut från sjukhusvården med stora behov av fortsatt utredning, behandling och rehabilitering. Det ställer krav på en öppenvård som kan bedriva såväl akuta insatser som långvariga och omfattande omvårdnadsinsatser. Öppenvårdsinsatser från specialistpsykiatrin behöver utvecklas så att de metodmässigt passar för de aktuella patientgrupperna och så att de ges i personens närmiljö. Psykiatrisk hemsjukvård har dock inte utvecklats i samma utsträckning som kroppssjukvården. För att minska behovet av slutenvård och möta önskemål från brukare och närstående, bör det finnas ett varierat utbud av öppenvårdsinsatser inom psykiatrin. Dessutom behöver samverkan mellan personalen inom primärvård, specialistpsykiatrisk öppenvård, sjukhusvård och hemsjukvård utvecklas, och ansvarsfördelning och samordning förbättras.

Inom hälso- och sjukvården generellt pågår en kontinuerlig strukturuomvandling, där vård förs ut från den specialiserade sjukhusvården till primärvård eller vård i hemmet. Drivkraften bakom denna utveckling är landstingens arbete med att effektivisera och rationalisera sin verksamhet. Härigenom skapas bl.a. nödvändigt utrymme för att investera i ny teknik och nya effektivare metoder. Äldrevårdutredningen föreslog i sitt betänkande Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) att kommunens ansvar för hemsjukvården inte ska gälla avancerad hemsjukvård. Med avancerad hemsjukvård

menas hemsjukvård som kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Den avancerade hemsjukvården omfattar i nuläget behandling vid t.ex. akuta geriatriska sjukdomar, neurologiska sjukdomar, lungsjukdomar och cancersjukdomar samt vid avancerad palliativ vård. Typiskt för avancerad hemsjukvård är att den ersätter institutionell vård, är läkarledd, teambaserad och ges dygnet runt. I prop. 2005/06:115 klargjorde regeringen att man delade utredarens bedömning. Nationell psykiatrisamordning anser att ett liknande resonemang kan föras kring psykiatrin. Den specialiserade psykiatrin bör i framtiden kunna erbjuda kvalificerad hemsjukvård som komplement till kommunens hemsjukvård i lägen då patienten har behov av särskild kompetens, och insatserna i hemmet kan ersätta inläggning på sjukhus. Det kan handla om att ge insatser vid tillfällig försämring med ökade psykossymtom, ångestbehandling, extra tillsyn och stöd vid självmordstankar, observation och bedömningar.

Nationell psykiatrisamordning anser att en utvecklad hemsjukvård kan minska behovet av slutenvård. Landstinget och kommunen bör gemensamt utveckla ett effektivt hemsjukvårdskoncept med tydligt gemensamt ansvarstagande.

## **4.3 Kunskap och evidensbaserade metoder**

### **4.3.1 Vad är kunskapsbaserad vård och stöd?**

Det råder en ökad samstämmighet om att samhällets insatser till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder så långt möjligt ska vara evidensbaserade. Dessa metoder brukar beskrivas som metoder vars effekt har vetenskapligt utvärderats med så god metodik att man med viss säkerhet kan säga att den metoden är bättre än en annan metod eller vård som vanligt. Evidens är dock inget enkelt begrepp. En självklar målsättning måste vara att vård- och stödinsatserna, när det är möjligt, ska jämföras i studier med en sådan vetenskaplig metodik att man kan dra tydliga slutsatser. Samtidigt kommer man aldrig att kunna få alla insatser utvärderade med sådan metodik. Det är inte heller rimligt att tänka att man bara ska använda metoder som har ett så starkt vetenskapligt stöd, eftersom vården då bara kan möta en förhållandevis liten del av människors problematik.

Det finns en stor och viktig kunskapsmassa som aldrig kommer att kunna få den typen av vetenskapligt stöd, men som ändå får anses som forskningsbaserad kunskap. Det gäller grundläggande allmänmänskliga fenomen som att människor tycker bättre om att bli vänligt bemötta än otrevligt bemötta, att livet fungerar bättre om man har en bostad än om man lever som hemlös, att ekonomiska problem och relationsproblem är en stressfaktor och att bli trodd eller att få ett förtroende är positivt och så vidare. Denna kunskap ska självklart användas sida vid sida med den evidensbaserade kunskapen.

#### 4.3.2 Ansvar för kunskapsutveckling i vård och stöd

Det finns flera myndigheter i samhället som har ett ansvar för att stödja kunskapsutvecklingen. Till dessa myndigheter hör Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering samt Läke-medelsverket. Var och en av dessa myndigheter har sina specifika uppdrag. Eftersom psykiatriområdet i så stor utsträckning bygger på integrerade insatser med olika perspektiv är det en tydlig brist att det inte finns någon aktör som har haft ansvaret för att leda den nödvändiga processen för att utveckla en samsyn kring insatserna för psykisk hälsa mellan de berörda aktörerna.

#### Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har flera olika enheter som arbetar med metodutveckling och riktlinjer, bl.a.

##### 1. IMS – Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete

Verksamhetsfältet omfattar omsorgen om individ och familj, äldre och funktionshindrade. Huvuduppgifterna är fyra:

- Förse det sociala området med systematiska kunskapsöversikter över vilka insatser och metoder som fungerar i det sociala arbetet.
- Stödja (och ibland genomföra) studier av sociala insatser och strukturerade åtgärdsprogram.



- Stödja utvecklingen av systematiska bedömningsmetoder.
- Sprida information om resultaten.

IMS bildades 2004 och ersatte Centrum för utvärderingsforskning (CUS). Personer med funktionshinder fanns inte med i CUS uppdrag utan målgruppen inkluderades först i och med att IMS bildades 2004. Ett aktuellt arbete är en kunskapsöversikt av evidensbaserade psykosociala insatser till personer med schizofreni, bipolär sjukdom och personlighetsstörningar.

## *2. Enheten för medicinska riktlinjer och prioriteringar*

Enheten ska utarbeta evidensbaserade riktlinjer för vård och behandling av svåra kroniska sjukdomar som rör många människor och tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Riktlinjerna ska ge nationellt stöd i sjukvårdshuvudmännens arbete med hälso- och sjukvårdsprogram och prioriteringar. Målet är att bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov och styrs av öppna och tydliga prioriteringsbeslut. Arbete med riktlinjer för depression och ångest pågår och ett tidigare arbete resulterade i en kunskapsöversikt om vård till personer med schizofreni och liknande tillstånd.

## **SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering**

SBU har i uppdrag att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv. SBU:s rapporter ska visa på det bästa tillgängliga vetenskapliga underlaget – evidens – om nytta, risker och kostnader som är förknippade med olika åtgärder. SBU beskriver alltså vilka metoder som sammantaget gör störst nytta och minst skada, och pekar på bästa sättet att hushålla med vårdens resurser. SBU ska också identifiera metoder som används men som inte gör nytta, inte har studerats eller som inte är kostnadseffektiva.

Inom psykiatriområdet har SBU senaste åren givit ut rapporter som bland annat rör insatser mot missbruk (2001), behandling av depressionssjukdomar (2004), behandling av ångestsyndrom (2005) samt riskbedömningar i psykiatri (2005).

## Läkemedelsverket

Läkemedelsverket godkänner vilka läkemedel som får användas i landet och lämnar rekommendationer för vilka sjukdomstillstånd som varje läkemedel kan användas. Myndigheten utarbetar dessa rekommendationer för läkemedelsbehandling i samarbete med specialister från sjukvården. Behandlingsrekommendationerna är baserade på aktuell vetenskap och erfarenhet. I behandlingsrekommendationen sätts läkemedelsbehandlingen in i sitt sammanhang bland andra åtgärder, som till exempel livsstilsförändringar eller psykologiska metoder.

### 4.3.3 Förändrad attityd och aktivare arbetsmetoder

För att möta psykisk ohälsa med optimala insatser krävs ett helhetsperspektiv som i sin tur ställer krav på en bred kunskap och kvalificerade personliga färdigheter. Av tradition, okunskap och fördomar har det psykiatriska området ansetts som något alla kan ha åsikter om och där man kan arbeta utan att vara speciellt kunnig. I verkligheten är det tvärtom. Här krävs kvalificerad kunskap om mänskliga reaktioner, allt från hur man skapar goda relationer till neuroreceptorernas funktion. Det krävs också kunskap om hur olika miljöfaktorer påverkar, om hur psykisk sjukdom tar sig uttryck och hur en mängd olika faktorer interagerar och styr funktionsnivån. Inom psykiatrin finns kunskap om verksamma behandlingar för ett stort antal sjukdomar och utvecklade metoder för rehabilitering. Dessutom finns erfarenheter av återhämtning och kunskap om att delaktighet i samhället är möjligt även för personer med psykiskt funktionshinder.

Attityderna inom och runt psykiatrin måste förändras. Det är självklart att de mest effektiva behandlings- och stödinsatserna ska erbjudas personer med psykisk problematik. Arbetssätten och bemötandet ska vara baserade på den kunskap som finns och personernas behov ska vara styrande. Såväl kommun- som landstingsenheterna ska arbeta aktivt och förebyggande. Ambitionsnivån kring vård och stöd vid psykisk ohälsa ska vara minst lika hög som vid kroppslig ohälsa.

## 4.4 Innehållet i vård och stöd

### 4.4.1 God psykiatrisk hälso- och sjukvård

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att uppföljningen av kvalitén i den psykiatriska vården behöver förbättras och att sjukvårdshuvudmännen tydligt bör efterfråga vilka metoder som används inom verksamheten för att säkerställa vårdens kvalitet.

#### Skäl för bedömningen

Kunskapen om psykisk ohälsa samt effektiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser har ökat kraftigt under den senaste tioårsperioden. Trots detta råder inom många områden brist på evidensbaserad kunskap om olika insatsers effektivitet, och det finns stora behov av metodutveckling. Samtidigt är det stor skillnad mellan den kunskap som finns och den som vården använder. Det är svårt att snabbt få genomslag för ny kunskap i organisationerna, och inom psykiatriområdet anses det fortfarande acceptabelt att neka en patient behandling som rekommenderas i kunskapsöversikter, med motiveringen att det inte finns någon vid den aktuella enheten som använder metoden. Självklart måste primärvården, specialistpsykiatri och kommunerna erbjuda personer med psykiska sjukdomar insatser som stämmer med de aktuella rekommendationerna och riktlinjerna, och som är effektiva och kvalitetssäkrade.

I skriften God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården lyfts sex kvalitetsområden fram (Socialstyrelsen 2006i). Dessa områden har definierats internationellt och används i olika projekt inom landsting, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Nationell psykiatrisamordning utgår från dessa områden för att beskriva vad som, enligt vår bedömning, krävs för att samhället ska kunna erbjuda en god psykiatrisk vård till dem som är i behov av det. Bedömningen grundar sig på aktuella SBU-översikter, socialstyrelsedokument och de många diskussioner som förts med vården under Psykiatrisamordningens tid.

## Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Vården ska så långt det är möjligt använda kunskapsbaserade metoder. Inom många områden finns kunskap som visar att en kombination av läkemedel, psykoterapi och eller psykosociala och pedagogiska insatser, samt stöd till nätverket ger bättre resultat än t.ex. enbart medicinering. Studier visar också att många av dem som har psykisk sjukdom har både behov av och önskemål om flexibla, lättillgängliga vårdinsatser i ett sammanhang. Detta borde innebära att den psykiatriska behandlingen och övrigt stöd ges integrerat i personens närmiljö.

Varje del i vårdprocessen ska ske med bästa aktuella kunskap och i möjligaste mån göras strukturerat och med validerade instrument för att dokumentation och uppföljning ska underlättas.

### *Information*

Det allra första steget är att det finns lättillgänglig god information så att den person som behöver psykiatrisk hjälp hittar lämplig vårdenhet att söka sig till.

### *Utredning*

Det finns en mängd strukturerade intervjuformulär, manualer och enkäter för att underlätta och förbättra kvalitén på utredningen. Om strukturerade intervjuer används tillsammans med de diagnos-system som finns i dag är överensstämmelsen mellan olika läkare hög vid diagnossättning. Instrument för symtom och funktions-skattningar ger, utöver hjälp att göra heltäckande utredningar, också redskap för att systematiskt följa upp insatt behandling. Utredningen ska givetvis stå i proportion till vad personen söker för men allmänt ska den omfatta medicinska, psykologiska och sociala faktorer och eftersträva en helhetsbild där personens egna och närståendes önskemål också finns med. Primärvården ska kunna utreda och diagnostisera ångest, depression, demensutveckling, missbruk och känna igen olika psykosjukdomar, neuropsykiatriska tillstånd och andra psykiatriska tillstånd som kan behöva specialistutredning. Specialistpsykiatrin ska kunna genomföra kvalificerade utredningar med olika neuropsykologiska frågeställningar och funktionsnivåbedömningar, så att tillståndets art

och svårighetsgrad kan bestämmas. Uppmärksamhet på samtidiga somatiska sjukdomar ska finnas och kroppsliga symtom ska alltid utredas både som alternativ diagnos och som komplicerande faktor. Nära samarbete med kroppssjukvården, tillgång till lämpliga undersökningar och konsultationer ska finnas. Patienten ska alltid kunna få en preliminär bedömning av hur vården bedömer tillståndet och efter utredning en diagnos. Specialistpsykiatri ska också kunna göra utredningar som ligger till grund för bedömning av arbetsförmåga och behov av insatser vid arbetsrehabilitering.

### *Behandling*

Inom både primärvård och specialistpsykiatri ska olika behandlingsalternativ finnas tillgängliga, och lämpliga insatser kunna väljas utifrån behov och patientens egna önskemål.

Följande insatser ska finnas:

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

### *Omvårdnad*

En specialiserad psykiatrisk omvårdnad ska kunna erbjudas både i slutna och öppna vård vid behov.

### *Rehabilitering*

Hälso- och sjukvården har ansvar för rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:762). Behandlingen som är inriktad på symtom och funktion bör kompletteras med insatser som handlar om att bevara eller öka funktionen. Psykiatri har ansvar att ge insatser som ökar en persons förmåga att hantera sin sjukdom och

att hantera olika livssituationer. För personer med psykiskt funktionshinder behövs ofta också sociala insatser med rehabiliterande innehåll från kommunen, för att öka personens funktionsförmåga i boende och arbete. Det innebär dock inte att specialistpsykiatri är fria från ansvar att erbjuda rehabiliteringsinsatser. Precis som inom kroppssjukvården måste vissa delar av rehabiliteringen vara ett ansvar för hälso- och sjukvården.

### Vårdgaranti

Specialistpsykiatri ska kunna erbjuda högspecialiserade insatser när det är motiverat. Finns det inte tillgång till behövlig kompetens lokalt för specialiserade eller högspecialiserade insatser är landstinget skyldiga att erbjuda den i annat landsting. Vårdgarantin gäller på samma sätt inom psykiatri som övrig sjukvård, vilket innebär att patienten ska få komma till specialist inom nittio dagar och beslutad vård ska sedan påbörjas inom ytterligare nittio dagar. Beslut om behandling ska grunda sig på patientens behov och inte det lokalt tillgängliga vårdutbudet.

### Säker hälso- och sjukvård

Biverkningar och negativa konsekvenser av vården ska undvikas genom riskförebyggande aktiviteter. I psykiatrisk vård kan sådana aktiviteter innebära:

- Strategier för att förhindra utveckling av läkemedelsberoende.
- Aktiva insatser för att stödja goda kost- och motionsvanor för att förhindra viktuppgång vid läkemedelsbehandling.
- Uppföljning av den kroppsliga hälsan liksom tandstatusen, samt vid behov insatser för att stärka dem.
- Noggranna rutiner för att förebygga att patienter med ett psykiatriskt tillstånd begår självmord eller skadar sig själva eller andra.

I ett vidare perspektiv bör vården vara utformad så att den inte ökar patientens hjälplöshet utan stärker hans eller hennes självkänsla, samt ger hopp och framtidstro.

### Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Vården ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov. Kognitiva funktionshinder eller tillstånd i samband med akuta psykiatriska sjukdomsepisoder kan medföra svårigheter att uppfatta vad som sägs eller händer, fatta beslut, se långsiktiga konsekvenser av sitt handlande eller ta initiativ. Det är en utmaning att anpassa vård och bemötande så att personalen kan kompensera för patientens svårigheter. Det ställer krav på kunskaper om psykiska tillstånd och funktionshinder, men också på färdigheter hos personalen och tillgång till hjälpmedel.

En särskilt stor utmaning är att tvångsvård som inskränker självbestämmande och integritet ska genomföras med respekt och utgå från alla människors lika värde. Det är också viktigt att så stor hänsyn som möjligt tas till personens önskemål och egna värderingar. Inom den psykiatriska vården bör det finnas metoder och rutiner för att efterhöra personens egen vilja även när tanke- och vilje-process är påverkade av sjukdomstillståndet. När tvångsåtgärder är nödvändiga måste de genomföras så att de kränker patientens värdighet och integritet i så liten utsträckning som möjligt.

Brukar- och anhöriginflytandet i vården ska vara tillgodosett dels i de individuella kontakterna mellan patient, anhörig och personal, dels via organiserade samråd och organ för inflytande såsom brukarråd och brukarrevisioner.

### Effektiv hälso- och sjukvård

De tillgängliga resurserna ska användas på bästa sätt för att uppnå god och säker vård på ett kostnadseffektivt sätt. Det förutsätter att det finns rutiner för att kontinuerligt utveckla vården och införa effektivare metoder. Det innebär också att insatserna som ges till patienten ska utformas så att de ger bästa långsiktiga resultat och är kostnadseffektiva ur ett helhetsperspektiv. En välfungerande logistik, så att flaskhalsar i vården undviks, och noggrann timing för att insatta åtgärder ska få optimalt resultat ställer stora krav på överblick och tydlig ledning. Vårdinsatser, arbetssätt och resultat måste kontinuerligt utvärderas. Resultaten från utvärderingarna ska påverka besluten om vårdinnehåll och inriktning av verksamheten.

## Jämlik hälso- och sjukvård

Målet för hälso- och sjukvården, enligt § 2 HSL, är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Jämlik vård innebär bland annat att kön, etnisk bakgrund, social tillhörighet eller ålder inte ska påverka huruvida man får lämpliga och fungerande insatser. Kvinnor är överrepresenterade, t.ex. när det gäller vilka som har sin försörjning från sjukförsäkringssystemet på grund av psykisk ohälsa. Bland unga som upplever psykisk ohälsa är flickor i stor majoritet (Socialstyrelsen 2005a). Samtidigt finns stora kunskapsluckor, både om orsakerna till detta och om vilka konsekvenser det bör få för vårdens utformning. Forskning och metodutveckling behövs för att öka kunskapen om hur olika sjukdomar yttrar sig hos kvinnor och män, hur olika behandlingar fungerar för kvinnor respektive män liksom hur könsrollsmönster påverkar vilka vårdinsatser som kvinnor respektive män erbjuds.

Till jämlik hälso- och sjukvård hör även att vården ska vara tillgänglig och anpassad efter personer med särskilda behov. Etnicitet kan utgöra ett sådant behov. Att ha ett annat språk än svenska som sitt modersmål, eller en kulturell förankring annan än nordeuropeisk kan vara exempel på behov av att vården förmedlas med hänsyn till detta.

Jämlik vård innebär också att en moraliserande attityd eller ovilja gentemot vissa patientgrupper inte ska få avgöra om den enskilde får vård. Vården måste vara utformad så att personer inte avvisas för att de är berusade eller stökiga innan man gjort en bedömning av det psykiatriska vårdbehovet. Personer som befinner sig i kriminalvården eller på en institution inom Statens institutionsstyrelse (SiS) har samma rätt till vård som andra.

Jämlik hälso- och sjukvård innebär också att utjämna de lokala variationerna i tillgången till psykiatrisk slutenvård eller specifika medicinska, psykologiska m.fl. behandlingsinsatser. Förmågan att efterfråga vård ska inte vara avgörande för om man får tillräckliga insatser. De psykiatriska verksamheterna ska ha kunskap och förmåga att i samarbete med socialtjänsten identifiera de mest vårdbehövande och prioritera dem även om de inte tydligt efterfrågar vård.



## Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Varje patient som vänder sig till vården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälso-tillstånd. Inom många verksamheter i specialistpsykiatri behövs en översyn av om patienterna dels tas om hand inom rimlig väntetid men också att det mottagande de får är tillräckligt kvalificerat för att göra en riktig bedömning och ställa diagnos. Som inom övrig vård ska psykiatrins patienter få beslutad behandling påbörjad inom nittio dagar såvida tillståndet inte kräver en snabbare behandlingsinsats. Ett utvecklingsarbete behövs för att formulera gemensamma målsättningar för vilken behandling som ska anses rimlig att erbjuda vid olika tillstånd. Ambitionsnivån att erbjuda behandling som överensstämmer med aktuell kunskap ska vara lika hög inom psykiatri som inom övrig sjukvård.

### 4.4.2 Slutenvårdsplatser i psykiatri

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att tillgängligheten till slutenvård och utbudet av differentierade vårdplatser är för låg och att sjukvårdshuvudmännen kontinuerligt bör kontrollera om antalet slutenvårdsplatser motsvarar aktuellt behov.

### Skäl för bedömningen

I samband med minskningen av slutenvårdsplatser har också differentieringen minskat. I dag finns i stort sett bara platser på avdelningar med låst dörr, och en stor del av slutenvårdsplatserna används till tvångsvård. Brukar- och närståendeorganisationerna och vårdrepresentanter har fört fram att det borde finnas olika alternativa vårdplatser och att miljön i slutenvården är oacceptabel med många olika patientkategorier tillsammans.

Antalet slutenvårdsplatser som behövs för att tillgodose behovet är svårt att uppskatta. Antalet beror i hög grad på hur den öppna vården är utformad, i vilken utsträckning det finns hemsjukvård, hur tillgången på bostäder ser ut och vilket stöd som kan ges i ordinarie boende och i olika typer av särskilt boende. Tillgängligheten till slutenvårdsplatser bestäms av genomströmningen på de

befintliga vårdplatserna. Antalet inneliggande styrs av både inflöde och avflöde, det vill säga är beroende av intagningskriterierna liksom när en person anses klar för utskrivning och om det finns något att skriva ut personen till. Eftersom en stor andel av slutenvårdplatserna nu används för tvångsvård är många vårdplatser upptagna under lång tid och möjligheten att styra utflödet är begränsat.

Antalet slutenvårdsplatser som är nödvändiga för att tillgodose behoven beror också på vilken typ av slutenvårdsplatser som finns, hur attraktiv vårdmiljön är och vilket synsätt som råder, samt vilken ambitionsnivå för gott omhändertagande av människor med psykisk ohälsa som råder.

Mest adekvat är att tala om *tillgänglighet till slutenvård*. Målsättningen måste vara att det alltid ska finnas så många vårdplatser att ingen som behöver plats ska nekas detta. Utskrivningar ska inte ske av platsbrist utan endast motiveras av personens tillstånd. Det bör också finnas så många platser att varken patienter eller närstående utsätts för extra påfrestningar för att det inte finns nödvändiga vårdplatser.

Det har ibland framförts att om öppenvården förbättrades så skulle inga vårdplatser behövas. Psykiatrisamordningens uppfattning är att det alltid kommer att behövas dygnet-runt-vård för ett antal personer. Det finns inget egenvärde i att helt ta bort slutenvården. Bra insatser i slutenvård ska självklart kunna erbjudas när det är det bästa alternativet från behandlingssynpunkt eller utifrån patientens behov och önskemål.

Nationell psykiatrisamordning anser att tillgängligheten till psykiatrisk slutenvård i dag är för låg. Differentieringen av slutenvårdsplatser är också otillräcklig och patienter kan inte i tillräcklig omfattning erbjudas slutenvård som är anpassad till deras behov.

### Ett brett utbud av slutenvårdsformer

Psykiatrisamordningen anser att det bör finnas olika typer av slutenvårdsplatser:

- Högspecialiserade vård på godkänd enhet med hög säkerhet (olika grader) för patienter dömda till vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).
- Högspecialiserad vård med hög kompetens för att vårda patienter med behov av kvalificerad utredning och behandlingsinsatser. Dels personer med tillstånd som är svårdiagnostice-

rade, terapirefraktära personer (inte svarat som förväntat på behandling), och personer med stora och omfattande behov. Hit räknas även personer med akuta tillfälliga tillstånd med behov av övervakning t.ex. vid suicidrisk.

- Specialiserad vård för patienter med behov av speciella insatser eller anpassad miljö t.ex. små enheter i hemlik miljö för nyinsjuknade i psykos, ätstörningsenhet, avgiftningsenheter o.s.v.
- Allmän vård med krisplatser i samband med försämring, avlastningsplatser för tillfällena då det från behandlingssynpunkt är olämpligt att vara hemma, rehabiliteringsplats för intensiva träningsbehov, eller för att ge nystart och struktur till t.ex. personer med psykisk sjukdom och missbruk.
- Vård i hemlik miljö inom landstinget med möjlighet till tvångsvård för patienter med stora och omfattande behov som behöver specialistpsykiatrins insatser under många år. Samtidigt har de också behov av att få en så bostadslik miljö som möjligt för livskvalitet och möjlighet till aktiv rehabilitering och träning. För att möjliggöra en viss kontakt med samhället utanför och förbereda en kommande utskrivning bör personal från kommunen finnas med för att bidra med sin kompetens.

### Vårdmiljön

Psykiatrisamordningen anser att miljön inom slutenvården inte är tillfredställande. Stora avdelningar med patienter med många olika typer av besvär i en olycklig blandning skapar en dålig vårdmiljö. En stressande vårdmiljö främjar inte läkning, är skrämmande, bevarar fördomar och en prägel av lågstatusområde, och försvårar rekrytering av lämplig personal. Slutenvårdssituationen ger en bild av en omodern vård och gör det svårt för samhället att se psykiatrin som en högkvalitativ specialitet med stor kompetens inom svåra frågor.

Några önskemål som har framkommit i samtal med brukare och närstående är att en god vårdmiljö ska:

- Kunna erbjuda både avskildhet och möjlighet till sällskap.
- Ge ett lugnt, neutralt intryck och vara överblickbar så att det går lätt att hitta och känna igen olika rum.
- Det finnas utrymme för aktiviteter och möjlighet att avskilt samtala med besökare eller vårdpersonal.

- Kunna erbjuda personerna som vistas på avdelningen en miljö så att de kan känna sig trygga, kunna låsa sin dörr, veta att det finns tillräckligt mycket personal för att klara krissituationer.
- Kunna erbjuda små vårdavdelningar för att åstadkomma en låg-stress miljö och det bör finnas enkelrum med egen toalett och dusch.
- Personalen ha tid att sitta ned och lyssna, liksom att gå med ut på en promenad.
- Det finnas struktur med fasta tider men samtidigt en flexibilitet att kunna ändra efter personens egna önskemål.
- Präglas av respekt för den som är inlagd för vård.

### Innehållet i heldygnsvården

I samband med neddragning av slutenvårdsplatser och övergång till öppna vårdformer överfördes resurser till öppenvården. Tidigare fanns ofta tillgång till ett större utbud av behandlare i slutenvård, liksom av olika aktiviteter som social samvaro, och praktiska aktiviteter som handarbete, slöjd, sport och motionsaktiviteter. Brukare och anhöriga beskriver ofta att dagarna i heldygnsvård mest består av väntan på måltider och enstaka samtal med någon behandlare.

Rimligtvis kan tiden när någon är inlagd på sjukhus utnyttjas mycket mer effektivt än i dag. Det borde vara ett utmärkt tillfälle till att genomföra kartläggning, utredning, planering och nätverksmöten, samt olika informationsaktiviteter, träningsgrupper, kost- och motionsrådgivning m.m. Det borde också finnas möjligheter till aktiviteter som kan ge positiva upplevelser och som kan fungera som avledande, avslappnande eller på annat sätt öka förmågan att hantera problem och sjukdomssymtom.

#### 4.4.3 Socialtjänst med god kvalitet

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att uppföljningen av kvalitén i stöd och service till personer med psykisk ohälsa behöver förbättras och att socialnämnden tydligt bör efterfråga vilka metoder som används inom verksamheten för att säkerställa vårdens kvalitet.

## Skäl för bedömningen

Arbetet inom socialtjänsten ska utövas av personal med lämplig utbildning och erfarenhet och vara av god kvalitet. Brukare och klienter skall garanteras inflytande och rättsäkerhet. Lagstiftaren exemplifierar god kvalitet som rättsäkerhet, den enskildes medinflytande och en lätt tillgänglig vård och service. Som god kvalitet nämns också vikten av att socialtjänsten använder sig av ett väl genomtänkt arbetssätt och frågan om gott bemötande lyftes särskilt fram (prop. 1996/97:124). Lagstiftningens bestämmelser om kvalitet i socialtjänsten finns delvis preciserade i Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem (2006:11). Vad som menas med god kvalitet i socialtjänstens verksamhet framgår inte helt entydigt av lagtexten.

Socialtjänsten är en politiskt och professionellt styrd verksamhet. Beslut om åtgärder och insatser grundas också på annat än kunskap i form av vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialt arbete utförs i spänningsfältet mellan politik, profession och brukarinflytande. Det finns kunskap om resurser och orsaker till sociala problem på samhällsnivå, men det finns alldeles för lite kunskap om kvaliteten i insatserna och effekterna av insatserna för socialtjänstens brukare (Socialstyrelsen 2000a).

Vetenskap och erfarenhetsbaserad kunskap behövs för att ge brukarna bästa möjliga stöd. Det behövs även för att brukarna och allmänheten ska kunna ha en realistisk uppfattning om vilka krav och förväntningar som kan ställas på socialt arbete och vilka möjligheter som står till buds. Det behövs också relevant underlag och beslutsstöd för praktiskt socialt arbete, samt som instrument för kvalitetsförbättring och utveckling.

Som beskrivits i kapitel 2 regleras kommunernas ansvar för personer med psykiskt funktionshinder av lagstiftningen. Kommunernas ansvar omfattar såväl verksamhetens styrning och de resurser som finns tillgängliga för personer med psykiskt funktionshinder som kvaliteten i den verksamhet som byggs upp. Det handlar ytterst om att enskilda personer får tillgång till det stöd och den hjälp de behöver och har rätt till för att kunna leva ett bra liv ute i samhället. Varje person är unik och stödet måste utgå ifrån varje individs specifika behov och önskemål. Det ställer stora krav på variation i kommunernas utbud till personer med psykiskt funktionshinder, och att personalen kan finna olika lösningar och

anpassa insatserna utifrån varje persons förmågor, intressen, behov och funktionsnedsättningar.

Nedanstående områden för kommunens ansvar har ansetts vara centrala för att kommunerna ska kunna ta sitt ansvar för målgruppen (Socialstyrelsen & länsstyrelserna 2005):

- Inventerande, uppsökande och informerande verksamhet.
- Varierat och tillräckligt utbud med god kvalitet.
- Behovsstyrt och samordnat stöd och rättssäker handläggning.

### **Inventera, uppsöka och informera**

I kommunens ansvar ingår att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden för personer med psykiska funktionshinder samt att nå fram till de personer som har behov av socialtjänstens insatser. Ansvaret gäller den inventerande, uppsökande och informerande verksamheten och skyldigheten att samverka med andra samhällsorgan i denna verksamhet.

Kommunen bör skapa sig en samlad bild av antalet personer med behov av stöd och vilka behov dessa personer har bland annat genom gemensamma inventeringar med andra aktörer som också möter personer med psykiska funktionshinder. Sekretesslagstiftningen medför dock svårigheter för kommunerna att uppfylla sina skyldigheter inom området vilket belyses i kapitel 15. Kommunerna efterfrågar stöd för att definiera vilka som tillhör målgruppen personer med psykiskt funktionshinder samt metodstöd för inventering, uppsökande verksamhet och behovsbedömning (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005). För att kunna bedöma behoven av stöd och planera insatser utifrån individens egna förutsättningar och behov ställs höga krav på personalens kunskap och kompetens. Metoder och instrument för bedömning underlättar, tillsammans med motiverande, stödjande och relationsskapande förmåga hos personalen. Samtidigt behöver man utveckla arbetet med att använda systematiska bedömningsinstrument inom socialtjänsten när behovet av stöd ska bedömas för personer med psykiskt funktionshinder.

För att stödja kommunerna har Socialstyrelsen och Nationell psykiatrisamordning startat två utvecklingsprojekt som bedrivs parallellt under Socialstyrelsen. Det ena projektet ska ge stöd till kommuner för att använda systematiska bedömningsmetoder i arbetet med personer med psykiskt funktionshinder. Projektet ska

identifiera de bedömningsinstrument som finns, göra en kvalitets- och relevansgranskning av två instrument och stödja användningen av dessa. Dessutom ska man följa upp och sammanställa erfarenheterna av användningen av dem och ta fram en modell för att långsiktigt stödja användningen av systematiska bedömningsinstrument. Det andra projektet ska utveckla metoder för att genomföra inventeringar och bedriva uppsökande verksamhet. Utvecklingsarbetet ska resultera i arbetsmaterial som socialtjänsten och eventuellt medverkande intressenter kan använda för att förbättra insatserna för målgruppen, se bilaga 3.

Det uppsökande arbetet är en svår uppgift som kräver stor ödmjukhet och respekt för människors integritet och den misstro som ofta finns mot myndighetspersoner. Många personer känner sig kränkta av tidigare möten med vården och hyser ingen tilltro till att vården ska kunna hjälpa dem. Balansen mellan att respektera den enskildes eget val och att motivera den enskilde att acceptera att ta emot hjälp kan vara mycket svår. Förmåga att skapa relationer, att motivera och inge hopp och att vara uthållig i arbetet med den enskilde är grundläggande. Ett genomgående budskap som har framkommit från enskilda brukare och deras närstående samt företrädare från intresseorganisationerna, under de år som Psykiatrisamordningen verkat är att myndighetspersoner alltför ofta inte lyssnar på vad de har att säga. De framhåller vikten av att personal *verkligen lyssnar* på vad de säger.

En annan viktig uppgift för kommunerna är att utforma information som är anpassad till målgruppen och som är tydlig och tillgänglig. Informationen ska vara lätt att nå samt ge information om kommunens ansvar, utbud av tillgängliga insatser och individens rättigheter. För att stimulera kommuner och landsting att utveckla den informativa verksamheten bedriver Eskilstuna kommun ett nationellt projekt, initierat av Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen (se bilaga 3).

### **Varierat och tillräckligt utbud med god kvalitet**

Kommunen har ansvar för att tillhandahålla ett varierat och tillräckligt utbud av insatser med god kvalitet. Ansvaret inkluderar variation i utbudet av verksamheter som är centrala för målgruppen och kvaliteten i verksamheternas innehåll. Insatser kring boende och fritid utvecklas vidare i kapitel 5 och arbete och sysselsättning i

kapitel 6. För utförande av socialtjänstens uppgifter ska det dessutom finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet som har möjlighet till kompetensutveckling.

Kommunernas ansvar gäller såväl verksamhetens styrning och de resurser som finns tillgängliga för personer med psykiskt funktionshinder som kvaliteten i den verksamhet som byggs upp. Det handlar ytterst om att enskilda personer får tillgång till det stöd och den hjälp de behöver och har rätt till för att kunna leva ett bra liv ute i samhället. Varje person är unik och stödet måste utgå ifrån varje individs specifika behov och önskemål. Det ställer stora krav på variation i kommunernas utbud till personer med psykiskt funktionshinder och att personal har möjlighet att finna olika lösningar och anpassa insatserna utifrån respektive persons förmågor, intressen, behov och funktionsnedsättningar. Insatserna ska utformas så att de stödjer den enskilde personens egna förmågor, stimulerar utveckling av kompetens att hantera livet, stärker självförtroende och ökar personens egen problemlösningsförmåga. Det ställer stora krav på personalen att finna en balansgång mellan att ta över för mycket och att inte ge tillräckligt med stöd.

God kvalitet i socialtjänstens insatser innebär krav på brukarinflytande. Strategierna för detta är likartade med det som ovan beskrivits vad gäller hälso- och sjukvård, och utvecklas närmare i kapitel 13 rörande brukarinflytande.

### **Behovsstyrd, samordnad och rättssäker handläggning**

Kommunen har ansvar för att stödet till den enskilde är behovsstyrt, samordnat och rättssäkert handlagt. Ansvaret omfattar den enskildes rätt till ett rättssäkert, tillräckligt och anpassat stöd men också den enskildes möjlighet till inflytande och socialtjänstens ansvar för att planera och samordna insatserna för enskilda personer.

Handläggarna inom socialtjänsten har en nyckelroll för personer med psykiska funktionshinder. Förutom att utreda behov, bedöma och fatta beslut enligt SoL och LSS ska de också se till att den enskildes stöd på boendeområdet samordnas med stödet på sysselsättningsområdet, likväl som med insatser inom ramen för hälso- och sjukvården, Försäkringskassan med mera. Personer med psykiskt funktionshinder behöver ofta stöd i att informera sig om och ta vara på sina rättigheter i samhället. Det kräver att personalen



själva har goda kunskaper om lagstiftning och rättigheter och stödjer den enskilde i att ta tillvara sina rättigheter.

En behovsbedömning bör utgå från en helhetssyn på den enskildes situation, möjligheter och behov där man också tar hänsyn till sociala, fysiska, medicinska och psykiska behov. De insatser som genomförs ska planeras och följas upp för att möjliggöra att socialtjänstens insatser ska leda till ett gott resultat. Vilka insatser som väljs och hur de utformas har stor betydelse för resultatet. Nätverksarbete för att stödja den enskilde att upprätthålla sina relationer, samt förbättra och utvidga dem till att bli fler om den enskilde så önskar är en viktig del i socialtjänstens arbete med att stärka personen i att leva ett så självständigt liv om möjligt. Det är också en viktig del i hälso- och sjukvårdens behandlingsarbete. Det finns arbetsuppgifter som inte går att hänföra till att de antingen är hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens arbetsuppgifter utifrån ansvarsfördelningen i lagstiftningen. Det ovanstående är bara ett exempel. Kompetens att hjälpa den enskilde att ta vara på sina rättigheter, att utvidga sitt nätverk med mera är exempel på stöd som kan ges både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, beroende på vem den enskilde har kontakt med, och hur situationen är. Det viktiga är att det inte uppstår en situation där ingen av huvudmännen ser detta som sitt ansvar eller att parterna arbetar med samma frågeställningar parallellt och oberoende av varandra.

#### 4.4.4 En gemensam nollvision

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att samhället måste intensifiera sina insatser för att förhindra att människor skadar sig själva eller andra på grund av psykisk ohälsa. Nationell psykiatrisamordning anser att en tydlig gemensam målsättning bör antas av alla aktörer och att den utformas som en nollvision.

Nationell psykiatrisamordning anser att kommuner och landsting lokalt bör göra gemensamma analyser av negativa händelser som självmord, självmordsförsök eller våldshändelser där personen som varit inblandad har eller borde ha haft stöd från både kommun och landsting. Detta för att identifiera risk-situationer och svaga länkar i det gemensamma arbetet.

## Skäl för bedömningen

Samhällets viktigaste målsättning med vård- och stödverksamheter-na är att kunna ge skydd och hjälp i de mest utsatta lägena. Varje självmord eller tillfälle när någon råkar ut för en våldshandling är ett misslyckande. Samtidigt är det självklart att många tillfällen handlar om en rad olika omständigheter och händelser som i en olycklig kombination ledde fram till en tragisk olycka. Vid varje händelse måste ändå frågan ställas om huruvida resultatet skulle ha blivit annorlunda om något hade gjorts på ett annat sätt.

En gemensam nollvision för händelsen att skada sig själv eller någon annan på grund av psykisk sjukdom kan vara ett sätt att visa att samhället tar frågan på största allvar. Utifrån denna nollvision kan sedan ett antal delmål och strategier formuleras, dels övergripande, dels för varje berörd aktör.

För vården och den sociala omsorgen innebär en nollvision att organisationer, rutiner och kunskap behöver ses över. Målet måste vara att ingen som söker hjälp som har ett behov av någon samhällsinsats ska avvisas. Den instans där personen söker måste ha ett ansvar att se till att den hjälpsökande får insatser av den aktuella verksamheten eller av någon annan.

Alla verksamheter ska ha väl utarbetade rutiner för att känna igen allvarlig psykisk sjukdom eller en allvarlig krissituation när utebliven hjälp kan innebära allvarliga negativa konsekvenser för personen. Den gemensamma målsättningen i samhället måste vara att ingen med psykisk ohälsa som aktualiserats hos kommun eller landsting ska skada sig själv eller någon annan på grund av att han eller hon avvisats eller tappats bort av vården. Vården kommer aldrig att kunna känna igen eller göra rätt bedömningar i hundra procent av fallen, men målsättningen måste vara att inte missa någon. En första målsättning är att verksamheterna organiseras så att de är ändamålsenliga utifrån målet att förebygga skada och död. För att tillgodose detta krävs sannolikt organisationen anpassas efter typen av verksamhet, men också utifrån skillnader i geografiska förutsättningar, befolkningsprofil och andra lokala förutsättningar.

När någon har tagit sitt liv eller en allvarlig våldshändelse har skett och personen har haft kontakt med eller sökt hjälp hos någon myndighet eller institution, bör alltid en noggrann utredning av hela händelsen göras. Den bör inkludera det aktuella händelse-

förloppet men också föregående händelser som kan ha spelat roll samt olika förhållanden som kan ha anknytning till händelsen.

För alla inblandade, men särskilt för anhöriga och närstående, är det viktigt att få hjälp att klarlägga vad som hänt och att om möjligt förstå hur det kunde hända. Stödet till de närstående är, enligt många enskilda anhöriga men också brukarorganisationerna, bristfälligt. Det gäller möjligheterna att få klarhet i vad som egentligen hände, möjligheten att förstå och möjligheten att få bra krisstöd.

I enlighet med den nya bestämmelsen i Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd i SOSF 2005:28 ska hälso- och sjukvården alltid göra en anmälan enligt Lex Maria vid självmord som kommer till vårdens kännedom och som inträffat inom fyra veckor efter vårdkontakt. Lex Marias främsta syfte är att få till stånd en objektiv utredning om anledningen till en inträffad allvarlig skada eller sjukdom eller risk för sådan, för att därigenom på olika sätt förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden. Ett annat syfte är att den drabbade patienten (eller dennas närstående) genom utredningen så långt det är möjligt ska få klarhet i vad som faktiskt har inträffat och varför skadan eller sjukdomen har uppstått. Denna utredning ska göras av vården själv.

Nationell psykiatrisamordning anser dessutom att kommuner och landsting lokalt bör göra gemensamma analyser av negativa händelser som självmord, självmordförsök eller våldshändelser där personen som varit inblandad har eller borde haft stöd från både kommun och landsting. Detta för att identifiera risksituationer och svaga länkar i det gemensamma arbetet.

#### 4.5 Närstående

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att kommun och landsting i högre grad bör uppmärksamma de närståendes situation genom att utarbeta rutiner för information, stöd och samarbete med det sociala nätverket, samt genom att använda evidensbaserade metoder för familjeintervention.

#### Skäl för bedömningen

Närstående används allt oftare som begrepp i stället för anhörig. Med närstående menas en vidare krets än släktingar och det omfattar även andra viktiga delar av det sociala nätverket som kan

vara vänner, grannar eller arbetskamrater. I och med att allt mer vård och stöd sker i öppenvård har de närstående fått ett ökat ansvar. I vissa fall får de ta ett orimligt stort ansvar. Det är många som upplever att de inte får vara delaktiga i planeringar och inte får information och stöd av vare sig kommun eller landsting. Det finns exempel på närstående som känner sig bortmötade, ignorerade och otrevligt bemötta av vården.

Några viktiga aspekter på området anges nedan:

Närstående är personer som ofta utsätts för extraordinära påfrestningar utifrån det faktum att de har en anhörig eller person i sin nära omgivning som är psykiskt sjuk. Påfrestningen handlar om att det ofta är tungt och arbetsamt att stödja en person som är sjuk, att det innebär en kris när en närstående drabbas av en allvarligt psykisk störning och att det är svårt att se sin närstående förändrad eller lida. Det handlar också om att mötet med vårdapparaten är påfrestande genom att det är svårt att hitta rätt, att inte bli tagen på allvar, att bli skickade mellan olika vårdinstanser. Närstående ser vårdbehoven men har ibland svårt att få dem tillgodosedda hos personen i fråga, därför att de inte kan påverka honom eller henne att ta emot vård eller inte kan påverka sjukvården att ta emot personen eller ge tillräckliga insatser. Dessutom är det många som känner av samhällets fördomar om psykiska sjukdomar och att det finns mycket skuld förknippat med att t.ex. ha ett barn som drabbas av psykisk sjukdom.

De närstående är en viktig resurs för personen som är sjuk men också för vården. Det finns mycket som tyder på att ett välfungerade nätverk och att finnas i ett socialt sammanhang är viktiga faktorer för en bättre prognos. Mötet med vården ska förhoppningsvis vara under en kort del av livet medan närstående kommer att finnas med länge. De närstående är dessutom en oersättlig informationskälla som ger vården möjlighet att få en bild av hur personen är som frisk. För personen själv är de ofta en viktig resurs som i många lägen kan vara det bästa stödet. Vården har ansvar för att skapa ett bra samarbete med personen själv och med de närstående.

Närstående är utifrån de påfrestningar de utsätts för och genom att de också kan ha en sårbarhet för psykisk ohälsa en riskgrupp för att själva drabbas av psykisk ohälsa. Krisstöd, stöd att vara närstående under lång tid, stöd att hantera den nya situationen, var-

dagen liksom ett gott bemötande måste vara obligatoriskt både för socialtjänst och för psykiatri.

Välinformerade och kunniga närstående är också en stor tillgång för vården och omsorgen. Nationell psykiatrisamordning menar därför att vård, omsorg och stöd måste:

- Uppmärksamma och identifiera individens nätverk och sammanhang,
- Utarbeta rutiner för stöd och information till närstående,
- Arbeta nätverksorienterat utifrån befintlig kunskap och
- Använda evidensbaserade metoder och program för familjeintervention.

#### 4.5.1 Barn och syskon till personer med psykisk sjukdom

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att tydliga rutiner bör finnas i all hälso- och sjukvård för att tillgodose behovet av information och stöd till barn och syskon till personer med psykisk sjukdom.

Nationell psykiatrisamordning anser att regeringen kan behöva överväga om HSL bör förtydligas i den riktning som Barnpsykiatrikommittén föreslog i sitt slutbetänkande 1998.

#### Skäl för bedömningen

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom är sårbara eftersom de är just barn och deras situation har uppmärksammats alltmer. Förändrade arbetssätt, stödinsatser och verksamheter med fokus på barn och föräldraskap har successivt vuxit fram, ofta i samarbete mellan vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst. En positiv utveckling har alltså påbörjats men fortfarande krävs ett fortsatt utvecklingsarbete. Vilket stöd barn och föräldrar får varierar mycket mellan olika kliniker och kommuner. Arbetet inom vuxenpsykiatri är fortfarande i alltför hög utsträckning inriktat enbart på patientens problem. Barnens behov av stöd och hjälp med att förstå situationen när mamma eller pappa är sjuk, samt behoven hos den förälder som inte är sjuk, oavsett om föräldern lever med barnet eller inte, behöver ges mycket större uppmärksamhet. Vuxenpsykiatri, men även primärvården, har en

central ställning att upptäcka barnen och initiera stöd till barn och föräldrar eftersom de har kunskap om föräldrarnas sjukdom. Detta kräver att ett barn- och familjeorienterat arbetssätt utvecklas inom hälso- och sjukvården och att ett nära samarbete skapas mellan vuxenpsykiatri, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst, skola med flera berörda aktörer. Om barnens situation och patienterna, i sin funktion som föräldrar, uppmärksammas så tidigt som möjligt, kan man troligen minska riskerna för att barnen drabbas av psykisk ohälsa senare i livet.

Forskningen pekar på att barn till föräldrar med psykisk sjukdom löper ökad risk för psykiska störningar eller andra problem som rör utveckling, beteende och funktionsförmåga (Socialstyrelsen, 2006a). Bland barn till föräldrar med depression eller manodepressivitet finns en minst dubblerad risk för psykiska störningar jämfört med andra barn. Riskökningen bedöms vara ännu större bland barn med en förälder med schizofreni, där mer än vart tionde barn själv drabbas av sjukdomen. Detta kan jämföras med hela befolkningen där risken att drabbas av schizofreni är 1–2 procent. Sambanden är delvis genetiska – barnen har en ärftligt betingad ökad sårbarhet, men samtidigt är de psykiska problemen förknippade med en rad psykosociala svårigheter. I en brittisk studie visar resultaten att problemrisken bara var måttligt förhöjd bland barn till psykiskt sjuka i förhållande till andra barn (Ibid). När man i studien kontrollerade andra problem hade dessa barn inte högre risker än andra. Däremot ökade andelen barn med psykiska störningar direkt i proportion till antalet riskfaktorer. Ju mer problemtyngd familjen är desto högre risk att barnen får psykiska störningar. Barn som lever med en ensamstående psykiskt sjuk förälder som är beroende av ekonomiskt bistånd har en förstärkt risk för en ogynnsam utveckling (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005). Samtidigt bör det framhållas att en stor majoritet av barn till psykiskt sjuka föräldrar inte får egna problem som vuxna utan klarar sig bra. Det finns inget enkelt samband mellan en förälders psykiska sjukdom och en ogynnsam utveckling hos barnet. Men det finns enligt Nationell psykiatrisamordningsuppfattning tillräckliga skäl för att barnens situation ska uppmärksammas, och för att det ska finnas program för stöd till barn vid alla vårdinrättningar som behandlar personer med psykisk sjukdom.

### Barn till en förälder med psykisk sjukdom

Genom det nationella patientregistret har Socialstyrelsen tagit fram uppgifter om antalet ineliggande patienter med minderåriga barn. Uppgifter om vilken typ av hushåll de sjukhusvårdade med psykiatrisk diagnos bor i visar att 14 procent av samtliga vårdade män i åldrarna 20–59 år och 30 procent av kvinnorna var folkbokförda i hushåll med minderåriga barn (0–17 år) 2002 (Socialstyrelsen, 2006a). Det stora flertalet patienter inom öppenvårdspsykiatri eller primärvård är inte föremål för slutenvård. Det bör alltså vara betydligt fler föräldrar med psykisk sjukdom som lever med barn än vad som framgår av slutenvårdsregistret, men det finns ingen samlad nationell statistik. Vid en kartläggning av öppenvårdspsykiatrin i ett område i Stockholm var 25–30 procent av patienterna föräldrar och de flesta, (75 procent), bodde tillsammans med barnen (Skerfving, 1998). Av dem som inte bodde med sina barn, främst pappor, hade 85 procent ändå kontakt med barnen. En fjärdedel av barnen levde med en ensamstående mamma. En stor del av patienterna hade ett annat ursprungsland än Sverige, cirka 40 procent hade föräldrar med utländsk härkomst.

### Olika former av stöd

I intervjuer med föräldrar framkom att de framförallt önskar sig ett ökat stöd från vuxenpsykiatrin, de vill få prata om barnen och deras livssituation och få stöd i föräldrarollen. I intervjuer med barn till föräldrar med psykisk sjukdom framkom att barnen saknade kontakt med vuxenpsykiatrin, information om förälderns sjukdom och någon att prata med om sin oro för föräldern (Skerfving 2005). I en studie, med syfte att ta reda på barnens behov i familjer där en förälder är psykiskt sjuk, framkom att barnens behov av stöd varierade mycket. Djupintervjuer med barn visade att det svåraste för barnen är ensamheten, att inte ha någon vuxen att tala med om situationen i familjen (Östman, 2000).

Under våren 2006 skickades en enkät ut till alla psykiatriska kliniker i landet (varav två tredjedelar svarade), med frågor om bland annat vilket stöd klinikerna erbjuder barn till psykiskt sjuka föräldrar, samt vilket stöd som erbjuds i samarbete med andra

aktörer.<sup>1</sup> Drygt hälften av de svarande uppgav att de hade särskilda rutiner för hur barn till föräldrar med psykisk sjukdom skulle mötas. På frågan om vilket stöd barnen kunde få uppgavs olika former av samtal (där man informerar om förälderns sjukdom och ger barnen möjlighet att ställa frågor) och barngrupper, som det vanligaste formerna för stöd. I endast en tredjedel av svaren framkom att stödet följde någon särskild modell och då gällde det främst barngrupperna, det var få som uppgav att samtalen till föräldrar och barn följde någon modell. I hela 80 procent av svaren uppgav man att samarbetet med socialtjänsten var bra eller mycket bra. När en förälder försökt begå självmord uppgav bara hälften av klinikerna att det fanns rutiner för barnen. Nästan 90 procent uppgav att de tyckte att något saknades i klinikens utbud beträffande stöd till barnen.

Det finns olika modeller för gruppverksamhet för barn till personer med psykisk sjukdom eller missbruk. Psykopedagogiska grupper för barn till psykiskt sjuka föräldrar är ett stöd som har etablerats på många håll. De ska ge barnen kunskaper om förälderns problem och att öka deras förmåga att förstå och handskas med sin situation. De ger också möjlighet för barn och ungdomar att träffa andra i samma situation. På vissa orter erbjuds även föräldrarna att delta i samtalsgrupper som bedrivs parallellt med barngrupperna. Det saknas dock utbildning för gruppledare och manualer för att bedriva gruppverksamhet.

Under senare år har det uppmärksammats att barn och syskon, på samma sätt som alla andra närstående, behöver få information om sin anhöriges sjukdom. Vuxenpsykiatrin har dock under lång tid inte sett anhöriga barn och ungdomar som sitt ansvar. När problemet uppmärksammats har det varit svårigheter att på ett naturligt sätt tillgodose behoven och osäkerheten om hur stödet ska ges på bästa sätt har varit stor. Det finns nu modeller för familjestöd även inom vuxenpsykiatrin. Ett exempel är de psykiatriska klinikerna i Skellefteå och Umeå som erbjuder föräldrar och barn stödsamtal enligt en metod som utarbetats av William Beardslee, barnpsykiater och forskare i USA. Metoden har utvecklats som stöd till familjer där en förälder eller båda lider av depression och den har ett uttalat preventivt syfte, att förhindra att

---

<sup>1</sup> Psykiatrikliniken i Skellefteå bedriver, inom ramen för den särskilda satsningen inom psykiatriområdet, ett nationellt projekt gällande utveckling av stöd till barn till föräldrar med psykisk sjukdom och uppdraget att kartlägga vilket stöd till barn och föräldrar landets psykiatriska kliniker erbjuder ingår i projektet, (se bilaga 3).



barnen också drabbas av depression. Samtalen syftar till att göra barnens röster hörda, öka kommunikationen och stärka dialogen i familjen om vad sjukdomen medför och hur det påverkar barnen. Erfarenheterna av Beardslees metod är goda i Finland, och där pågår ett utvecklingsarbete med målet att alla psykiatriska kliniker ska kunna erbjuda familjestöd enligt Beardslees modell. Ansvar för utvecklingsarbetet har det statliga organet för utveckling av hälso- och sjukvården och socialtjänsten, Stakes. Metoden stärker de skyddande faktorer som finns, och hjälper familjen att mer öppet prata om föräldrarnas sjukdom. Utveckling av en svensk version av detta program ingår i projektet som bedrivs i Skellefteå. Personal från flera delar av Sverige har utbildats och en del kommer att gå vidare för att kunna fungera som lärare för andra så att metoden kan föras vidare.

### Barn som far illa

I Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen framhölls att familjestöd borde ingå som en naturlig del i psykiatriska behandlingsprogram. Socialstyrelsen menade även att familjestöd skulle kunna ges i samverkan mellan psykiatri och socialtjänst, i ett gemensamt familjestödsprogram (Socialstyrelsen 1999).

Socialtjänsten har uppdraget att stödja barn i utsatta situationer men behovet måste givetvis aktualiseras av någon. Myndigheter med verksamhet som berör barn och ungdomar samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får veta något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådana myndigheter (SoL, 14 kap. 1 § p. 2).

Barnets bästa ska alltid gå först. Det betyder att även om vuxenpsykiatrins huvudansvar är den vuxne patienten så finns en skyldighet att anmäla om ett barn eller ett syskon bedöms behöva stöd från socialtjänsten. Av HSL § 2f hänvisas till socialtjänstlagens bestämmelser om skyldigheten att anmäla att ett barn kan behöva nämndens skydd. Att stöd ges till barn och föräldrar inom ramen för den verksamhet där den vuxne får hjälp fräntar inte hälso- och sjukvården dess anmälningsskyldighet till socialnämnden enligt socialtjänstlagen. Det behöver inte vara bevisat att barnet far illa

utan det räcker med bedömningen att socialnämnden kan behöva ingripa.

Ett fungerande samarbete mellan en rad olika instanser är nödvändigt för att barn och föräldrar ska få ett så tidigt och bra stöd som möjligt. I HSL § 2 framgår att hälso- och sjukvården på socialnämndens initiativ skall samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Vilka insatser som krävs varierar beroende på barnens och föräldrarnas situation och vid olika perioder beroende på en rad olika faktorer. Det viktiga är att barn och ungdomar får den hjälp och det stöd de behöver. Nationell psykiatrisamordning anser att dagens situation är otillfredsställande. Primärvård och specialistpsykiatri uppmärksammar inte barns och syskons situation i tillräcklig omfattning. Hälso- och sjukvården bör vara mer aktiv och ta initiativ till gemensamma planeringar och försäkra sig om att barn och syskon får det stöd de behöver.

Psykiatrisamordningen anser att landstingen bör utforma rutiner som säkerställer att det alltid uppmärksammas om det finns närstående barn eller ungdomar och att de erbjuds information och stöd som andra närstående. Nationell psykiatrisamordning har övervägt möjligheten att förtydliga ansvaret i lagstiftning. I Barnpsykiatrikommitténs betänkande (1998) föreslogs förändringar i bland annat hälso- och sjukvårdslagen för att uppmärksamma barns behov av information och stöd när en förälder hade allvarliga sjukdomstillstånd. Då föreslogs ett tillägg i § 2 i HSL med lydelsen:

När en patient med psykisk sjukdom/psykiskt funktionshinder, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel har ett underårigt barn ska särskilt beaktas barnets behov av information, råd och stöd. Detsamma gäller för barn vars förälder plötsligt dör.

Samordningens slutsats är att insatser till barn och ungdomar i utsatta situationer redan är ett tydligt ansvar för socialtjänst och hälso- och sjukvård och att detta följer av gällande regleringar. Det finns dock enligt vår bedömning skäl för regeringen att noga följa utvecklingen och även att åter överväga om en lagändring krävs om behovet av förbättringar inte tillgodoses.

## 4.6 Insatser för att främja kroppslig hälsa

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att landsting och kommuner bör utforma rutiner för hur stöd till hälsofrämjande livsstilsförändringar ska utformas, liksom hur personer med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder ska få hälsokontroller och nödvändiga insatser för den kroppsliga hälsan.

### Skäl för bedömningen

Den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder är sämre än för befolkningen som helhet. Personer med schizofreni har en överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar, infektioner, sjukdomar i andningsorganen och mag- och tarmkanalen samt cancer. Många lever ett liv med många riskfaktorer som rökning, dålig kost, brist på motion och frisk luft samt ökad användning av droger.

Förebyggande insatser riktade mot kroppslig ohälsa hos personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder kan medföra stora vinster, både hälsomässiga och ekonomiska, för både individen och samhället. Det finns tydliga bevis för hälsovinster av fysisk aktivitet i befolkningen i stort, och allt talar för att detta är ännu viktigare för personer med psykisk ohälsa. Många personer med psykisk ohälsa äter enformig kost som innehåller alltför lite näring. Det psykiska funktionshindret kan t.ex. leda till svårigheter som initiativlöshet, tvångsmässighet, misstänksamhet, svårigheter att planera och lösa problem vilket gör att matlagning och bra kostvanor inte alltid fungerar. En del av de psykiatriska läkemedlen har dessutom biverkningar som viktökning, ökad risk för metabolt syndrom osv. Det ökar kraven på att landstinget bör utveckla olika former av hälsokontroller och hälsofrämjande insatser som specifikt riktar sig till psykiskt funktionshindrade. Landsting och kommuner behöver förstärka sitt förebyggande och hälsofrämjande arbete för kvinnor och män med psykiskt funktionshinder i olika åldrar, och utveckla ett varierat stöd som strukturerat och långsiktigt stödjer en hälsosammare livsstil.

Personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, speciellt om de medicinerar, är en högrisk grupp för kroppslig ohälsa. Aktiva åtgärder för att förhindra viktuppgång ska påbörjas

samtidigt som läkemedelsbehandlingen inleds. Kontroll av vikt och screening för riskabel alkoholanvändning eller drogbruk ska erbjudas patienterna. Regelbundna hälsokontroller minst en gång per år bör genomföras i primärvårdens regi eller via specialistpsykiatri, allt efter vad som passar bäst i det enskilda fallet.

Patientansvarig läkare, personligt ansvarig personal som kontaktperson eller case manager i landsting eller klientansvarig handläggare, boendestödjare eller case manager i kommunen bör bevaka att personerna får goda insatser även för sin kroppsliga hälsa. Det bör vara en självklar punkt i den gemensamma individuella planeringen. Stöd att genomföra de hälsofrämjande insatserna ska vara högt prioriterat i verksamheterna.

## 4.7 Tandvård

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att tandvårdsbehovet hos personer med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder bör uppmärksammas i de dagliga vård- och omsorgssituationerna och att rutiner för detta ska finnas som en naturlig del i vården. Landstingen bör utforma rutiner som innebär att personer med psykiskt funktionshinder får förebyggande och reparativ tandvård inom högkostnads-skyddet.

### Skäl för bedömningen

I den tandvårdsreform som kom 1999 lades fast att de patienter som har ett väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder inte skall ha ökade kostnader för sin tandvård till följd av detta. Samtidigt inrättades ett extra tandvårdsstöd för nödvändig tandvård som har samband med vissa definierade sjukdomar och funktionshinder. Pengarna för detta tandvårdsstöd kommer från staten och administreras av landstinget. Tandvårdens vårdgivare (dvs. tandhygienister och tandläkare) behovsprövar tandvården hos landstinget enligt de fastställda reglerna. All nödvändig förebyggande samt reparativ tandvård som förmedlas av tandvården debiteras därmed enligt samma avgifter som gäller för den övriga öppna hälso- och sjukvården.

Tandvårdsstödet är i grunden tänkt som ett förebyggande program. För att tandvården ska tillåtas komma med i ett planeringskede kring varje enskild patient krävs att sjukvården hänvisar patienten till tandvården så snart som möjligt. Detta förhållnings-sätt gäller även för de patienter som eventuellt inte kvalificerar sig för att ta del av tandvårdsstödet.

De personer som har rätt till tandvårdsstöd ska i huvudsak identifieras av sjukvården och kommunerna. Personer med psykisk sjukdom löper en ökad risk för dålig munhälsa vilket ofta hänger samman med nedsatt salivsekretion i samband med medicinering i kombination med eftersatt munhygien. Många personer med svåra psykiska problem är beroende av daglig hjälp för att behålla sin munhälsa. Vårdpersonalen har dock sällan tillräcklig kunskap om hur man på bästa sätt hjälper en person att upprätthålla en god munhälsa. Dessutom medverkar personer med svåra psykiska problem ofta dåligt i tandvården, dels för att de kanske inte inser nyttan, dels för att det kanske gör ont. Dålig munhygien kan snabbt leda till problem med inflammerat tandkött, blödningar, svampinfektioner, dålig andedräkt m.m. Det största hotet mot hälsan vid en bristande daglig munhygien är dock risken för hål i tänderna (karies) och tandlossning (parodontit) vilket påverkar det allmänna hälsoläget. En mun med fula, skadade tänder och synliga tandluckor kan i vårt samhälle givetvis även innebära ett uttalat socialt stigma. Munhälsan är därför i sig en viktig faktor för både allmänhälsan och en god livskvalitet.

Följande personer är berättigade till tandvårdsstöd:

1. Alla personer som bor i kommunens särskilda boende och har ett omfattande och varaktigt behov av omsorgsinsatser.
2. Vissa personer som får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).
3. Alla personer som omfattas av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387).
- 4.1. Personer som bor i egen bostad och som har samma behov av omsorg som personer i grupp 1.
- 4.2. Personer som har långvarigt och omfattande funktionshinder på grund av psykisk sjukdom.

När det gäller personer med psykisk sjukdom är stödet menat för dem som är allvarligt sjuka i psykisk sjukdom eller har någon annan psykisk sjukdom som pågått i mer än ett år och som lett till ett

omfattande och varaktigt socialt funktionshinder. Funktionsnedsättningen ska innebära en begränsning av förmågan att relatera sig till omgivningen. Stödet gäller oavsett boendeform.

Landstingen gör olika tolkningar av lagtexten och det finns landsting som gör så snäva tolkningar av vad som gäller att personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder därmed i stort sett utesluts. Nationell psykiatrisamordning anser att personer med psykiska sjukdomar eller psykiska funktionshinder ska tillförsäkras en god tandvård genom att lagstiftningen tolkas så som lagstiftaren avsett. Detta innebär att även personer som har långvarigt och omfattande funktionshinder på grund av psykisk sjukdom inkluderas (4.2). Det är inte rimligt att personer som medicinerar under lång tid inte har råd att besöka tandvården för att undvika de skador som kan komma vid en nedsatt salivsekretion.

#### 4.8 Missbruk

Ökad alkoholkonsumtion och ökad användning av droger är ett uppmärksammat samhällsproblem. Begränsade resurser i kommuner och landsting har inneburit att resurserna till missbruksvården inte följt det ökade behovet av insatser för att förebygga eller behandla missbruk. Resurserna till vård till personer med missbruk har snarare minskat. Detta trots att det i dag finns mer effektiva insatser än tidigare.

De senaste åren har kunskapen om medicinsk behandling för missbruk ökat väsentligt. Detta innebär att diagnostisering av olika tillstånd och planering av relevanta åtgärder, i högre grad än tidigare kan ske utifrån ett medicinskt perspektiv. Läkemedelsbehandling har visat sig effektivt för fler missbruks- och beroendetillstånd än tidigare. Med hänsyn till den forskning som pågår inom området finns också anledning att anta att den utvecklingen kommer att fortsätta.

Det finns därför starka skäl som talar för att hälso- och sjukvårdens insatser till personer som missbrukar måste förstärkas. Forskning visar att samsjukligheten är mycket hög bl.a. när gäller det alkoholmissbruk och depression. Det finns också uppgifter om att alkoholmissbruket inte alltid upptäcks när depressionen behandlas och att depressioner inte uppmärksammas hos personer som behandlas för sitt missbruk. En orsak till det kan vara att det

är skilda huvudmän och att var och en fokuserar på "sitt tillstånd" i stället för att tillämpa ett integrerat synsätt.

Ytterligare ett skäl för att förstärka hälso- och sjukvårdens roll är att personer som missbrukar ofta har stora medicinska behov som inte tillgodoses i dag vilket bl.a. leder till en stor överdödlighet både bland de som har psykisk sjukdom och missbrukar (oavsett vilken substans), och hos personer med tungt narkotikamissbruk. En ordning där hela behandlingen planerades, och genomfördes av den huvudman som har den medicinska kompetensen, skulle eventuellt kunna förändra det förhållandet. Forskning visar att behandlingsmetoder som fokuserar på själva missbruket är mer effektiva än de som har en mera allmän inriktning.

Sammantaget menar Nationell psykiatrisamordning att medicinsk behandling av missbruk bör vara en fråga för hälso- och sjukvården. Detta får emellertid inte innebära att behoven av nödvändiga sociala insatser och en individuell planering ur ett helhetsperspektiv inte tillgodoses av kommunerna.

I följande avsnitt diskuteras översiktligt hur hela vårdprocessen från förebyggande insatser till behandling och stöd till personer med komplicerad missbruksproblematik kan utformas inom ramen för nuvarande reglering. Därefter utvecklas behovet av en översyn av hur detta kan stödjas av staten på ett samordnat och fokuserat sätt.

#### 4.8.1 Riskkonsumtion och missbruk av alkohol och narkotika

<p><b>Bedömning:</b> Psykiatrisamordningen anser att all primärvård och specialistpsykiatri bör ha program för hur man upptäcker och behandlar riskfylld alkoholkonsumtion och missbruk av alkohol och narkotika.</p>
---

#### Skäl för bedömningen

Människor som har en riskfylld alkoholkonsumtion eller som använder droger löper en ökad risk att utveckla psykisk ohälsa. Bland personer som söker hälso- och sjukvården för psykisk ohälsa har minst tjugo procent ett missbruk eller ett beroende och andelen som har en riskfylld konsumtion är betydligt större. Omvänt gäller att bland personer som söker för missbruk av alkohol eller narko-

tika har hälften någon typ av psykisk sjukdom (vanligen depression, ångest eller psykos) och upp till trefjärdelar någon personlighetsstörning. Även vid tillstånd som ADHD, Asbergers syndrom, autism och Touretts syndrom ökar risken för missbruk. Det finns ett dubbelriktat samband mellan användning av alkohol och andra droger och psykisk sjukdom. I vissa fall föregår den psykiska sjukdomen missbruket och i andra fall kommer missbruket först och den psykiska sjukdomen uppträder senare. Alkohol kan vara ett sätt att hantera besvärande sjukdomssymtom som rösthallucinationer, ångest och spänning. Missbruksdiagnoser är vanligare bland män än kvinnor. Kvinnor har dock i större utsträckning än män psykiatriska sjukdomstillstånd, utöver alkoholberoende, och det psykiatriska sjukdomstillståndet (depression eller ångest) föregår oftare alkoholberoendet hos kvinnor än hos män.

Samtidigt missbruk och psykisk sjukdom, psykisk störning eller neuropsykiatrisk störning komplicerar situationen och försämrar ofta prognosen. Tillståndet har en högre allvarlighetsgrad och kräver andra behandlingsinsatser. Missbruk försvårar behandlingen av den psykiska sjukdomen, dels genom att den ofta påverkar sjukdomen i sig negativt, dels genom att den försvårar en god behandlingsallians och gör det svårt för personen att följa ordinationer, passa tider och hålla fast vid behandlingsöverenskommelser. Psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder försvårar missbruksbehandlingen genom att personen på grund av sina svårigheter inte klarar av att följa de krav som många behandlingsprogram har. Det är därför av stor vikt att så tidigt som möjligt identifiera riskfylld alkoholkonsumtion eller narkotikaanvändning bland personer psykisk ohälsa.

### Identifiering och rådgivning

Aktuell kunskap visar att riskkonsumtion och missbruk eller beroende kan identifieras tidigt och att det finns användbara screeninginstrument som har tillräckligt vetenskapligt stöd för att rekommenderas (Socialstyrelsen 2006f). Om en riskkonsumtion eller ett missbruk identifieras finns metoder för rådgivning och behandling. Systematiska insatser för att identifiera riskkonsumtion eller missbruk görs dock inte i tillräcklig utsträckning, inom vare sig primärvård, specialistpsykiatri eller socialtjänst. Personer som söker för psykisk ohälsa är en tydlig riskgrupp, och därför bör



kartläggning av alkohol- och narkotika- användning ingå som en självklar del i utredning och diagnostik. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett enkelt psykosocialt screeningtest med tio enkätfrågor om alkoholkonsumtion, tecken på beroende- och alkoholrelaterade sjukdomar, som rekommenderas i Socialstyrelsens förslag till riktlinjer (Socialstyrelsen 2006f). Motsvarande enkät finns för narkotikaanvändning. Ett utprovat instrument som till exempel AUDIT bör användas rutinmässigt av alla verksamheter inom primärvård, specialistpsykiatri och socialtjänst.

För att riskabelt alkoholbruk, användning av narkotika och övrigt missbruk av läkemedel eller andra skadliga ämnen ska kunna identifieras i så stor utsträckning och i ett så tidigt skede som möjligt måste dessa frågor alltid ingå som en naturlig del i allt hälsoförebyggande arbete. Det måste också vara en återkommande del i behandlings- och stödinsatser som ges till grupper som vi vet löper särskild risk att få negativa konsekvenser redan av ett mindre omfattande bruk av alkohol eller av andra droger. Kort rådgivning eller motiverande samtal bör kunna ges av alla verksamheter.

### Utredning och behandling

Utredning av problemets omfattning bör göras systematiskt med hjälp av olika bedömningsinstrument. I Socialstyrelsens förslag till riktlinjer redovisas ett flertal biologiska (blod- och urinprov) och psykosociala (intervjuer och enkäter) test som har utvärderats och som det finns visst stöd för att använda. ASI (Addiction Severity Index) är ett exempel på en systematisk intervju för att kartlägga personens situation, problem och behov av hjälp samtidigt som det kan vara ett redskap för dokumentation, planering och uppföljning. ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) är en ungdomsversion av ASI som används av SiS (Statens Institutionsstyrelse) inom ungdomsvården. DOK (Dokumentation och utvärdering inom missbrukarvården) är ett antal formulär som ger underlag för utredning, behandling, uppföljning och behandlingsplanering, samt kan fungera som verktyg för verksamhetsuppföljning. Det används av alla LVM-hem inom SiS. Förutom dessa bör man också använda riskbedömningsinstrument för självmordsbenägenhet, aggressivitet eller farlighet.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste ha gemensamma benämningar och enhetliga definitioner av centrala begrepp som

beroende, missbruk och behandling. Den enskilde patienten eller klienten ska veta att han eller hon får en bedömning och en diagnos som bygger på samma grundkunskap oavsett var man får hjälp. I dag råder dock stora skillnader mellan verksamheterna i synsättet på missbruks- och beroendeproblem, vilket är oacceptabelt.

Kunskapen inom behandlingsområdet har ökat under de senaste åren. Nya läkemedel har utvecklats som har förbättrat möjligheterna att förebygga återfall, minska missbruk och öka andelen som kan klara att vara helnyktra.

Forskningen pågår och mer kunskap behövs men mycket tyder på att framgångsrika behandlingsinsatser till stor del innebär kombinationer av läkemedelsbehandling och psykosociala behandlingsinsatser. Med psykosociala behandlingsinsatser menas metoder som ska öka personens sociala och psykologiska förmåga, och förmåga att hantera sitt beroende och sin livssituation. Kognitiv beteendeterapi, 12-steps program, motivationshöjande program och familjeterapi är exempel på olika metoder. Gemensamt för de metoder som visar effekt är att de har klar struktur, väldefinierade åtgärder och tydliga riktlinjer (manualer) för hur behandlingen ska utföras. Abstinensbehandling, det som tidigare kallats avgiftning, ska alltid finnas tillgänglig vid akuta medicinska tillstånd. Övrig abstinensbehandling bör ske som en del i ett behandlingsprogram med ett långsiktigt mål. Utöver behandlingsinsatser behövs sociala insatser för att stödja personen i sin livssituation kring boende, ekonomi, relationer, arbete och vardagsliv.

Utifrån utvecklingen med ett ökat antal specifika behandlingsmetoder med medicinskt och psykologiskt innehåll är det uppenbart att missbruksbehandling inte enbart är en fråga för socialtjänsten. Hälso- och sjukvården måste ta sin del av ansvaret, men det måste ske i samarbete med socialtjänsten eftersom många personer med missbruk också har ett stort behov av socialt stöd utöver behandling för missbruk. Mycket talar för att ett nära samarbete och integrerade verksamheter är nödvändigt för att på ett effektivt sätt möta och minska missbruk.

Nationell Psykiatrisamordning anser att den modell för att förebygga och behandla missbruk som beskrivs i Socialstyrelsens riktlinjeförslag bör införas i all hälso- och sjukvård och socialtjänst i landet.

#### 4.8.2 Psykisk sjukdom och missbruk

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att kommuner och landsting bör erbjuda personer med missbruk och psykisk sjukdom vård och stöd i integrerade former så att behandlingen för missbruket och de psykiska problemen sker samtidigt.

##### Skäl för bedömningen

Personer som har både ett missbruk och en psykisk sjukdom, psykisk störning, psykiskt funktionshinder eller en neuro-psykiatrisk störning har en mer komplicerad problembild än andra. Missbruk och psykiska problem påverkar alltid varandra negativt. Personer med denna dubbla problematik ska alltid få insatser som är anpassade till de speciella behov som denna samsjuklighet skapar.

Socialstyrelsen anger i sitt förslag till riktlinjer att om socialtjänsten misstänker att en person som har missbruksproblem också har en psykisk sjukdom ska bedömning av den göras inom hälso- och sjukvården. Vid lindrigare tillstånd är det primärvården som gör bedömningen och vid svårare tillstånd specialistpsykiatrin eller beroendevården om det finns någon sådan. Inom både kroppssjukvården och specialistpsykiatrin är det angeläget att det finns kunskap och uppmärksamhet på bakomliggande eller samtidigt missbruksproblem. Flera studier visar att missbruk och beroende är underdiagnostiserat bland patienter inom psykiatrin.

I samband med psykiatrireformen uppmärksammades att personer med missbruk och psykisk sjukdom inte fick rätt vård och man startade ett antal projekt för att skapa integrerade och samtidig insatser startades. Uppföljningen av dessa projekt visar positiva resultat för patienterna, men svårigheter med ansvarsfördelning och olika synsätt på problematiken kvarstår både efter ett och ett halvt år och efter fem år (Socialstyrelsen, 2004b). I Socialstyrelsens förslag till riktlinjer konstateras att insatserna kan ges av integrerade verksamheter men kan också ske genom att verksamheterna samordnar sina insatser. Det avgörande är att insatserna utgår från den enskilde individens behov. Trots att medvetenheten om svårigheterna för personer med psykisk sjukdom och missbruk

att få adekvat vård har funnits i mer än tio år, har samhället inte förmått att skapa fungerande verksamheter i tillräcklig omfattning.

Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården fick 2004 uppdrag att föreslå en vårdöverenskommelse (som preciserar kommunernas åtagande för att få del av ett riktat statsbidrag för 2006-2007) mellan staten och kommunerna om missbrukarvården, och framför allt med fokus på personer med tungt missbruk. Bakgrunden var förhållandet att ett ökat behov av insatser mot missbruk inte har åtföljts av en motsvarande ökning av resurserna. Särskilt svårt att få stöd och behandling har personer som både har missbruk och psykiska problem. Statsbidraget och vårdöverenskommelsen var enbart riktad till kommunerna och utredaren konstaterar i sitt betänkande SOU 2005:82 att den uppdelning mellan huvudmännen som finns i dag är problematisk. Utredaren anser att en långsiktig och sammanhållen strategi för vården av människor med tungt missbruk bör vara gemensam för alla berörda aktörer socialtjänst, psykiatri, beroendevård, tvångsvård och kriminalvård. Tre angelägna utvecklingsområden identifieras: specialiserad och integrerad missbrukarvård, behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet samt snabbare insatser och individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum. Eftersom utredningens uppdrag endast rörde kommunen omfattar förslagen enbart kommunens insatser.

Mot bakgrund av de svårigheter som har identifierats i tillgången till adekvata vård-, behandlings- och stödinsatser för personer med både en psykisk sjukdom och missbruksproblem har Nationell psykiatrisamordning gemensamt med Nationell narkotikapolitisk samordning (Mobilisering mot Narkotika) formulerat en programförklaring under våren 2005. Syftet var att slå fast grundförutsättningarna för att bättre möta behoven. Med psykisk sjukdom menas psykisk störning, psykiskt funktionshinder och neuropsykiatriskt funktionshinder.

Missbruk och samtidigt psykisk sjukdom – en programförklaring i tio punkter:

1. Öka medvetenheten.
2. Missbruk och psykisk sjukdom ska behandlas samtidigt.
3. Erbjud lättillgänglig vård.
4. Alla ska ha makt över sitt eget liv.
5. Anpassa organisationer och verksamheter.
6. Prioritera personer med dubbel problematik.

7. Gemensam behovsanalys krävs.
8. Samordna insatserna.
9. Använd resurserna mer effektivt.
10. Insatserna måste bygga på gemensam grundsyn.

Detta enkla tiopunktsprogram har fått ett positivt mottagande, och personal ute i kommuner och landsting är medvetna om nödvändigheten av att arbeta på detta sätt. De vill också att det ska finnas team och verksamheter som gemensamt möter behoven. Samtidigt är det i praktiken svårt att få arbetet att fungera och det behövs tydliga incitament och tydliga signaler från huvudmän och ledning för att förslaget ska bli verklighet.

Nationell psykiatrisamordning anser att alla kommuner och landsting tillsammans ska komma överens om hur insatserna till personer med samtidig psykisk sjukdom och missbruk ska fungera lokalt. Av överenskommelsen bör framgå hur ansvaret ska fördelas och hur man når riktiga prioriteringar och tillräcklig behovstäckning. Nationell psykiatrisamordning anser att insatser till personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk ska ingå i de överenskommelser mellan kommun och landsting som föreslås i kapitel 14.

Personer med psykisk sjukdom och missbruk är inte en homogen grupp. Både typ av missbruk och typ av psykiatrisk problematik spelar roll liksom övriga personliga förutsättningar för den enskilde individen. Det behövs därför en mängd olika lösningar och insatser. En del av personerna har kombinationer av problem som är särskilt svåra att hantera och hitta bra lösningar för. Exempel på detta är kombinationen av personlighetsstörning, missbruk och kriminalitet eller kombinationen psykosjukdom, missbruk och kriminalitet. Andra svåra situationer är när personen är hemlös, har ett aggressivt beteende när han eller hon är drogpåverkad eller när en person som har en allvarlig psykisk sjukdom söker hjälp akut och är kraftigt drogpåverkad.

För personer som har stora och komplexa vårdbehov behövs specialarrangemang. När det gäller personer som har missbruk, psykisk sjukdom och kriminalitet (dömda till fängelse eller frivård eller överlämnade till rättspsykiatrisk vård) har de ofta en problembild som gör att öppenvårdsinsatserna behöver skötas av rättspsykiatrin, se kapitel 9. Personer med komplexa vårdbehov som till exempel psykosjukdomar och missbruk, som ofta även har kognitiva funktionshinder, har nytta av specialteam med en case

manager. Personen får hjälp med hela sin livssituation av teamet och den personliga kontakten med en case manager ger kontinuitet och någon som söker upp och medverkar till att personen behåller kontakten med vården. När en person har behov av flera olika vård- och stödgivare samtidigt bör vården och omsorgen ta ansvar för samordningen. I vissa fall räcker det med gemensamma planeringar och individuella planer. I andra fall kan personen behöva ett kontinuerligt personligt stöd från början i planeringsprocessen som kan samordna alla insatser, men också underlätta för personen att själv vara delaktig och påverka sin vård och stödsituation. För personer med t.ex. ADHD eller Asbergers syndrom funktionshinder behövs team som har möjligheter att göra nödvändiga utredningar och kan ge anpassat stöd och medicinering.

På många platser i landet finns specialteam som ofta kallar sig DD-team (Dubbel diagnosteam) med inriktningen att ge integrerade insatser till personer med missbruk och psykisk sjukdom. Hittills har det oftast handlat om personer med ett psykiskt funktionshinder, psykossjukdom eller personlighetsstörningar. Erfarenheterna visar att det finns behov av team med olika inriktning och specialkunskap.

Vården och omsorgen måste ha metoder och verksamheter som kan klara av att ta emot personer även med svårare problematik. I storstäderna kan detta lösas med specialiserade verksamheter, men i stora delar av Sverige behöver troligen flera kommuner gå samman och tillsammans med landstinget finna lösningar på läns- eller regionnivå.

#### 4.8.3 Ett gemensamt ansvarstagande måste garanteras

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att en ansvarsgaranti för personer med missbruk och samtidigt psykisk sjukdom införs för att säkerställa att planering och vård- och stödinsatser kommer tillstånd i rimlig tid och föreslår att en utredning initieras för att utforma en sådan ansvarsgaranti.

#### Skäl för förslaget

Nationell psykiatrisamordning anser att utvecklingen hittills har gått för långsamt när det gäller att tillgodose behoven av samtidig hjälp för både missbruk och psykiska sjukdomar. Psykiatrisamord-

ningen delar slutsatserna i betänkandet om personer med tungt missbruk (SOU 2005:82) att gemensamt ansvarstagande och gemensamma strategier mellan huvudmännen måste till. Kommuner och landsting måste ta sina respektive ansvar och dessutom samordna sina insatser. Psykiatrisamordningen anser att landstinget har ett klart ansvar enligt HSL att erbjuda medicinska vårdinsatser, och det gäller även när en person är påverkad. De delar i missbruksvården som är av medicinsk karaktär är landstingets ansvar. Kommunen å andra sidan har ansvar för sociala insatser även när en person har en allvarlig psykisk sjukdom eller ett funktionshinder och insatserna måste anpassas efter de särskilda behov som detta skapar.

För personer med en sammansatt problematik med missbruk och psykiska problem måste insatserna integreras och dagens situation då vård uteblir på grund av oklarheter om vem som har ansvaret är helt oacceptabelt. Om inte situationen snabbt förändras behövs kraftfulla åtgärder för att påskynda utvecklingen. Nationell psykiatrisamordning har övervägt möjligheten att skapa en särskild garanti inom området som skulle tillförsäkra personer med psykisk sjukdom och missbruk adekvat vård och stöd. Förslaget har likheter med den behandlingsgaranti som föreslås i utredningen om personer med tungt missbruk (SOU 2005: 82) men innefattar också landstingens insatser.

Skälet för en särskild garanti är dels att flera olika huvudmän är inblandade och dels att den multiproblematik som personer med samtidigt missbruk och psykisk sjukdom har leder till att vård- och omsorgsapparaten har svårt att tillgodose deras behov. Personer med psykisk sjukdom och missbruk hör till de mest utsatta i vårt samhälle och ett speciellt skyddsnät måste finnas för att garantera dem den vård och det stöd de behöver. En modell för en sådan ansvarsgaranti beskrivs nedan och Psykiatrisamordningen föreslår att en utredning initieras med uppdrag att undersöka möjligheterna att skapa en ansvarsgaranti.

### **Ansvarsgaranti för personer med psykisk sjukdom och missbruk**

Målgruppen är personer med psykisk sjukdom, psykisk störning, psykiskt funktionshinder, neuropsykiatriskt funktionshinder med ett samtidigt missbruk eller beroende eller en riskfylld konsumtion av alkohol eller droger. Graden av riskfylldhet måste sättas i

relation till den ökade känslighet dessa personer har för att reagera negativt på droger.

Målet med garantin är att personer med psykisk sjukdom och missbruk ska få sitt behov av såväl behandling för missbruket, behandling av den psykiska sjukdomen/störningen som socialt stöd och omsorg tillgodosett. För att uppnå detta behöver ett antal delmål uppfyllas:

1. Personerna ska identifieras så tidigt som möjligt.
2. En individuell plan ska upprättas som innehåller alla olika behovsområden. Patient- och klientansvarig personal ska utses och vid behov en Case manager.
3. Nödvändiga utredningar ska göras.
4. Behandling och socialt stöd ges.
5. Uppföljning.

Genomförandet av garantin bygger på att vissa uppdrag är gemensamma och att andra insatser är ett tydligt ansvar för den ena eller andra huvudmannen. Både kommun och landsting har ansvar för att i sin verksamhet ha system för att identifiera missbruksproblem och psykisk sjukdom samt att ta emot aktualisering från andra aktörer som försäkringskassa, polis, kriminalvård.

### **Planering inom en vecka – första garantitiden**

Den verksamhet inom kommun eller landsting som identifierar en klient med psykisk sjukdom och missbruk eller annat hjälpbehov ska se till att en planering startar inom en vecka. Aktuell verksamhet inom såväl kommun som landsting ska delta i planeringen. Den individuella planen ska innehålla vilka insatser som är nödvändiga, vem som ansvarar för dem samt namn på de patientansvariga från landstinget och kommunen. Vid behov av intensiva samordnade insatser ska en case manager utses. Namn på ansvarig handläggare och en patientansvarig läkare ska kunna anges inom en vecka. Utifrån planeringen ska de nödvändiga medicinska och sociala utredningarna göras av respektive huvudman.



### Behandling inom en månad – andra garantitiden

Behandling ska påbörjas inom trettio dagar, om det inte finns något akut behov. Då ska insatserna givetvis ges omgående. Val av behandling utgår från utredningen och den helhetsbild som är grunden för planeringen. Det skilda behovet kan innebära följande olika åtgärder:

- Behandling vid ett specialteam för missbruk och samtidig psykisk sjukdom (DD-team).
- Behandling för den psykiska sjukdomen i landstinget och behandling för missbruket i landstingets och/eller kommunens missbruksbehandling med gemensam planering.
- Slutenvård i landstinget för abstinensbehandling eller behandling av psykiatriska tillståndet.
- Behandlingshem.

Om landstinget inte kan fullgöra sitt utrednings- eller behandlingsansvar kan en förstärkt (utredning och behandling påbörjad inom en månad) vårdgaranti av den typ som finns i dag träda in. Det skulle innebära att om landstinget inte kan erbjuda den utredning eller behandling som planerats i den individuella planen ska patienten erbjudas vård i något annat landsting eller hos en privat vårdgivare. Om kommunen inte kan erbjuda den utredning, behandling eller stöd som är kommunens ansvar och som planerats i den individuella planen ska kommunen vara skyldiga att se till att den utförs hos någon annan vård- eller stödgivare och stå för kostnaden. Gemensam uppföljning och utvärdering ska göras efter ett individuellt uppgjort schema i den individuella planen.

För att detta ska fungera måste det finnas lokala överenskommelser mellan kommun och landsting där det tydligt framgår vilka som har mandat att i samband med planeringen komma överens om vilka insatser som kommunen respektive landstinget är ansvariga för. Dessutom måste det finnas regler för hur oenigheter ska lösas. Utgångspunkten ska vara att behoven hos patienten eller klienten ska styra.

En ansvarsgaranti av detta slag kan verka kostnadsdrivande, men eftersom det generellt handlar om personer med stora problem så är vård- och stödinsatser ofta mycket stora även i ett mindre välfungerande system. Däremot kommer insatserna till stånd i ett senare läge, då det ofta handlar om tvångsvård i psykiatri eller enligt LVM.

Nationell psykiatrisamordning föreslår att en utredning initieras som får i uppdrag att utforma en ansvarsgaranti för personer med missbruk och samtidig psykisk sjukdom med syfte att säkerställa att planering och vård- och stödinsatser kommer till stånd i rimlig tid.

#### 4.8.4 En förbättrad missbruksvård måste komma till stånd

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen initierar en översyn av vilka medel som fördelas för vård till personer med missbruk till kommuner, landsting, SiS och kriminalvård och att Statskontoret får i uppdrag att föreslå en modell för hur de medel som staten redan avsätter inom sektorn kan användas mer effektivt och mera långsiktigt.

#### Skäl för bedömningen

Som har beskrivits ovan har samarbetet kring människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder som samtidigt missbrukar länge präglats av bristande samarbete och insatser av generellt låg kvalitet. Åtgärder för att komma tillrätta med detta har diskuterat under årtionden. Principiellt är alla överens om att samverkan och integrerade insatser behövs men de kommer inte till stånd. Det kan därför finnas skäl att överväga om den nuvarande fördelningen av de berörda huvudmännens ansvar behöver förändras. Diskussionen om ansvar och huvudmannaskap när det gäller insatser till personer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar kan inte föras separat utan framställningen nedan gäller hela missbruksvården.

Nationell psykiatrisamordning anser att om en förändring inte kommer till stånd via samverkan mellan huvudmännen bör en översyn av den nuvarande ordningen när det gäller ansvar och huvudmannaskap för missbruksbehandling övervägas samt vid behov förändringar föreslås. Det finns skäl att se på den förändringen som har skett i Norge. Där har den statliga sjukhusvården övertagit ansvaret för behandling av missbruks- och beroendeproblematik. Kommunerna har kvar ansvaret för boende och sysselsättning och ska också tillhandahålla koordinatörer. Också en eventuell ny modell i Sverige måste utformas så att personer som missbrukar

både ges en evidensbaserad behandling och ett adekvat socialt stöd utifrån ett helhetsperspektiv.

Även om en översyn av ansvarsfördelning inte görs bör regeringen formulera en långsiktig strategi för statens satsningar inom missbruksvården. Ett statligt ansvarstagande för delar av finansieringen av missbrukarvården har efterlysts både av Utredningen av tillsynen inom socialtjänsten (SOU 2006:57) och av Utredningen om en vårdöverenskommelse inom missbrukarvården (SOU 2005:82). De senaste åren har staten tillfört betydande summor till landstingens, kommunernas och kriminalvårdens missbruksvård. Satsningarna har dock skett som punktinsatser av tillfällig karaktär. Nationell psykiatrisamordning delar utredningarnas uppfattning att staten även fortsättningsvis genom resurstillskott behöver säkra innehåll och kvalitet inom sektorn. Psykiatrisamordningen vill särskilt understryka vikten av att stödet utformas på ett långsiktigt och sammanhållet sätt.

Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen initierar en översyn av vilka pengar som fördelas för vård till personer med missbruk till kommuner, landsting, SiS och kriminalvård och att Statskontoret får i uppdrag att föreslå en modell för hur man mer effektivt och långsiktigt kan använda de pengar som staten redan avsätter inom sektorn.

#### 4.9 Personer med stora och omfattande problem

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att kommuner och landsting bör utveckla lokalt anpassade verksamhetsformer som effektivt kan möta behoven hos personer med stora och komplexa vård- och stödbehov.

##### Skäl för bedömningen

I alla kommuner och landsting ska det finnas beredskap att tillgodose behoven av insatser till personer med komplicerad problematik. Vid varje given tidpunkt finns det alltid ett mindre antal personer som har en komplicerad problematik. Det är dock inte alltid samma människor som har dessa behov över en längre tid. Många tillstånd förändrar karaktär under livet, människor försämrar och återhämtar sig. Behoven kan minska när stöd och insatser

arrangerats så att åtgärderna effektivt kompenserar funktionsnedsättningen. Det finns psykiska sjukdomar och tillstånd som inte ens med dagens bästa kunskap och alla tänkbara insatser går att förbättra. Precis som inom andra medicinska områden finns det en liten del av de psykiatriska sjukdomstillstånden som har en elakartad utveckling. Det finns en liten grupp, olika stor för olika diagnoser, som med dagens kunskap har en dålig prognos oavsett vilken vård de får. Personer med denna typ av elakartade sjukdomstillstånd har givetvis rätt att få ett omhändertagande som är anpassat efter deras behov, och som gör att de kan leva med så hög livskvalitet som möjligt. Nationell psykiatrisamordning menar att samhället ska anpassa sina insatser så att även personer med en svår och långvarig sjukdomsbild med uttalade besvär i form av till exempel svår ångest, aggressivitet, oförutsägbart beteende, och styrande röster kan få speciell omvårdnad och insatser som är anpassade efter behoven.

Det finns också tillstånd och störningar, som vissa personlighetsstörningar, där det saknas effektiva behandlingsmetoder. Personerna med dessa tillstånd kan ofta ha svåra besvär och uppleva ett stort lidande. I de flesta fall går det ändå att hitta insatser som kan lindra följderna och genom stöd till personen själv och de anhöriga kan erbjuda viss avlastning.

Oavsett om det är personer med sjukdom som inte svarar på behandling, symtom som innebär utagerande beteende, eller om det gäller personer med komplicerande missbruk så måste vården kunna erbjuda om inte bot, så i alla fall tröst och lindring. Ingen ifrågasätter att en person med en obotlig cancer ska få palliativ vård. En person med ms (multipel skleros) eller annan neurologisk sjukdom med skov som inte svarar på behandling skulle knappast anses som avslutade från landstingets sida. Det finns en tendens inom specialistpsykiatrin att dra sig tillbaka och låta kommunen ta hela ansvaret för de allra mest funktionshindrade och sjukdomsdrabbade personerna med motiveringen att man inte har mer behandling att ge. Även om behandlingsinsatserna för tillfället är uttömda ska specialistpsykiatrin finnas med och stödja kommunens hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala stöd.

Nationell psykiatrisamordning har initierat ett utvecklingsprojekt som beviljats pengar av Socialstyrelsen inom ramen för utvecklingsmedlen (se bilaga 3). Projektets uppdrag är att kartlägga situationen för personer med komplicerade vård- och omsorgsbehov, ge en bild av omfattning, mönster i behovsbilden och visa

goda exempel och förslag på lösningar. En preliminär rapport mitt i projektet visar att antalet handlar om ett par tusen personer i hela landet, fler män än kvinnor. Resultaten bygger på data från Göteborg och några mindre kommuner. Storleksordningen överensstämmer med uppgifter från Socialstyrelsen som i en kartläggning 1998 uppskattade antalet personer med utagerande och aggressivt beteende och stort behov av stöd och service till drygt 1 400 personer (Socialstyrelsen 1998). Projektet rapporterar att följande områden är de största svårigheterna i arbetet med denna målgrupp:

1. Det saknas boenden som fungerar och många kommuner har inte tillräckliga resurser. Fungerande boenden för personer med stora och sammansatta behov kännetecknas bland annat av:
  - Långtgående individuella anpassningar för varje person.
  - Fysisk miljö som tillåter ensamhet och gemenskap i trygghet.
  - Hög personaltäthet, tillgång till personal nattetid.
  - Kontinuitet i relationer mellan de boende och boendestödspersonalen.
  - Kompetent personal med lämplig utbildning för att arbeta med gruppen.
2. Bristfällig matchning mellan länssjukvårdens och kommunens organisationer:
  - Korsande indelningsgrunder och upptagningsområden gör att det saknas naturliga gränssnitt mellan de berörda verksamheterna, en mottagning inom psykiatrin kan ha olika stadsdelar eller kommuner att arbeta mot.
  - En kommun eller stadsdelsförvaltning kan ha ett stort antal sjukvårdsenheter att samarbeta med eftersom de är sub-specialiserade
3. Det saknas relevanta instrument för bedömning och kunskapsöverföring och de befintliga instrumenten används inte i den utsträckning som de borde.  
Detta kan medföra:
  - Oklar eller felaktig diagnos vilket kan vara orsaken till bristande behandlingsresultat.
  - Svårigheter att genomföra neuropsykologiska och neuropsykiatriska utredningar med gängse metoder eftersom per-

sonerna inte kan anpassa sig till testsituationen. Ytterligare metodutveckling och forskning behövs.

- Att individkännedomen som ofta är knuten till viss personal och förloras när personen byter vård eller boende.

Problem i omhändertagandet som lyfts fram är avsaknad av den grundläggande trygghet som är nödvändigt för att patienter och klienter ska må så bra som möjligt. Många har erfarenhet av en lång rad boenden och vårdenheter, och av att flyttas runt för att hitta något som fungerar bättre. Många boenden och verksamheter är nämligen anpassade för en viss nivå av funktion och om personen försämras eller förbättrar sin funktionsförmåga blir de förflyttade. För ställningstaganden och diskussion om detta tema hänvisas till kapitel 5 om boende- och fritidsfrågor.

Vissa spänningar mellan landstingets psykiatri och kommunens verksamheter kan märkas i synen på personer med psykiskt funktionshinder eftersom man uppfattar sig stå för olika ideologier. Det kan också finnas svårigheter hos individerna själva som oförmåga eller ovilja att ta nödvändig kontakt med vård- och stödgivare. Andra svårigheter hör ihop med den nedsatta funktionen, som svårigheter att lösa problem, ställa om till nya förutsättningar, planera och att komma ihåg överenskommelser. Många gånger kan inte vården ge det täta stöd som skulle behövas. Det är viktigt att notera att personerna också är sinsemellan olika. Det är en heterogen grupp som kräver långtgående individualiserade lösningar vilket ofta brister. Trots att personerna på grund av sin problematik kan ha nedsatt förmåga till uthållighet, helhetsperspektiv och analys av konsekvenser av olika val lämnas de att själva samordna sin vård.

Nationell psykiatrisamordning anser att slutsatserna blir att personer med stora och sammansatta behov kräver gemensamma lösningar mellan kommuner och landsting, där olika insatser integreras. Beteendeproblem, oro, ökade symtom som ångest, röster med mera ska kunna hanteras på plats med de insatser från kommun och specialistpsykiatri som behövs för att tillgodose individens behov.

Det finns beprövade och vetenskapligt utvärderade modeller för gemensamma arbetssätt som är utvecklade just för att möta behoven hos personer med sammansatt problematik. ACT (Assertiv Community Treatment) är benämningen på samhällsbaserade behandlings- och rehabiliteringsprogram vilka började utvecklas

redan under 1970-talet och riktar sig framförallt till långtidssjuka personer med högt utnyttjande av psykiatrisk slutenvård. Enligt de senare modifierade ACT-modellerna arbetar man i tvärdisciplinära team som genomför insatserna i patientens närmiljö i stället för på en mottagning eller institution. En så kallad case manager, som har ett speciellt ansvar för just den patienten eller klienten, har en central roll i planering, utförande och samordning av vård- och stödinsatser till personen. Modellerna har modifierats och prövats med framgång i olika delar av världen. Följande komponenter har framförts som viktiga:

- Insatserna genomförs huvudsakligen i personernas egna miljöer.
- Verksamheten är uppsökande, och har hög tillgänglighet för krisstöd, helst dygnet runt.
- Verksamheten har en hög intensitet och kan erbjuda insatser efter behov.
- Det finns hög kontinuitet i verksamheten.
- Verksamheten är teambaserad och personalgruppen är multidisciplinär och tillgången till minst en psykiater och en sjuksköterska ingår.
- Arbetet genomförs tillsammans med eller i nära samarbete med personens eget stödsystem som familj, vänner, arbetsgivare, hyresvärd och andra vård- och stödinsatser.
- Varje case manager har ett bestämt antal klienter (cirka tio personer).

Den personlige samordnaren (case managern) ansvarar för planering, säkerställer kontinuitet och ser till att personen får de vård- och stödinsatser som behövs. Han eller hon ska också se till att det praktiska livet fungerar och uppmuntra det naturliga nätverkets medverkan.

Arbets sättet med case manager och samhällsbaserade team innebär att patienten eller klienten garanteras en sammanhållen vård och omsorg som motsvarar de individuella behoven och täcker många av personens livsområden. Detta uppnås genom ett arbets sätt där en person själv ansvarar för att patienten eller klienten får de vårdinsatser han eller hon behöver, genom att själv utföra dem eller se till att någon annan gör det. Utöver behandling och omvårdnadsinsatser medverkar också case managern till att vardagslivet fungerar, det vill säga tar ansvar för att personen har ett

fungerande boende, klarar sin ekonomi, deklarerar, kommer i väg och röstar, kan upprätthålla viktiga relationer och ha arbete eller sysselsättning och en bra fritid. För att bli tillräckligt kraftfull måste case managern dock finnas inom ramen för de samhällsbaserade team som arbetar över huvudmannagränserna med både sociala och psykiatriska insatser. Genom att kommuner och landsting samarbetar kring personer med stora och omfattande behov, i mer eller mindre formaliserade team, kan en motsvarighet till ACT skapas även i Sverige. Detta kan säkra kontinuitet och det multidisciplinära innehållet i teamen.

Nationell psykiatrisamordning har tagit initiativ till ett större utbildnings- och implementeringsprojekt för att ett tiotal kommuner och landsting samtidigt ska införa ett gemensamt arbetssätt med case manager. Regeringen beslutade under 2006 om detta projekt i särskild ordning (S2006/1995HS).

Fortsättningsvis är det av stor vikt att landsting och kommuner uppmärksammar personer med stora och komplexa vårdbehov och finner gemensamma lösningar, bl.a. på det sätt som exemplifieras ovan. Gruppen behöver därför uppmärksammas i de överenskommelser som Psykiatrisamordningen anser att landsting och kommuner ska vara skyldiga att ingå (kapitel 14).

#### 4.10 Utvecklingsstörning och psykisk sjukdom

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att landstingen bör ha en verksamhet som är tillräckligt kvalificerad och speciellt anpassad för att utreda och behandla psykisk sjukdom hos vuxna med utvecklingsstörning.

##### Skäl för bedömningen

Förekomsten av psykisk sjukdom är förhöjd bland personer med utvecklingsstörning och brukar anges till cirka 30 procent men kan vid vissa tillstånd vara högre. Den avvikelse i hjärnan som är orsaken till utvecklingsstörningen kan ge en ökad risk för psykisk sjukdom. En person med utvecklingsstörning utsätts ofta för stora påfrestningar. Svårigheter att hantera livet, förstå samhället, känslan av att vara annorlunda, liksom att behöva ta emot hjälp och



anpassa sig efter vård och service rutiner innebär stora sociala påfrestningar.

Kunskap och erfarenhet av att möta personer med utvecklingsstörning är ofta inte tillräckligt utvecklad i primärvård och psykiatri. Det är svårare att diagnostisera psykisk sjukdom hos personer med utvecklingsstörning. De ordinarie diagnosverktygen är svåra att använda då personen har svårt att kommunicera. Symtombilden kan också vara helt annorlunda hos en person med utvecklingsstörning och personens grundläge när han eller hon mår bra kan skilja sig från det som annars anses som normalt. Även behandlingen behöver anpassas då reaktionerna på läkemedel och andra behandlingar kan skilja sig från de förväntade. En del av de beteendestörningar som varit svårhanterade har visat sig bero på för höga förväntningar och ett icke ändamålsenligt bemötande på grund av att man inte har diagnostiserat komplicerande tillstånd som samtidig förekomst av autism eller psykisk sjukdom. I vissa fall kan felaktig medicinering förvärra oro och beteendestörningar. Om det inte finns anpassade öppenvårdsresurser kommer ofta dessa personer till psykiatri i ett sent skede när situationen är akut och det krävs inläggning. För många blir själva miljöbytet och avbrottet in de vanliga rutinerna en ökad påfrestning och tillståndet försämras ytterligare i samband med inläggningen.

Väsentligt för ett gott omhändertagande för denna grupp är:

- Insatser i tidigt skede vilket kräver lättillgängliga insatser.
- Tillräckligt med tid vid varje besök.
- Besök och behandling i personens ordinarie miljö
- Intensivt samarbete med de personer som känner patienten, anhöriga, personal i boende och daglig sysselsättning assistenter osv. Utbyte av information och praktisk handledning.
- Kontinuitet i behandling och uppföljning.
- Kunskap om funktionshindret och om kommunikation och bemötande.

Det finns idag ett antal exempel på specialverksamheter för personer med utvecklingsstörning och psykisk sjukdom på flera platser i landet. Ett av de riktade projekten som initierats av psykiatrisamordningen handlar om att utveckla metoder för öppenvårdsinsatser inom detta område och innebär ett samarbete mellan verksamheter i Lund, Uppsala, Örebro och Linköping samt IMS, Socialstyrelsen se bilaga 3.

Nationell psykiatrisamordning anser att kunskapen inom området utvecklingsstörning och psykisk sjukdom måste öka och forskning och utvecklingsarbete är angeläget. Landsting och kommuner bör tillse att det finns verksamheter med tillräcklig kompetens och dimensionering för att möta dessa behov.

#### **4.11 Äldre och psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa finns med under hela människans liv men förutsättningarna förändras under livet liksom våra möjligheter att möta och hantera livet förändras. Psykiatriska tillstånd får olika konsekvenser i olika åldrar och faser livet i livet. I samband med åldrandet ökar risken för psykisk ohälsa samtidigt som vårdens insatser att möta psykisk ohälsa är sämre för äldre. Den demografisk utvecklingen medför att allt fler personer som blir allt äldre. Psykisk ohälsa hos äldre bör därför särskilt uppmärksammas.

##### **4.11.1 Fler äldre och förändrade behov**

Drygt 17 procent eller 1,5 miljoner av Sveriges befolkning är idag 65 år eller äldre. Antalet personer över 80 år kommer att öka till cirka 750 000 mellan åren 2020 och 2035 och av dessa kommer 70 procent att vara kvinnor.

Medellivslängden är idag cirka 83 år för kvinnor och 78 år för män. Statistiska centralbyrån (SCB) bedömer i sin prognos för de närmaste 50 åren att både män och kvinnor kommer att öka sin medellivslängd med cirka 5 år. Det som demografiskt skiljer äldrefasen från andra livsfaser är den ökade dödligheten. Vid 50 år är risken att dö det närmaste året 1 på 400. Vid 65 år har den stigit till 1 på 100, vid 70 till 1 på 33 och när man är 85 år är risken att dö det närmaste året 1 på 10. Den stigande dödligheten med stigande ålder betyder också att skröpligheten ökar, och risken att ha någon typ av sjukdom eller funktionsnedsättning ökar med åldern.

Den minskade dödligheten är inte enbart som ett problem med ett stort antal äldre som behöver tas om hand. Det kommer att finnas ett ökande antal pigga och produktiva 70–80 åringar och det är färre som drabbas av att en närstående dör när man själv är i aktiv ålder osv. I och med att kvinnor lever längre än män har vi dubbelt så många kvinnor som män i åldersgruppen 80 och äldre.

Kvinnor är i högre grad än män beroende av samhällets omsorg. Kvinnorna är i majoritet både som brukare 70 procent av omsorg och som anhörigvårdare, 70 procent. Skillnaden mellan könen beror främst på att kvinnor i högre utsträckning är ensamstående. Majoriteten av kvinnor är ensamboende i slutet av sitt liv medan männen oftast är sammanboende livet ut. Det beror på att män är äldre än kvinnan i förhållandet och att män dör tidigare. I Socialstyrelsens rapport Jämställd socialtjänst? – ett könsperspektiv på socialtjänsten framgår att äldreomsorgen är dåligt anpassad till kvinnors behov och önskemål (Socialstyrelsen 2004e).

Antalet personer över 65 år som bor i särskilt boende har minskat medan antalet personer som får hemtjänst i ordinärt boende ökar. De som bor i särskilda boenden är allt oftare personer med demenssjukdom eller personer med omfattande omvårdnadsbehov. En ökande andel av de äldre är födda utanför Sverige 10 procent av de över 65 år. 80 procent av alla i Sverige dör efter en lång tids sjukdom och endast få dör hastigt. Kvinnor har en längre period i livet med sjukdom och funktionsnedsättning än män.

#### 4.11.2 Förekomst av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är vanligt hos äldre. För vissa psykiatriska tillstånd som depression ökar risken att insjukna med stigande ålder. Risken att drabbas av en depression är fyra gånger större efter 65 år. Depression är den vanligaste orsaken till psykisk ohälsa hos äldre men även ångesttillstånd och olika typer av psykoser förekommer. Förekomsten av kroppsliga sjukdomar och demenser ökar i befolkningen med stigande ålder. 7 procent hos personer över 65 procent och 20 procent efter 85 år. Dessa tillstånd i sin tur ökar risken för psykisk ohälsa. Precis som hos yngre kan olika stressande livshändelser som anhörig eller närståendes dödsfall, ekonomisk osäkerhet, ensamhet och isolering, oro för egen sjukdom, sömnrörningar utlösa depression, ångest, psykos och förvirringstillstånd. Läkemedel mot kroppsliga sjukdomar kan som biverkan utlösa psykiska besvär. Personer som haft psykiska sjukdomar eller funktionshinder tidigare under sitt liv har en ökad risk att få besvär som äldre. Det personer som har en kronisk sjukdom har givetvis problemen med sig även som äldre även om våra organisationsgränser gör att personer flyttas från en nämnd eller förvaltning till en annan vid 65 år.

Det är betydligt fler kvinnor än män som uppger att de har psykiska besvär. I en undersökning från 2003 (SCB) beskrivs att andelen kvinnor i befolkningen som rapporterar besvär med ångslan, oro eller ångest är dubbelt så hög som bland män 27 procent mot 14 procent. Vi vet också att fler av kvinnorna över 65 år behandlas med psykofarmaka (olika typer av läkemedel mot psykiska besvär) än av männen.

#### 4.11.3 Förbättrad kompetens och utökade insatser

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att landsting och kommuner bör utveckla sina verksamheter så att man har kompetens och kapacitet att identifiera, utreda och behandla äldres psykiska ohälsa. Landstingen bör tillhandahålla äldrepsykiatrisk specialistkompetens som kan ge vård till patienter och konsultationer och handledning till andra vård- och stöd-givare.

#### Skäl för bedömningen

Behoven av insatser vid psykisk ohälsa hos äldre kommer att öka. Psykisk ohälsa ses felaktigt som en del av det naturliga åldrandet men risken att få en psykisk sjukdom ökar med åldern. Primärvården har svårigheter att i tillräcklig utsträckning identifiera psykiska sjukdomar hos äldre och det finns en underbehandling av tillstånd som sannolikt skulle kunna behandlas framgångsrikt. De psykiska problemen riskerar att hamna i bakgrunden när olika kroppsliga sjukdomar tillkommer. Förekomst av depression har visats påverka tillfrisknandet från kroppsliga sjukdomar negativt.

Uppmärksamheten på den psykiska hälsan borde vara högre i mötet med äldre men det finns ett stort antal äldre som har upptäckta och obehandlade psykiska sjukdomar trots att de har täta kontakter med sjukvården. Mellan 300–400 personer över 65 år tar sitt liv varje år. Bland män är det åldersgruppen över 65 år som har den högsta självmordsfrekvensen per 100 000 invånare. En stor andel av självmorden kan antas bero på depression och annan psykisk ohälsa (NASP 2006).

Kunskapen om den åldrade hjärnans patologi har ökat och nya behandlingsmöjligheter finns idag. Kraven på kvalificerade bedöm-

ningar och möjlighet till bedömning av kostnadseffektiv behandling i ett helhetsperspektiv ökar. En dyr läkemedelsbehandling kanske är mycket kostnadseffektiv om det innebär ett minskat behov av stöd och service i boendet medan en felaktig eller onödig läkemedelsbehandling kan skapa biverkningar som ger ett ökat vårdbehov.

Den psykiatriska ohälsan hos äldre är kunskapskrävande och det behövs tillgång till specialiserad kompetens. I dag finns ett mycket begränsat antal äldrepsykiatrer och allt för få specialteam för att nödvändig vård och framförallt nödvändigt utvecklingsarbete ska ske.

Nationell psykiatrisamordning anser att kommuner och landsting i samband med planeringen av insatser till äldre bör uppmärksamma äldres psykiska hälsa och att det finns tillgång till expertkunskap kring äldre och psykisk sjukdom. Kunskap kring kvinnors särskilda behov behöver öka och metoder anpassade för kvinnor utvecklas.

Nationell psykiatrisamordning anser att landstingen bör tillse att det finns äldrepsykiatrisk kompetens som motsvarar behoven av utredning och behandling men också konsultationer och handledning till andra verksamheter i landstinget och till kommunal hälso- och sjukvård och sociala stöd och service verksamheter.

#### 4.12 Samverkan

Ur individernas perspektiv är det angeläget med sammanhållna vård- och stödinsatser utan hinder av huvudmannagränser. Samverkan är i sig inget självändamål utan det är ett verktyg för att åstadkomma effektiva och individanpassade insatser till personer med behov av insatser från mer än en aktör. För att uppnå detta måste samverkan omsättas i konkret samarbete och samordning av olika insatser. I vissa fall fastnar verksamheterna i en mängd åtgärder för att skapa en bra samverkan utan att komma vidare till det konkreta arbetet. Varför är samverkan så svårt?

Här nedan listas ett antal möjliga orsaker.

- Det kan saknas en gemensam och gemensamt uttryckt övertygelse om att samverkan är bra. Incitamenten saknas, eller kan vara kortsiktigt negativa. Om t.ex. landstinget går in som part i en rehabiliteringsverksamhet kan misstanken uppstå att man

gör andra organisationers jobb och det decentraliserade budgetansvaret kan göra det svårt för de enskilda befattningshavarna att se vinsterna för systemet som helhet.

- Förtroendevalda och chefer tar inte ansvar för att leda arbetet med samverkan.
- Språket, definitionerna och kulturerna stämmer inte överens. Om man inte menar samma sak med samma ord eller inte förstår varandras terminologi, försvåras samverkan. Olika professionella kulturer håller sig med olika synsätt, vilket kan vara en viktig markör för samhörighet inom den professionella gruppen men ett avgörande hinder för samverkan över professions- och organisationsgränserna.
- Organisationerna är olika utformade. Om den ena organisationen har en geografisk distriktsindelning och den andra en funktionsindelning, eller om chefsnivåerna och beslutsnivåerna skiljer sig påtagligt, kan samverkan bli invecklad. Om en organisation måste samverka med ett tiotal andra, kan uppgiften kännas övermäktig.
- Organisationerna är inte transparenta. Ett problem som har beskrivits för Psykiatrisamordningen är att en organisation kan fatta beslut som berör vårdgrannarna utan att detta först har diskuterats och kommunicerats med dem.
- Medan kontinuitet och stabilitet kan vara samarbetsgynnande, är täta byten av ansvariga personer och ändrade ansvarsområden samarbetsförhindrande. Samtidigt måste organisationerna kontinuerligt förändra sina serviceutbud och anpassa strukturen efter de föränderliga behoven. Detta ställer krav på öppenhet och fungerande kontaktytor.
- Lagstiftning och författning kan lägga hinder i vägen för samarbete. Ibland överdrivs denna typ av juridiska hinder av organisationsföreträdare som håller sig med en hemmagjord och absolut lagtolkning.

Psykiatrisamordningen analyserar de lagmässiga hindren för samverkan mer i detalj i kapitel 14 och 15.

Det finns tydliga tecken på att samverkan och samarbete har utvecklats positivt under de senaste åren, men företrädare för de berörda huvudmännen hyser på många orter fortfarande misstro mot varandra och förklarar inte sällan bristerna inom området med

den andres misslyckanden. Från verksamheterna, i både kommuner och landsting, har Psykiatrisamordningen fått rapporter om att den konstruktion, som arrangerades kring medlen i den särskilda utvecklingsstrategin, med krav på att kommun och landsting gemensamt skulle komma överens om hur pengarna skulle användas, har inneburit att ett värdefullt samarbete har skapats i samband med projekten.

Positiva resultat kan inte anses uppnådda förrän det finns tydliga samarbetsformer i den praktiska verkligheten som skapar mervärde för patienterna och klienterna. Nationell psykiatrisamordning anser att samhället måste övergå i en fas när samverkan ska resultera i konkreta gemensamma planeringar och samordnade insatser. Det kan handla om allt ifrån verksamheter "under samma tak" där man fysiskt fört ihop sina resurser och pragmatiskt jobbar tillsammans, till rutiner och samverkansorgan där organisationerna utbyter viktig information och har ett nära samarbete utan att vara samlokaliserade.

Det finns många goda exempel på hur samarbetet kan bli framgångsrikt:

- Boendestödjare och personal från specialistpsykiatri som tillsammans arbetat hemma hos en person med stora och omfattande behov, kan förhindra inläggning på sjukhus och med tålmodigt stöd och behandling hjälpa personen till ett fungerande liv i en egen bostad.
- En person med långvarig sjukhusvistelse kan klara övergången till ett eget boende när personal från psykiatri som känner personen väl följer med ut i det särskilda boendet tills personen själv och boendepersonalen känner sig trygga.
- Rehabiliteringspersonal från en daglig sysselsättning kan åka hem tillsammans med boendestödjaren och psykiatrins arbetsterapeut för att gemensamt se hur boendet kan anpassas efter personens kognitiva svårigheter på liknande sätt som arbetsplatsen handikappanpassats.

I Sverige finns ett antal verksamheter som skapat bra och hållbara modeller för samarbete. Psykiatrisamordningen har kommit i kontakt med flera exempel på samverkan i landet som verkar fungera och nedan beskrivs mycket kortfattat två sådana verksamheter. Exempelen visar huvudmän som har skapat en gemensam vision för vad de vill, och som bedriver ett uthålligt och långsiktigt arbete

med samverkan. Parterna tar ett gemensamt ansvar för den enskilde, utifrån sina olika uppdrag, och tillåter inte att ett ansvaret slängs över till den andra parten. Av stor vikt är också att parterna har lyckats upprätthålla samarbetet en längre tid. I alltför många fall, som har kommit till Psykiatrisamordningens kännedom, verkar samverkan fungera under en kortare period eller enbart för en delmålgrupp.

### *Södertälje*

Samarbetet i Södertälje startade med en gemensam analys av hur man bäst skulle kunna hjälpa invånare med psykiskt funktionshinder. Diskussionen påbörjades år 1994, när psykiatrireformen skulle träda i kraft och fokus för samarbetet var personer med psykos- eller schizofrenidiagnoser. Analysen fick ta tid och parterna formulerade en gemensam vision. Resultatet blev sedan att man samlade så mycket som möjligt av stödet i gemensamma lokaler som kallas rehabiliteringsenheter. Där arbetar personal från socialtjänsten och psykiatrin tillsammans, men de är fortfarande anställda av Södertälje och Nykvarns kommun respektive Södertälje psykiatriska sektor. Vid tre olika enheter erbjuds social gemenskap, sysselsättning, psykiatrisk behandling och boendestöd. Brukarna behöver alltså inte vända sig till olika ställen beroende på vilken huvudman som ansvarar för verksamheten. Varje enhet leds av två chefer, en för psykiatrin och en för socialtjänsten. Detta underlättar också kontakterna med andra delar av landstinget och kommunerna, inte minst för att få tillgång till de resurser som enheterna inte själva kan erbjuda. En ytterligare samlokaliserad verksamhet finns för personer med psykiska funktionshinder och missbruksproblem. En samlokaliserad verksamhet planeras för personer med psykiskt funktionshinder till följd av annan psykiatrisk problematik än psykossjukdom.

### *Skellefteå*

I Skellefteå finns en lång tradition av fungerande samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin. Här betonar ledningen att huvudmännen har ett gemensamt ansvar för att ge personer med psykiskt funktionshinder hjälp och stöd, och att man därför måste samarbeta på alla nivåer. Rehabiliteringsplaner upprättas på ett tidigt



stadium för att patienterna ska kunna få en obruten vård- och rehabiliteringskedja. Det har också inneburit att man inte behövt transferera pengar för utskrivningsklara (medicinskt färdigbehandlade) patienter. Inom socialtjänsten arbetar en psykiatrisamordnare för att underlätta samarbetet över gränserna, psykiatrisamordnaren ansvarar för rehabiliteringsplanerna. En central samrådsgrupp med representanter från psykiatrin, socialtjänsten och brukarorganisationerna träffas regelbundet. Intresseorganisationerna har nyligen valt att gå ur samrådsgruppen och bilda ett brukarråd istället. Det finns ett gemensamt öppenvårdsteam och ett särskilt boende för personer med psykisk sjukdom och missbruk. När det gäller boendet poängterar företrädare för socialtjänsten vikten av ett starkt samband med psykiatrin och att det finns en mycket kunnig och engagerad läkare med som stöd i verksamheten. Ett gästhus har inrättats där psykiatrin är huvudman men kommunen betalar tjugo-fem procent av kostnaderna. Gästhuset är till för de personer som inte klarar sig med öppenvård, men inte heller behöver psykiatris akutvård. Ett viktigt inslag i samarbetet är också satsningar på sysselsättning och social gemenskap, bland annat genom verksamheten Solkraft som startades 1984.

Nationell psykiatrisamordnings bedömning är att trots goda exempel på många platser i landet finns det ett behov av en tydlig nationell markering kring vikten av att kommuner och landsting gemensamt utformar strategier och lösningar för hur man ska utforma vården till personer med behov av insatser från flera aktörer. Nationell psykiatrisamordning föreslår därför ett lagstadgat krav på gemensamma överenskommelser mellan kommun och landsting, se vidare kapitel 14.

#### **4.13 Utvecklingsbehov**

Nationell psykiatrisamordning konstaterar sammanfattningsvis att det finns kunskap och att kvalificerat arbete utförs i stor utsträckning, i både kommuner och landsting inom området psykisk ohälsa. Den generella ambitionsnivån bedöms dock vara för låg och att det gemensamma ansvarstagandet brister allt för ofta. Det finns betydande forskning inom området och evidensbaserade metoder för vård och stöd, men behovet av ytterligare kunskap om orsaker till psykisk ohälsa och effektiva metoder att förbättra den är stort. Den befintliga kunskapen används inte tillräcklig omfattning och

det finns ett uppenbart behov av kompetensutveckling av personal inom både kommun och landsting. Detta gäller förhållningssätt och metoder såväl generellt kring psykisk ohälsa, som mer specifikt kring psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Det behövs en höjning av kunskapsnivån hos beslutsfattare i samhället liksom hos personal som möter personer med psykisk ohälsa hos t.ex. Försäkringskassa, arbetsförmedling, polis och kriminalvård.

#### 4.13.1 Ett utvecklingsprogram för ökad kompetens kring psykisk ohälsa

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting arbeta fram ett gemensamt program inom området psykisk hälsa. Programmet ska innehålla:

1. Den aktuella gemensamma kunskapsbasen för de psykiatriska och sociala insatser som kan användas som stöd för kommuner och landsting, i både utbildning och det lokala planeringsarbetet.
2. Viktiga principer om vad som anses vara bra vård och stöd till personer med psykisk ohälsa.
3. Vad som ingår i chefsuppdraget på olika nivåer för att säkerställa att ändamålsenlig kunskap och kompetens finns inom verksamheten.
4. Grundläggande strategier för samverkan och verktyg för att få ett välfungerande samarbete.

#### Skäl för förslaget

En grundförutsättning för en samordnad vård, stöd och omsorg är en gemensam kunskapsbas om och samsyn kring definitionen av psykisk ohälsa, innehållet och uppdraget i vård och stöd, samt genomförandet mellan olika aktörer. För att kunna utveckla en större kompetensutvecklingsinsats behövs en tydliggjord gemensam aktuell kunskapsmassa med en bred helhetssyn där olika perspektiv kompletterar varandra.

Psykiatriområdet har ofta ansetts som ett område där det saknas systematisk kunskap och där det finns många helt motstridiga

uppfattningar om både orsakssamband och lämpliga insatser. I den allmänna diskussionen och i medierna framställs området som mycket konfliktfyllt. Eftersom det handlar om frågor som berör människors hela liv med sociala, psykologiska och medicinska implikationer är det självklart att området måste belysas ur olika perspektiv. Samtidigt finns det i dag mycket kunskap som delas av de flesta experter inom respektive specialområde. Detta är en sådan betydande kunskapsmassa att den kan vara en gemensam bas för ett utvecklingsarbete. När det gäller evidensbaserad kunskap hävdar sig specialistpsykiatrins kunskapsområde väl i jämförelse med andra medicinska specialiteter. Inom det sociala området saknas ofta systematiskt sammanställd kunskap och tillräckligt forskningsstöd för att uppnå nivån evidensbaserad kunskap, men kunskapen som rör insatser till personer med psykisk ohälsa är inte i sämre läge än kunskap om sociala insatser inom andra områden som insatser till äldre eller fysiskt funktionshindrade.

För att uppnå den önskade ambitionsnivå och ansvarstagande i samhället kring psykisk ohälsa behövs en förändrad syn på psykisk ohälsa. Det ska vara självklart att personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder bemöts och behandlas på ett sätt som tydligt signalerar att en människas värde inte minskar när hon eller han får en psykisk sjukdom. Teoretiskt är principen lika värde självklar men i praktiken återstår en hel del innan samhällets insatser återspeglar detta. För att påverka fördomar i samhället allmänt behövs mer kunskap. Innan allmänhetens kunskaper och fördomar kan förändras måste de som står närmare frågorna, det vill säga personal och brukare, ha tillägnat sig den aktuella kunskapen och förändra sitt synsätt.

Nationell psykiatrisamordning anser att det behövs en omfattande satsning på kompetensutveckling av befintlig personal och att aktuell kunskap om psykisk ohälsa finns olika utbildningar. För att åstadkomma nödvändiga steg i en kunskapsutveckling föreslås Socialstyrelsen tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting få i uppdrag att utforma ett program för detta.

## 5 Boende- och fritidsfrågor

### 5.1 Boendet är en central fråga

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att den vägledande principen när det gäller boendelösningar ska vara att det alltid är den enskildes behov och önskemål som styr insatsens utformning.

#### Skäl för bedömningen

Socialnämndens har enligt socialtjänstlagen (2001:453) och LSS (1993:387) ansvar för boendefrågan för alla medborgare som inte själv eller på annat sätt kan tillgodose sina behov av boende. Mer specifikt beskriver lagstiftningen en grupp som till följd av ”psykiska, fysiska eller av andra skäl har betydande svårigheter i sin livsföring”. Utförare av dessa insatser kan vara antingen kommunala eller olika enskilda verksamheter. En hel rad andra bestämmelser och annan lagstiftning än de nämnda lagarna är aktuella på boendeområdet, som till exempel jordabalken.

Bostadsfrågan framhålls i Psykiatriutredningens slutbetänkande som ”den enskilda faktor” som har de största effekterna på den enskildes levnadsförhållanden (SOU 1992:73). Bostaden har mycket stor betydelse, den kan vara människans trygga bas och förutom skydd mot kyla och nederbörd tillfredsställer den grundläggande behov av säkerhet, avskildhet och kontroll.

För människor med psykiskt funktionshinder är tillgången till individuellt anpassade stödåtgärder något som i hög grad påverkar boendesituationen. Stödåtgärderna kan utformas som boendestöd som ges i en ordinär bostad eller som boende i en lägenhet i en gruppbostad, där tillgången till personal motsvarar de boendes behov. Nationell psykiatrisamordning har i sina kontakter med kom-

munerna fått intrycket av att det i vissa kommuner saknas grupp- bostäder med tillräckligt hög personaltäthet, t.ex. på nätterna. På andra orter är boenden med heldygnsomhändertagande det enda alternativet, vilket riskerar att begränsa den enskildes integritet och självbestämmande.

På vissa håll används boendelösningar som bygger på att en person med funktionshinder ska flytta vidare till andra boendeformer utifrån sin aktuella funktionsnivå, en så kallad boendekedje- modell. Detta kan ofta ha mycket negativa konsekvenser för den enskilde. Att behöva flytta i takt med en ökad förmåga att klara av sitt dagliga liv, eller att vara tvungen att flytta på grund av svårigheter att klara av att följa vissa regler, är båda exempel på att myndigheten hanterar de enskildas boende utifrån ett administrativa perspektiv. Det finns också kvalificeringsmodeller, där den enskilde först måste gå igenom en behandling innan han eller hon erbjuds en bostad. Människans egna val blir underordnade den utstakade modellen. Att ha tillgång till en bostad som passar för personens behov är en del av den grundläggande tryggheten i att vara medborgare, och ingenting som måste förtjänas. Då begränsas tryggheten i att få bo kvar där man trivs, dvs. kontinuiteten i boendet. Bedömningen av hur lämplig en lösning är beror mycket på anledningen till att en person erbjuds ett boende som redan från början är tänkt att vara kortvarigt. Om skälet är att bistånds- bedömaren och den enskilde kommit fram till en planering som innebär ett slags boendeskola, där kraven på självständighet gradvis ska öka i takt med ökad förmåga, och detta uttrycks i form av flyttning till alltmer självständiga boendeformer, kan en kedje- modell vara motiverad. Om den enskilde däremot hänvisas till denna typ av lösning på grund av upprepade misslyckanden, till exempel i form av vräkningar, blir modellen mer tveksam.

Nationell psykiatrisamordning anser emellertid att den vägledande principen när det gäller boendelösningar ska vara att det alltid är den enskildes behov och önskemål som styr insatsens utformning. Det innebär att den enskilde själv ska vara delaktig i att välja var bostaden ligger och hur den ser ut, utifrån en avvägning mellan tillgång, pris och ekonomiska möjligheter. Att själv välja vem man vill bo med, vem som ska få komma på besök, övernatta eller om man vill ha ett husdjur är också grundläggande.

### 5.1.1 Boendefrågan – efter avinstitutionaliseringen

I och med avinstitutionaliseringen av vården för personer med psykiskt funktionshinder, har boendefrågorna kommit i fokus. Den tidigare dominerande strategin från samhällets sida, att erbjuda sängplats på institutioner, har ersatts av behov av olika boendelösningar. Dessa behov har inte alltid vara enkla att tillgodose, varken i Sverige eller i andra länder. Framförallt är det hemlösa eller bostadslösa psykiskt sjuka personer och farhågor för ”transinstitutionaliseringfenomen” (att människor som fanns på de numera nedlagda mentalsjukhusen i dag skulle återfinnas på andra typer av institutioner som t.ex. fängelser) som stått i fokus för debatten. Dessutom diskuteras ofta den ensamhet, isolering och övergivenhet som personer med psykiskt funktionshinder kan drabbas av i den egna bostaden.

Ur svenskt perspektiv innebar inte 1980-talets vårdplatsreduktion inom psykiatri att den psykiatriska vårdorganisationen förlorade kontakten med de utskrivna patienterna. Inte heller 1995 års psykiatrireform innebar att de före detta långtidsvårdade psykiatriska patienterna som skrevs ut som medicinskt färdigbehandlade eller utskrivningsklara förlorade samhällets stöd. De flesta flyttade till särskilda boenden eller gruppboendestäder, eller HVB-hem<sup>1</sup> (Socialstyrelsen, 1996). Däremot antyder olika uppföljningar att andelen hemlösa personer med psykisk störning eller ”psykiska problem” tenderar att öka – det har funnits, och finns fortfarande, personer som helt tappas bort i vård- och stödsystemet (Socialstyrelsen, 2000b; Finne, 2003). Hemlöshetsproblematiken berörs mer detaljerat senare i detta kapitel.

När det gäller transinstitutionalisering från psykiatrisk heldygnsvård i hemlänet till andra institutionsliknande vistelseformer, inte sällan utanför det egna länet, finns data att tillgå. Detta verkar i första hand vara ett storstadsproblem. Fyrtio procent av de personer som var kända av socialförvaltningarna i Stockholms län och fick bistånd på grund av sitt psykiska funktionshinder vistades 2001–2002 utanför länet. Socialstyrelsen bedömde att en tredjedel av de 850 boendeverksamheter som kunde identifieras i kartläggningen var av institutionskaraktär. En fjärdedel av verksamheterna hade fler än 25 platser (Socialstyrelsen, 2003c). Däremot kan man inte få ett säkert svar på frågan huruvida de personer som innan

---

<sup>1</sup> Hem för vård eller boende.

avinstitutionaliseringen av psykiatri var långtidsvårdade i dag återfinns inom kriminalvårdens institutioner. Sådana studier saknas.

Ensamhet och sysslolöshet är definitivt ett problem för många människor i målgruppen. Att få tillgång till en egen bostad löser inte dessa problem, även om slutsatsen att det egna boendet i sig skulle skapa ensamhet och sysslolöshet är ogrundad. Studier visar att människor med psykiskt funktionshinder oftast ser den egna bostaden som livskvalitetshöjande, även om många vill ha mer samvaro med andra och möjligheter till ett aktivare liv.

### 5.1.2 Boendestöd

**Förslag:**

Nationell psykiatrisamordning föreslår att kommunens skyldighet att erbjuda boendestöd ska uttryckas i socialtjänstlagen, genom att boendestöd inkluderas bland de stödinsatser som exemplifieras i § 3:6.

#### Skäl för förslaget

Stöd i den egna bostaden är en vanlig kommunal insats till målgruppen. Drygt åttio procent av Sveriges kommuner anger att de har någon form av boendestödjarteam som under dagtid ger stöd i den egna bostaden. Dessa team är i flera kommuner organiserade under den ordinarie hemtjänsten och vänder sig till flera olika grupper. I andra kommuner har boendestödet till personer med psykiskt funktionshinder organiserats så att en personalgrupp ger stöd till ett antal personer som bor nära varandra, med en gemensamhetslokal som nav. En annan variant är att boendestödet ges av ett specialiserat team till personer som har egna lägenheter inom ett större område, till exempel en hel kommun eller en kommundel (Socialstyrelsen & Länsstyrelserna, 2005). Sedan 1995 har detta insatsområde genomgått stora förändringar. Insatsen har blivit betydligt vanligare, och boendestöd till personer med psykiskt funktionshinder håller på att etableras som en särskild socialtjänstinsats, ur både professionell och organisatorisk synpunkt. Denna process innebär att boendestöd till den aktuella målgruppen håller på att särskiljas som något annat än ordinarie hemtjänst. De som

arbetar med dessa uppgifter har börjat betona det unika i arbetet, som upplevs som mer kvalificerat och mångfacetterat. Processen avspeglar sig i många kommuner även organisatoriskt, på så sätt att det växer fram enheter med ett särskilt ansvar för att ge socialt stöd till personer med psykiskt funktionshinder.

Nationell psykiatrisamordning har genom ett särskilt projekt undersökt kvaliteten i boendet och boendestödet för personer med psykiskt funktionshinder. En del av boendeprojektet har bestått i en kartläggning av kommunernas sätt att arrangera och ge stöd i boendet för målgruppen. Tjugo kommuner valdes ut på basis av geografisk spridning och folkmängd. Varje kommun besöktes, och intervjuer gjordes med brukare, personal och ansvariga tjänstemän. I materialet framkommer att boendestöd till personer med psykiskt funktionshinder omfattar mer än bara ett stöd inom bostadens fyra väggar. Insatsen kan även inkludera stöd i kontakten med myndigheter, sjukvården, ideella föreningar eller närstående personer. Mycket av arbetet handlar om att bygga upp och upprätthålla en tillitsfull relation till den enskilde. Enligt den intervjuade personalen är detta en förutsättning för att kunna bedriva t.ex. motivationsarbete och social färdighetsträning. Boendestödjaren kan även initiera fritidsaktiviteter och rekreation för den boende, eller erbjuda stöd i samband med sådana aktiviteter. En vanlig beskrivning av arbetet som ges handlar om att jobba ”med händerna på ryggen” eller att bistå med ”hjälp till självhjälp” i vardagens aktiviteter, som att stiga upp på morgonen, sköta sin hygien, städa, handla, upprätthålla sociala kontakter osv. De flesta personalgrupper som ingick i kartläggningen upprättar en individuell handlingsplan tillsammans med den boende, och planen fungerar också som en arbetsplan som följs upp.

Sammantaget ger kartläggningen en bild som i allt väsentligt stämmer överens med den som Psykiatrisamordningen fått via övriga existerande studier och i kontakten med verksamheter och brukarföreträdare. Innehållet i insatsen boendestöd kan fortfarande variera kraftigt mellan olika kommuner, men inkluderar ofta en bredd och en flexibilitet som snarare skulle kunna beskrivas som ett kvalificerat vardagsstöd, än som ett stöd avgränsat till den enskildes boende. Psykiatrisamordningens uppfattning är att utvecklingen sedan psykiatrireformen resulterat i en ökad medvetenhet kring frågorna och en ökad rehabiliteringsinriktning på insatserna, dvs. en strävan mot att den enskilde ska förbättra sin förmåga att leva ett framgångsrikt och självständigt liv i samhället, oavsett de



begränsningar som funktionshindret kan utgöra. Det pågår en process i riktning mot en större professionell medvetenhet och en klarare yrkesidentitet. Det finns också intresse av att beskriva och att avgränsa insatsen boendestöd – likaså bedömer Psykiatrisamordningen intresset av kompetensutveckling som mycket stort. Begreppet boendestöd täcker bara delvis innehållet i denna framväxande praktik, men Psykiatrisamordningen väljer ändå att behålla beteckningen boendestöd som ett samlingsbegrepp för socialt stöd i vardagen med relation till den enskildes boende.

Även om professionalisering via specialisering är en vanlig och utvecklingsbefrämjande väg, finns det ingen anledning att döma ut de insatser till målgruppen som förmedlas av en hemtjänstorganisation. Psykiatrisamordningen konstaterar att det inte finns någon samlad kunskap om innehållet och kvaliteten på hemtjänstens insatser, och att många kommuner med begränsad folkmängd inte kan förväntas bygga upp ett specialiserat boendestöd för denna målgrupp. Från mindre kommuner finns exempel på behovsanpassade lösningar, där några personalmedlemmar under viss del av sin arbetsdag arbetar med att stödja i målgruppens dagliga sysselsättningar, för att under en annan del av arbetsdagen övergå till att ge stöd i boendet inom hemtjänstens organisation. Innehållet i hemtjänstens insatser kan enligt Psykiatrisamordningens erfarenheter snarare associeras till det boendestöd som beskrivits ovan. Man måste också komma ihåg att det inte alltid är nödvändigt eller relevant med insatser utöver dem som är av ren servicekaraktär, utan detta beror på personens specifika behov. I vissa fall finns ingen anledning till att den enskilde ska delta i insatserna på det sätt som är vanligt inom boendestöd. Däremot är det viktigt att framhålla att varje kommun måste kunna erbjuda boendestöd i form av ett flexibelt vardagsinriktat stöd utöver rena serviceinsatser. Inom ramen för boendeprojektet har man genomfört en studie om avgifter för boendestöd, och där skiljer de intervjuade tjänstemännen inom kommunerna på insatserna hemtjänst och boendestöd. Hemtjänst betraktas som praktisk hjälp i hemmet, och boendestöd som ett pedagogiskt och psykosocialt stöd i hem- och närmiljö. Det förekommer att enskilda har hemtjänst och boendestöd samtidigt. En sådan lösning kan förmodligen vara relevant ur ett administrativt perspektiv, men risken finns att den enskilde personen med psykiskt funktionshinder tvingas relatera till alltför många olika personalmedlemmar och att det medför problem i kontinuiteten. Psykiatrisamordningen förordar flexibla

och sammanhållna insatser framför en sådan typ av fragmenterade insatser. Trots boendestödets alltmer självklara plats inom socialtjänstens utbud, används inte benämningen boendestöd i socialtjänstlagen. Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning har utvecklingen i dag kommit till ett skede där det finns skäl att lyfta fram boendestöd även i lagstiftningen. Psykiatrisamordningen föreslår därför att kommunens skyldighet att erbjuda boendestöd ska uttryckas i socialtjänstlagen, genom att den inkluderas bland de stödinsatser som exemplifieras i § 3:6 SoL. Lydelsen föreslås bli ”socialnämnden bör genom hemtjänst, boendestöd för personer med psykiska funktionshinder, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra”. Motivet är att genom en benämning i lagstiftningen markera boendestödets position som ett etablerat insatsområde med en egen kunskapsbas och metodik, samt att markera alla kommuners skyldighet att erbjuda denna insats.

### 5.1.3 Avgifter för den enskilde

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att insatsen boendestöd till personer med psykiskt funktionshinder inte bör medföra några avgifter för den enskilde.

#### Skäl för bedömningen

Boendestödets karaktär och innehåll har utvecklats till något annat än hjälp med praktiska sysslor och en renodlad service. Psykiatrisamordningens uppfattning är att detta borde användas som utgångspunkt för ett beslut om boendestöd ska vara en avgiftsbelagd insats eller inte. I delprojektet om avgifter intervjuades tjänstemän inom ett tjugotal kommuner om i vilken utsträckning som boendestöd avgiftsbeläggs eller inte, och vilka skäl som anges för respektive ställningstagande. Kommunerna valdes så att hälften tog ut avgifter för boendestöd i ordinärt boende, medan den andra hälften hade valt att göra insatsen avgiftsfri. I vissa kommuner uppgav de intervjuade tjänstemännen att de inte visste vilka argument som fanns för att avgiftsbelägga insatsen – socialnämnden hade inte diskuterat frågan över huvudtaget och i organisationen hade man heller ingen kunskap om eventuella skillnader mellan

hemtjänst och boendestöd. I Nationell psykiatrisamordnings kartläggning (Nationell psykiatrisamordning 2006:4) av kostnaderna för den enskilde i olika kommuner och landsting, framkom att den lägsta avgiften kan variera mellan 0 och 1 576 kronor per månad (uppgifterna kommer från 2005).

Psykiatrisamordningen anser att det finns flera argument för att insatsen boendestöd inte bör avgiftsbeläggas. Många personer med psykiskt funktionshinder har svårt att klara sig ute i samhället om de inte tar emot hjälp. Funktionshindret kan leda till isolering och ibland misstänksamhet mot andra människor, myndighetspersoner i synnerhet, och personerna kan i perioder sakna insikt om sitt behov av stöd. Det finns en risk att personer med behov inte tar emot insatserna därför att de kostar pengar. Avgifter för boendestöd kan komma att motverka den uppsökande verksamhet gentemot målgruppen som kommunerna är skyldiga att bedriva. Det kan också verka märkligt att först motivera en person att acceptera boendestöd och bygga upp ett förtroende, för att därefter ta betalt för insatsen. Ett annat argument är att personer med psykiskt funktionshinder ofta lever under knappa ekonomiska förhållanden och ibland har svårigheter med att hantera sin vardags ekonomi. Ett ytterligare skäl för att inte avgiftsbelägga boendestöd rör insatsens karaktär. Utifrån Psykiatrisamordningens erfarenhet bör boendestöd snarare ses som en stöd-, råd- och behandlingsinsats som oftast inte är avgiftsbelagd i kommunerna, än som en form av service som t.ex. hemtjänst där de flesta kommuner tar ut avgifter.

#### 5.1.4 Bostad med särskild service

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att kommunerna bör höja sin ambitionsnivå när det gäller att tillgodose boendet hos personer med psykiskt funktionshinder och sammansatta och stora omsorgsbehov. Det finns behov av fler bostäder med särskild service. Stödet i bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen bör enligt Psykiatrisamordningen vara utan avgift för den enskilde. Boendet ska i regel erbjudas inom hemortskommunen.

## Skäl för bedömningen

Bostad med särskild service är en insats som kan ges både enligt socialtjänstlagen och enligt LSS. Om insatsen ges enligt LSS ska målet vara ”goda levnadsvillkor”, och om den ges enligt SoL ska den medföra ”skälig levnadsnivå” och vara anpassad till den enskildes behov. I praktiken kan denna skillnad vara oidentifierbar. Det kan också vara svårt att se vilken skillnad det innebär för den enskilde brukaren att få ett intensivt boendestöd eller att vara beviljad bostad med särskild service. Det förekommer även att några personer har sin bostad med särskild service beviljad enligt LSS, och andra har den enligt SoL, men de bor i samma grupp-bostad. En skillnad är dock att medan SoL-insatser kan avgifts-beläggas, är LSS-insatsen stöd i boendet kostnadsfri för den enskilde. Att beviljas bostad enligt LSS innebär i vanliga fall också en högre grad av kontinuitet och valfrihet för den enskilde.

När insatsen bostad med särskild service blir aktuell bör man noga pröva möjligheterna att inkludera den enskilde i personkretsen för LSS. Om personen inte kan få sina behov tillgodosedda enligt LSS kan insatsen beviljas enligt socialtjänstlagen, och den bör i likhet med boendestöd vara avgiftsfri. Insatsen bostad med särskild service får inte vara stereotyp och likriktad, med tanke på att önskemålen och behoven hos personer med psykiskt funktionshinder och omfattande omvårdnadsbehov är väldigt olika. Det ska dock finnas tillgång till personal dygnet runt för dem som behöver det (Prop. 1993/94:218). Psykiatrisamordningen har lagt märke till att insatsen bostad med särskild service i alltför många fall inte är individanpassad, utan snarare utgår från organisatoriska och ekonomiska förutsättningar. Den enskilde erbjuds en plats där det finns en plats ledig. Här finns utrymme för en påtaglig ambitionshöjning.

I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsrapport konstateras att kommunerna fortsätter att inrätta fler bostäder med särskild service. I en fördjupad granskning inom denna tillsyn från år 2004 bedömer länsstyrelserna dock att denna utbyggnad är otillräcklig jämfört med de kända behoven i nära hälften av de granskade kommunerna (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005). Även Psykiatrisamordningen anser att det finns ett otillfredsställt behov av bostäder med särskild service. Dessa måste dock fylla högt ställda krav på individanpassning, och därmed bemannas med personal med hög kompetens både när det gäller att ge god och

tillräcklig omvårdnad, och stödja den enskilde till att utveckla sig i riktning mot ett mer självständigt liv.

Kompetensutvecklingsbehoven för den personal som arbetar inom bostäder med särskild service, är i stort sett samma som för den personal som arbetar med att ge boendestöd. De strategier för kunskapsspridning som föreslås i avsnittet om boendestöd gäller även för detta område.

### 5.1.5 Verksamheter för vistelse vid kortvariga svikttillstånd

**Bedömning:** Psykiatrisamordningen bedömer att verksamheter för vistelse vid kortvariga svikttillstånd kan utgöra ett värdefullt komplement till kommunernas och landstingens övriga utbud av vård och service.

#### Skäl för bedömningen

Mellan vistelsemiljöer som det egna boendet och den psykiatriska vårdavdelningen förekommer verksamheter som under en begränsad tid kan ge stöd för att underlätta återgången till ett eget eller särskilt boende, alternativt stöd för att undvika en inläggning i psykiatrisk heldygnsvård. I samband med de så kallade länsmedlen och utvecklingsmedlen, som delades ut inom ramen för Psykiatrisamordningens och Socialstyrelsens uppdrag, har Psykiatrisamordningen noterat initiativ runt om i landet där kommuner planerar eller redan driver sådana verksamheter. Emellanåt finns tankar på att skapa integrerade lösningar tillsammans med psykiatrin. Här förekommer beteckningar som mellanvård, korttidsboende, sviktplatser, utredningsboende eller rehabiliteringsboende, vilket indikerar olika målsättningar med verksamheterna. Strategin bygger dock i huvudsak på att flytta den enskilde till en miljö där han eller hon kan få ett annat eller mer intensivt stöd under en begränsad tidsperiod.

För att undersöka vilka strategier kommuner och landsting har när personer sviktat i sitt boende, eller behöver stöd för att flytta från en vårdavdelning eller ett HVB-hem till eget boendet, genomförde Psykiatrisamordningen en kartläggning inom ramen för boendeprojektet. De kontaktpersoner för länen som Nationell psykiatrisamordning samlat, fick ett antal frågor. Därefter valdes

ett tiotal identifierade verksamheter för korttidsvistelse ut för en fördjupad granskning. Allt tillgängligt skriftligt material samlades in, och företrädare för verksamheterna intervjuades.

Insatser mellan det egna boendet och psykiatrisk slutenvård är svåra att kartlägga och beskriva. I undersökningen förekom ofta benämningen ”mellanvård”, vilket ger associationer till insatser med någon typ av vårdinnehåll. I praktiken avsågs dock allt mellan behandlingshem inom psykiatrin till daglig verksamhet eller rörliga stöd- eller öppenvårdsverksamheter. Inte heller uttrycket verksamhet för vistelse vid kortvariga sviktillstånd används för samma sak, utan syftar på en rad olika verksamheter. Ansvarsmässigt drivs dessa verksamheter oftast av kommunen och utifrån beslut enligt SoL, men i kartläggningen förekom det exempel där psykiatrin är huvudman och formellt klassificerar insatserna som psykiatrisk öppenvård.

I huvudsak identifierades två kategorier av verksamheter eller insatser med målet att möjliggöra ett självständigt boende:

- a) Akutplatser för korta vistelser (1–2 veckor) när en person sviktat i sitt boende.
- b) Boende för längre vistelser (6 mån–3 år), främst när personer ska tillbaka efter längre vårdtider på vårdavdelning eller HVB-hem.

Den vanligaste strategin var den första kategorin (a), som att döma av uppgiftslämnarnas svar finns i de flesta län i Sverige. Det är sällan frågan om en särskild verksamhet, utan oftast ordnas stödet genom att ha några extrasängar i anslutning till en gruppbostad eller till en boendestödsverksamhet. Dessa platser används i flera olika lägen – det kan handla om att en persons psykiska status försämrats och därmed sviktat i sitt boende, eller om yttre omständigheter som lägenhetsrenovering eller för att ge de anhöriga avlastning inför en helg eller en resa. Den andra kategorin (b) av lösning bedrivs uteslutande som en särskild verksamhet med egen personal och arbetsledning. I vissa fall finns det även några platser i verksamheten som är avsedda för kortare insatser. Dessa specialiserade enheter verkar enligt kartläggningen inte vara särskilt vanliga – en grov uppskattning är att det finns 20–30 sådana verksamheter i Sverige som drivs av socialtjänsten eller i samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin. Dock blir denna uppskattning osäker eftersom det inte finns några klara innehållsmässiga gränser

mellan olika verksamhetstyper, som t.ex. ett rehabiliteringsboende inom kommunen och ett behandlingshem inom psykiatrin.

Verksamhetsföreträdarna berättar generellt om goda erfarenheter av att bedriva verksamheter för korttidsvistelse. Ofta har man kunnat notera ett minskat slutenvårdsutnyttjande hos de brukare man haft hand om. Erfarenheter finns, särskilt från (b), att brukaren kunnat uppnå stabilitet i ett eget boende efter vistelsen. I de fall när verksamheten drivs i samarbete mellan huvudmännen, angavs också ofta att samverkansandan stärkts, och många upplever sig ha haft nytta och glädje av gemensamma utbildningar och regelbundna konferenser. Psykiatrisamordningen har inte kunnat identifiera några nationella effektivitetsstudier som kan belysa dessa erfarenheter, och denna brist gäller också internationellt. Även om de metodologiska problemen är påtagliga när det gäller effekter av olika former av boendelösningar, finns möjligheter att studera området systematiskt. Inom ramen för det riktade boendeprojektet kommer ett försök att göras att mäta effekterna av ett par olika modeller för stöd i boende. Resultaten från denna studie kommer dock inte att kunna presenteras förrän om några år.

Vår kartläggning ger bilden av en mångfald av lokalt anpassade lösningar, i flera fall med en hög grad av flexibilitet. Uppenbarligen har verksamheterna på detta fält tagit till oortodoxa lösningar för att möta de aktuella behoven. Samtidigt innebär detta att denna stödform uppstår till följd av lokal kreativitet, och därmed blir beroende av enskilda initiativ. Därmed finns risk för en viss instabilitet. Man rör sig i en ansvarsmässig gråzon mellan kommunernas och landstingets ansvar eftersom både insatser enligt SoL och hälso- och sjukvård enligt HSL ges inom "mellanvården". Tillvägagångssätten för bedömning och beslut om insatsen skiftar. I vissa fall finns en ledningsgrupp bestående av psykiater och enhetschef inom socialtjänsten som beslutar om vem som ska erbjudas en plats. I andra fall ligger denna uppgift på föreståndaren, och i ytterligare andra fall är det en biståndsbedömare som beslutar. Vanligtvis ligger det formella huvudmannskapet på en av huvudmännen – oftast kommunen. Det finns formella ansvarsproblem med att driva verksamheterna i nära samverkan. Inte minst är frågan om hur dokumentationen ska utföras problematisk (se kap. 15).

Psykiatrisamordningen anser att insatser och verksamheter för korttidsvistelse kan fylla en viktig funktion. Kommunen måste dock kunna erbjuda alternativa lösningar, som ett flexibelt och

utökat stöd i den egna bostaden under perioder när den enskilde är i behov av det. Skälen till denna bedömning är bland annat att personer med psykiskt funktionshinder kan ha specifika svårigheter med att tillämpa färdigheter vunna i en viss miljö, i en annan miljö. Övriga skäl handlar självfallet om alla människors rätt till att känna trygghet och stabilitet i sitt boende. Särskilt kortvariga vistelser under några dygn eller någon vecka verkar dock välmotiverade och smidiga lösningar under en period när den enskilde är i behov av mera stöd. Längre vistelser i något som varken är en bostad eller en vårdinrättning är däremot mer problematiskt, eftersom det innebär att den enskilde hänvisas till att långvarigt vistas bland personer han eller hon inte själv valt, utan möjlighet att få bo kvar om den enskilde själv skulle vilja det. Likaså styrs vistelsen av regler som personalen har ställt upp, vilka bland annat kan begränsa personens möjligheter att ta emot besök och att ”komma hem” vid en tidpunkt som den enskilde själv valt. Det finns dock situationer när sådana lösningar är nödvändiga. Detta utvecklas nedan.

### 5.1.6 Hemlöshet och bostadsförsörjning

**Bedömning:** Det är enligt Psykiatrisamordningen oacceptabelt att personer med psykiskt funktionshinder saknar bostad och hänvisas till härbärgen eller motsvarande tillfälliga lösningar. Personer som är uteliggare eller gästar härbärgen lever under svåra förhållanden som kräver särskilda insatser i samverkan mellan kommunen och landstinget. Alla aktörer bör ta sitt ansvar för att undvika att personer med psykiskt funktionshinder eller psykisk sjukdom förlorar sin bostad, och varje kommun bör utarbeta en sammanhållen strategi för att förebygga vräkningar.

#### Skäl för bedömningen

Hemlöshet berör ett flertal olika politikområden och är ett komplext samhällsproblem. Socialtjänsten är bara en av flera aktörer som har ansvar för att lösa problemet, men är ytterst ansvarig för att de som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd som de behöver. Socialtjänsten påverkas därför i hög grad av hur bostads-situationen är i kommunen. Det handlar om tillgången till bostäder



generellt, hur lägenheter fördelas till hushåll med en svag position på bostadsmarknaden eller bostadsföretagens kvalifikationskrav vid uthyrning av bostäder (Socialstyrelsen, 2006j). Kommittén för hemlösa konstaterade år 2001 att forskningen inte pekade på att psykiatrins avinstitutionalisering skulle ha lett till en ökad hemlöshet hos personer med psykiskt funktionshinder (Socialstyrelsen, 2006k). Kommittén påpekade dock att denna grupps ställning på bostadsmarknaden är svag, att gruppen ofta är hänvisad till kollektiva boendeformer, och att många personer var beroende av kommunal service i form av stöd i boendet. I samband med uppföljningen av psykiatrireformen redovisade Socialstyrelsen att risken för att bli vräkt var cirka fyra gånger högre för en person med psykosdiagnos som vårdats i psykiatrisk heldygnsvård, jämfört med befolkningen som helhet (Socialstyrelsen, 1999).

Ur Socialstyrelsens senaste lägesbeskrivning framgår att 40 procent av de 17 800 personer som saknar bostad har psykiska problem, enligt uppgiftslämnarens uppfattning (Socialstyrelsen, 2006k). Tre fjärdedelar av de hemlösa var män. De hemlösa med psykiska problem hade i lägre omfattning fått erbjudanden från socialtjänsten om bostäder och andra insatser, i jämförelse med den övriga gruppen hemlösa. Metodiken (enkät till en rad kategorier av vårdarbetare) tillåter dock inga säkrare slutsatser om de psykiska problemens natur, om personen fyller diagnostiska kriterier för psykisk sjukdom etc. Definitionen av vem som är hemlös, inkluderar förutom dem som är uteliggare eller bor på härbärgen, även dem som har någonstans att bo men vars boende bedöms som osäkert. Till exempel inkluderar siffran personer som befann sig på HVB-hem vid kartläggningstillfället men som inte hade någon bostad att återvända till.

Personer som är uteliggare eller gästar härbärgen lever under svåra förhållanden som kräver särskilda insatser. De har som regel sammansatta vårdbehov av medicinsk (bland annat psykiatrisk), odontologisk och social natur, och har ofta missbruksproblem. I större kommuner är det angeläget med initiativ i form av att inrätta uppsökande team och mottagningar med hög tillgänglighet för denna grupp. I mindre kommuner bör gruppen uppmärksammas på andra sätt, allt utifrån de lokala förhållandena. Samarbete mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst är oftast nödvändigt eftersom gruppens behov av vård och stöd är sammansatt.

Tillgången till lägenheter i det ordinarie bostadsbeståndet är avgörande för att personer med psykiskt funktionshinder ska kunna leva som andra på ett integrerat sätt. Detta ställer krav på att kommunerna i sitt ansvar för bostadsförsörjningen även uppmärksammar personer som av olika anledningar har svårt att få bostad på den öppna marknaden. Ett väl fungerande samarbete mellan socialtjänsten, kronofogdemyndigheten, bostadsföretagen och psykiatrin är väsentligt för att detta ansvar ska kunna fullföljas.

Den som hamnar utanför den reguljära bostadsmarknaden har ofta svårt att komma tillbaka och få en bostad. Nationell psykiatrisamordning vill understryka vikten av att alla aktörer tar sitt ansvar för att undvika att personer med psykiskt funktionshinder eller psykisk sjukdom förlorar sin bostad. Ibland är det landstingets psykiatripersonal som först får indikationer på att det finns problem i boendet som riskerar att leda till vräkning eller bostadslöshet av andra skäl. Det bör då finnas klara rutiner för att snabbt koppla in socialtjänsten som ska sörja för att medborgarna har tak över huvudet. I kapitel 14 föreslås att Hälso- och sjukvården ska ha en skyldighet att upprätta en individuell plan i sådana situationer. Socialtjänsten har ett särskilt ansvar att bedriva uppsökande och aktivt arbete för att fånga upp personer som riskerar att bli avhysta från sin bostad. En verkningsfull åtgärd kan vara att på ett tidigt stadium ta kontakt med de hushåll som har hyresskulder eller får anmärkningar från hyresvärden (SOU 2001:95). Vissa kommuner har byggt upp en funktion som arbetar på ett specialiserat och till synes framgångsrikt sätt med dessa frågor.<sup>2</sup> Varje kommun bör utarbeta en sammanhållen strategi för att förebygga vräkningar, vilket Socialstyrelsen även föreslår (Socialstyrelsen, 2006k). Om man inför en sådan strategi bör man också minska risken för att personer med psykiskt funktionshinder blir hemlösa.

---

<sup>2</sup> Ett exempel är Västerås kommun som har anställt s.k. hyresvägledare. Samarbetet baseras på avtal mellan fastighetsägare och Socialtjänsten.

### 5.1.7 Boendelösningar för personer med särskilda behov

**Bedömning:** Psykiatrisamordningen bedömer att det finns mindre undergrupper av personer med psykiskt funktionshinder som behöver få sina boendebehov lösta inom ramen för speciella arrangemang, vilket kan innebära att man i undantagsfall värderar samhällsskyddet högre än personens självbestämmande. Då är det nödvändigt med en nära samverkan mellan landsting och kommun inom ramen för de gemensamma överenskommelser som reglerar ansvarsfördelningen. Samordningens förslag till lagstiftning om öppen vård med särskilda villkor innebär även vissa möjligheter.

#### Skäl för bedömningen

En mindre del av gruppen personer med psykiskt funktionshinder har ett beteende som i perioder kan hota den allmänna säkerheten. I dessa fall blir samhällsskyddet det väsentliga, vilket innebär att det vara nödvändigt att göra undantag från principen att den enskildes önskemål alltid ska gå i första hand. Det innebär naturligtvis inte att insatser inom socialtjänsten kan ges mot den enskildes vilja. Ofta behövs det speciallösningar för längre eller kortare perioder, och det kan ibland vara relevant med boendekedjor som samordningen annars anser bör undvikas. Det rör sig om olika undergrupper. En sådan undergrupp är personer inskrivna i heldygnsvård med allvarlig psykisk störning som vårdats under psykiatriskt tvång (enligt LPT eller LRV) under långa tidsperioder. För dessa personer arrangeras ibland lättvårdsavdelningar i anslutning till sjukvårdsinrättningen. Ambitionen kan vara att på sikt underlätta utskrivning, men meningen är oftast att erbjuda ett mer hemligt alternativ till den traditionella vårdavdelningens brist på möjlighet att få råda över sig själv. Socialtjänstens engagemang är i dessa fall främst inriktat på medverkan i planering inför utskrivning men kan också handla om att meningsfull sysselsättning erbjuds personer som tvångsvårdas. I strikt mening är denna form av vistelsearrangemang inte boendelösningar, men på grund av sin långsiktighet kommer de att ligga nära boendefrågorna.

En annan undergrupp är personer på permission från psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, eller personer under öppen vård med särskilda villkor (under förutsättning att Psykiatrisam-

ordningens förslag genomförs). Här är kommunens ansvarstagande av avgörande betydelse. Det behövs dock en nära samverkan mellan landstinget och den kommunala organisationen. Psykiatrisamordningens erfarenhet är att många kommuner och landsting har svårt att tillgodose behoven hos denna undergrupp och anlitar därför enskilda utförare i form av HVB-hem. Ofta är det bra att bedriva boendeverksamheten i nära samarbete mellan landsting och kommun. Det närmare innehållet i verksamheterna måste utformas utifrån de individuella behoven. Ett avtal mellan landsting och kommun kan vara en lämplig form av överenskommelse om ansvarsuppdelningen, och detta berörs närmare i kapitel 14. I Psykiatrisamordningens särskilda betänkande *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91) föreslås att när det gäller personer som tvångsvårdas ska kommunens ansvar för insatser enligt LSS och socialtjänstlagen tydliggöras i lagstiftningen. HVB-hemmen som boendeform för personer med psykiskt funktionshinder behandlas nedan.

En tredje undergrupp utgörs av personer med psykiskt funktionshinder och omfattande och komplexa behov av både socialt stöd och sjukvårdsinsatser. Ofta handlar det om personer som tenderar att inte följa givna behandlingsordinationer, och som lider av psykisk sjukdom i kombination med missbruk. Konsekvenserna av en försämrad psykisk status kan vara ett utagerande beteende som kan skrämja och störa omgivningen, utan att resultera i att rättssystemet engageras. Denna grups behov är en utmaning för socialtjänsten. Man har förväntningar på sig att tillgodose samhällsskyddsaspekterna, samtidigt som det inte finns några befogenheter för tvångsåtgärder. Kriterierna för psykiatrisk tvångsvård kan i många lägen inte vara uppfyllda, även om personen i fråga uppvisar ett avvikande och för allmänheten skrämmande beteende.

Psykiatrisamordningens uppfattning är att en specialiserad verksamhet i nära samverkan med sjukvårdshuvudmannen kan avhjälpa många av de problem som denna undergrupp av personer med psykiskt funktionshinder utgör för socialtjänsten. Specialiseringen i verksamhet kan innebära personal med särskild träning och handledning. Även t.ex. bostädernas placering och övriga utformning kan avpassas till behoven på ett sätt som tillgodoser samhällsskyddet samtidigt som man bevarar den enskildes integritet och självbestämmande så långt det är möjligt. Även för denna grupp är ett nära samarbete mellan kommunen och landstinget en nödvändighet.

### 5.1.8 HVB – hem för vård eller boende

**Bedömning:** Vård och boende ska i första hand erbjudas i närheten av hemorten. Andra lösningar (t.ex. HVB-hem utanför hemorten) ska bara utnyttjas när det finns specifika behov, och med hänsyn till den enskildes egna önskemål. Behovet av vård och behandling utöver det som HVB-hemmet kan erbjuda bör täckas av den mest närbelägna psykiatriska kliniken, Regionavtalet bör tillämpas. Den psykiatriska vården har ett fortlöpande ansvar att erbjuda sjukvård, som efter överenskommelse kan skötas av den närbelägna psykiatrin.

#### Skäl för bedömningen

Enligt socialtjänstlagen kräver hem för vård eller boende (HVB) tillstånd. Det gäller för all enskild heldygnsverksamhet som yrkesmässigt tillhandahåller vård, behandling, omvårdnad och tillsyn för barn, ungdomar eller vuxna. För att räknas som ett HVB måste verksamheten innehålla både heldygnsbostäder och vård eller behandling. Hem för vård eller boende bedrivs av både kommuner och enskilda.

Det finns olika anledningar till att kommunerna ger enskilda bistånd till HVB-placering. När det gäller personer med missbruksproblem är skälet ofta en behandling av missbruket. För personer med psykiskt funktionshinder handlar placeringarna främst om att lösa behovet av bostad som inte kan tillgodoses på hemorten. Det kan även handla om att personer med psykiskt funktionshinder har behov av att vård, behandling och boende sker integrerat. Institutionerna har olika karaktär, vissa är enbart inriktade på att ta emot personer med psykiskt funktionshinder, medan andra har blandade målgrupper. De större HVB-hemmen är uppdelade i olika enheter beroende på vårdbehov och har ibland gruppboendestäder och träningslägenheter i anslutning till HVB-hemmet, eller i ett närbeläget samhälle (Socialstyrelsen, 2003a). Våren 2002 gjorde Socialstyrelsen en uppföljning av boendeformerna för personer med psykiskt funktionshinder. Resultatet pekade på att det fortfarande fanns en stor brist på boendeformer med olika omhändertagandenivåer inom socialtjänsten. Den ökning som hade skett av skyddade boendeformer stod de enskilda och privata verksamheterna helt och hållet för. Av de 8 000 personer som inventerades befann sig 20 procent

utanför sitt hemlän. Hemmens storlek och standard varierade, 50 procent av dem som placerats i HVB fanns i boenden med fler än 15 andra personer, och 25 procent i boenden med fler än 25 personer. I 60 procent av boendena har alla eget rum och toalett. I övriga boenden förekom delat rum och gemensamma hygienutrymmen.

Det är främst storstadskommunerna som placerar personer på HVB-hem, och det är storstäderna som har svårt att verkställa beslut om bostad med särskild service. Bostadsbristen i storstadsområdena är sannolikt en del av förklaringen till detta. Psykiatrisamordningen anser att det är positivt med ett varierat utbud när det gäller boende, vård och stöd och service. Verksamheter som t.ex. erbjuder en viss metodik eller kombinerar boendeinsatser och psykiatrisk stöd med missbruksbehandling är värdefulla. Ibland kan också själva miljöombytet vara av stor betydelse för den enskilde.

Kvaliteten i verksamheten är dock avgörande för lämpligheten. En bild av utbudet av privata eller stiftelseägda hem för vård och boende är att det finns många med hög kvalitet och spetskompetens, som fyller ett behov för vissa personer. Samtidigt finns exempel på enheter som är så stora att de riskerar att vara institutionsliknande, vilket är oacceptabelt när det gäller boende. Generellt för boenden för personer med psykiskt funktionshinder, oavsett driftsform, är att sysselsättning alltför ofta saknas och att anläggningarna präglas av en sjukhemsatmosfär. Psykiatrisamordningen anser att kommunernas biståndshandläggare måste utveckla sin beställarkompetens, och köpa eller anvisa platser som erbjuder kunskapsbaserade insatser av hög kvalitet. Skälet till att platsen anvisas måste alltid vara att den enskilde har behov av den insats som erbjuds, inte att kommunen av ekonomiska eller bostadspolitiska skäl inte kan erbjuda den insatsen på hemmaplan. Den enskildes egna val ska alltid vara utgångspunkten för de insatser som planeras och genomförs.

Vid placering på HVB-hem uppstår ofta konflikter kring ansvar och kostnader mellan psykiatrin och socialtjänsten. Ibland placeras personer vid HVB-hem på initiativ av psykiatrin som inledningsvis står för kostnaderna, vilka sedan gradvis övergår till hemortskommunen. Kommunerna har inte ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i HVB-hem. Hemmen kan ha egna konsultläkare och andra hälso- och sjukvårdsinsatser knutna till verksamheten, och kostnaderna för dessa insatser ingår i dygnsavgiften och debiteras då kommunen om det inte finns någon annan överenskommelse. I

vissa fall, när det handlar om både behandlingsinsatser och boende, delas kostnaderna mellan parterna och en bedömning görs av hur stor del som berör behandlingen och hur stor del som utgör boendet. Nationell psykiatrisamordning anser att detta är ett område som bör tas upp i överenskommelser mellan huvudmännen (se kapitel 14).

Det är viktigt att den enskilde får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda under en HVB-placering. I vissa fall sker detta genom att HVB-verksamheten anlitar konsulter eller på annat sätt ordnar hur det psykiatriska vårdbehovet ska tillgodoses. Psykiatrisamordningen anser att hemortslandstingets psykiatri fortsatt har ansvaret för att se till att behandlingen är optimal och anpassad till den enskildes behov. Detta följer hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser att landstinget ska erbjuda hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget. Vid placeringen på HVB bör kommunen därför komma överens med hemortslandstinget om hur hälso- och sjukvårdsbehovet ska tillgodoses under vistelsen. Därefter kan hemortslandstinget komma överens med psykiatrin inom vars upptagningsområde HVB-hemmet är beläget, om hur ansvaret dem emellan ska fördelas. Psykiatrisamordningen anser att målet är att vård ska erbjudas på vistelseorten (dvs. där HVB-hemmet är beläget), och ekonomin mellan sjukvårdshuvudmännen ska regleras via Riksavtal för utomlänsvård (Landstingsförbundet, 2003).

## 5.2 Forskning, utveckling och utbildning

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att den systematiska kunskapen om boende och boendestöd för personer med psykiskt funktionshinder är bristfällig, trots att detta är ett grundläggande behovsområde och att kommunernas insatser på detta område är omfattande. Psykiatrisamordningens bedömning är att forskningen, utvecklingen och utbildningarna på området måste stärkas och ges ett fortsatt stöd.

## Skäl för bedömningen

För att öka den begränsade kunskapen om boende för personer med psykiskt funktionshinder har Psykiatrisamordningen initierat ett riktat projekt. Växjö universitet fick uppdraget som främst går ut på att göra en genomgång av boendesituationen för personer med psykiskt funktionshinder, identifiera problemområden, undersöka olika modeller och stimulera till metod- och verksamhetsutveckling. Projektet som ska slutrapporteras under 2007, leds av en styrgrupp bestående av representanter från Nationell psykiatrisamordning, Socialstyrelsen och brukar- och anhörignätverket. Arbetet består av ett tjugotal delprojekt som belyser sådant som boendestödets innehåll, de boendes preferenser, verksamheter för korttidsvistelse, den fysiska miljön i boendet, relationerna mellan boende och personal, olika boendelösningars effektivitet, avtalsrättsliga aspekter och avgifter för den boende. Få av delprojekten har avslutats hösten 2006, och därför innehåller denna rapport bara preliminära resultat från några av delprojekten.

Forskningen på boendeområdet är eftersatt och därför anser Psykiatrisamordningen att sådan forskning behöver fortsatt uppmärksamhet. Projektet som beskrevs ovan är ett försök att öka kunskapen på några delområden, men det behövs fler initiativ för att på ett heltäckande sätt kunna styra utvecklingen inom detta expansiva verksamhetsfält. I framtiden behöver därför forskningen på området intensifieras. Det behövs också metodutveckling och nationellt samordnade fortbildningsinsatser för personal på boendeområdet. En del av de pengar som Nationell psykiatrisamordning anser ska avsättas för nationella utvecklingsinsatser under åren 2009–2015 bör därför reserveras för sådana insatser.

I dag initieras lokala fortbildningsinsatser på boendeområdet, och de består oftast av korta satsningar där man anlitar externa föreläsare. Psykiatrisamordningens uppfattning är att dessa initiativ behöver kompletteras med centrala och mer sammanhållna insatser. Psykiatrisamordningen har t.ex. inbjudit ett antal universitet och högskolor för att tillsammans planera en högskolekurs till biståndsbedömare inom socialtjänsten. Tanken är att arbeta fram ett gemensamt innehåll och en kursplan som sedan kan nå ut till den berörda personalen via de olika lärosätena. Styrkan med denna strategi är att samla ihop befintlig kunskap på området och på så sätt kunna erbjuda en likvärdig utbildningsinsats till kommunerna, även till dem som saknar kompetensen att anordna lokala utbild-



ningar. På ett liknande sätt kunde en skräddarsydd utbildning till boendestödare planeras och initieras.

Förutom fortbildning för socialtjänstens verksamma personal anser Psykiatrisamordningen att de berörda grundutbildningarna bör stimuleras att anpassa sina insatser efter detta verksamhetsfält. En majoritet av den personal som arbetar med boende och boendestöd för målgruppen har en undersköterske- eller skötarutbildning. Framtidens utbildning till undersköterska och baspersonal bör ha ett innehåll som förbereder för ett samhällsbaserat arbete med personer med psykiskt funktionshinder. Förutom grundläggande kunskaper i psykiska sjukdomstillstånd och psykiska funktionshinder, anser Psykiatrisamordningen att utbildningen bör innehålla kunskaper om psykiatrisk rehabilitering eller stöd till återhämtning, och hur man tillämpar aktuella psykosociala arbetsmetoder.

### 5.3 Fritid

**Bedömning:** Ett liv som andra, vilket ska vara målsättningen med samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder, ska kunna innebära möjlighet till ett bra boende, men också arbete och därmed fritid.

#### Skäl för bedömningen

Ett område som Nationell psykiatrisamordning anser är anmärkningsvärt lågt prioriterat och uppmärksammat är frågan om en meningsfull fritid för personer med psykiskt funktionshinder. En anledning kan vara att begreppet *meningsfull sysselsättning* som finns i socialtjänstlagen kommit att ersätta fritidsbegreppet, eftersom sysselsättning inte har tolkats som arbete, utan snarare som något meningsfullt och strukturerat att göra på dagen. En sökning på kommunernas hemsidor visar att öppna träfflokaler väldigt ofta anses vara *både* meningsfull sysselsättning *och* fritidsverksamhet för gruppen. Nationell psykiatrisamordning anser att man bör göra skillnad på en biståndsbedömd, strukturerad sysselsättning och en frivillig öppen verksamhet där personer med eller utan funktionshinder kan delta. Den sistnämnda bör inte betraktas som en insats som ska tillgodose behovet av meningsfull sysselsättning, utan främst ses som en fritidsverksamhet.

Ett enkelt sätt att beskriva fritid är *den tid som blivit över sedan man fullgjort nödvändiga sysslor och förpliktelser*. Skillnaden mellan vad som ska betraktas som en meningsfull sysselsättning och vad som är fritidsverksamhet, är verksamhetens målsättning – är målet att producera varor och tjänster, så att deltagarna är nödvändiga för produktionen, eller är målet att ge deltagarna något att göra? Det finns även andra viktiga gränsdragningar som beskrivs nedan:

**Tabell 5.1 Skillnader mellan arbete eller meningsfull sysselsättning och fritidsverksamhet**

	Arbete/meningsfull sysselsättning	Fritidsverksamhet
Målsättning med verksamheten	Produktion	Samvaro
Målsättning för deltagaren	Produktion – arbete	Struktur på dagen
Grad av förväntning på deltagaren	Att deltagaren kommer som avtalat, verksamheten bygger på deltagarna	Låg eller ingen. Verksamheten går runt utan deltagarna.
Biståndsprövat	I allmänhet beslut	Beslut behövs inte
Samverkan	Hög grad av samverkan med andra samhällsaktörer	Låg grad av samverkan med andra samhällsaktörer

Ett grundläggande problem för många personer med psykiskt funktionshinder är att de varken har arbete eller meningsfull sysselsättning vilket medför att de bara har fritid, och då förlorar begreppet sin innebörd. Att bara ange öppna träfflokaler som fritidssysselsättning för personer med psykiskt funktionshinder visar också att gruppen upplevs som homogen – det finns inget utrymme för individuella uppfattningar om vad en meningsfull fritid innebär.

Fritidsfrågan måste få betydligt mer uppmärksamhet i biståndsbedömningarna och i kommunernas utformning av sitt utbud för personer som är bosatta i kommunen, men också för personer som bor i särskilda boenden. Här måste man ta hänsyn till att fritid är intimt knutet till arbete, och därför bör båda beaktas var för sig i bedömningen av enskildas levnadsvillkor.

Vad som är en meningsfull fritidsverksamhet utgår per definition ifrån vad den enskilde väljer. Alla personer med psykiskt funktionshinder har självklart inte samma uppfattning av vad de vill göra med sin fritid, lika lite som andra stora grupper. Därför är det inte

tillräckligt att någon gång i månaden erbjuda alla att delta i en bussutflykt, lika lite som en träfflokal kan tillgodose allas behov. Det bör finnas utrymme för att boendestödjare, ledsagare eller kontaktpersoner ska kunna bistå den enskilde i att kunna delta i ett fritidsintresse som han eller hon väljer individuellt. Samtidigt måste man komma ihåg att alla fritidssysslor inte äger rum utanför det egna hemmet. För vissa kan intresset vara att lyssna på musik, läsa eller se på video. Även för dessa typer av sysselsättningar kan stöd behövas. Vissa personer kan också under perioder eller efter en svår sjukdomsepisod behöva stöd att utveckla färdigheter som möjliggör en meningsfull fritid, även om det inte är aktuellt med något arbete eller en sysselsättning.

En viktig uppgift för kommunen kan vara att ge människor förutsättningar för att själva tillgodose sina behov av aktivitet och social samvaro. Det kan de göra genom att ekonomiskt stödja föreningslivet, men också genom att tillhandahålla personal som stöd för personer som vill syssla med t.ex. kulturaktiviteter, idrott eller intressepolitiska aktiviteter för att förändra det stöd och den vård som erbjuds. En del av kommunens uppgift är också att göra det möjligt för personer med sociala svårigheter att hitta sociala arenor.

Boendestöd kan bara beviljas enligt socialtjänstlagen, men om det är aktuellt med ledsagning eller en kontaktperson bör socialtjänsten överväga insatser enligt LSS. Inom särskilda boenden måste man också se till att de enskilda har en meningsfull fritid som möter deras individuella behov, och att den placerande kommunen följer upp att detta behov tillgodoses. Även när det gäller personer som bor i särskilda boenden måste den enskildes behov av arbete och strukturerad sysselsättning respektive fritid bedömas var för sig.

## 6 Rehabilitering till aktivitet – meningsfull sysselsättning, rehabilitering och arbete

### 6.1 Utgångspunkter

Psykiatriutredningen konstaterade i sitt slutbetänkande (Socialstyrelsen, 1999) att ersättningarna i socialförsäkringssystemet till personer med psykiska funktionshinder och ohälsa<sup>1</sup> svarar för de största kostnaderna i det system som ger stöd, service och omsorg till personer med psykiskt funktionshinder. Trots detta fungerar systemet för att bistå människor att komma ur systemet inte tillfredsställande. I betänkandet var frågorna om rehabilitering centrala, men de förslag som lämnades i utredningen har inte kommit att förverkligas. Sålunda är systemet fortfarande bristfälligt för personer med psykiskt funktionshinder när det gäller att återkomma till arbete.

En viktig princip i den svenska arbetsmarknadspolitiken är att personer med funktionshinder inte ska diskrimineras från arbetsmarknaden. Detta är också en viktig princip i FN:s standardregler för funktionshindrade. Den svenska handikappolitiken är i allt väsentligt inriktad på människors rättigheter till ett fullvärdigt medborgarskap, snarare än individens hinder och begränsningar, och det är centralt att tillvarata människors resurser och vilja att delta i arbetslivet.

Enligt Nationell psykiatrisamordnings uppfattning har dock frågan om återkomsten till aktivitet, sysselsättning och arbete för personer som drabbats av psykiskt funktionshinder, kommit att hamna i bakgrunden till förmån för vård och omsorgsinsatser till gruppen, trots att Psykiatriutredningen slog fast att rehabilitering och återgång till arbete är en avgörande fråga för att förhållandena för personer med psykiskt funktionshinder i realiteten ska kunna utvecklas och normaliseras. Nationell psykiatrisamordning har

---

<sup>1</sup> I betänkandet används termen psykiskt störda.

samma uppfattning, och därför finns det stora behov av kraftfulla förändringar, både långsiktiga och kortsiktiga.

### 6.1.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering kontra meningsfull sysselsättning

En viktig grundläggande utgångspunkt för Nationell psykiatrisamordning är att rehabilitering till arbete och sysselsättning är detsamma, i den mening att det är samma insatser som leder fram till det som den enskilde själv väljer, alternativt det som står till buds. I en lågkonjunktur kan det finnas en tendens att personer som upplevs stå långt ifrån arbetsmarknaden, i sina egna eller andras ögon, inte ens gör anspråk på något arbete. Hos människan finns det dock en drivkraft att sträva mot att vara produktiv och del av en gemenskap, och i tider av hög arbetslöshet kan arbete ersättas av engagemang i intresseorganisationer, föreningar eller det egna livet – trädgården, utbildning eller något annat. Rehabilitering handlar i grunden om att öka delaktigheten och aktiviteten.

När det gäller rehabiliterande insatser till personer med psykiskt funktionshinder görs allmänt en distinktion mellan *sysselsättning* och *arbetslivsinriktad rehabilitering*. Nationell psykiatrisamordning har valt att inte göra den skillnaden i skrivningarna, eftersom den i grunden utgår från befintliga organisationer och lagstiftningar, snarare än innehåll och effekt. I en diskussionspromemoria från Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen (S 1999:08) problematiseras skillnaden mellan den mer allmänna formuleringen rehabilitering och specifik arbetsrehabilitering på detta sätt:

Man menar, med andra ord, alla insatser som görs för att en individ skall kunna återgå i arbete efter en periods sjukskrivning är detsamma som arbetslivsinriktad rehabilitering (S 1999:08, s. 85).

Ovanstående är en beskrivning av att det är målet för insatsen, inte i första hand innehållet, som definierar vad som är arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta är intressant eftersom det svenska stödsystemet, både de delar som benämns sysselsättning och de som gör anspråk på att vara arbetslivsinriktad rehabilitering, enligt Nationell psykiatrisamordnings erfarenhet i många delar producerar likartade insatser riktade till personer med psykiskt funktionshinder. Det som avgör benämningen är målsättningen.

### 6.1.2 Arbetslinjen är svag

Den viktigaste utgångspunkten för Nationell psykiatrisamordning är att *arbetslinjen har tappats bort för personer med psykiskt funktionshinder och att arbetslinjen i framtiden måste ses som central och gälla fullt ut för gruppen.*

Arbetslinjen innebär att aktiva åtgärder skall användas för att enskilda ska återkomma till arbete, och att en anställning alltid går före åtgärder eller bidrag. Arbetslinjen innebär *inte* att människor som är sjuka ska tvingas till arbete, utan att människornas förmågor ska tas tillvara integrerat i samhället och produktionen. Deltagande i produktion ska också innebära någon typ av lön, i stället för fortsatt bidragstagande. I dag finns, vilket redovisas i kapitel 2, personer med psykiskt funktionshinder i anmärkningsvärt stor utsträckning utanför sysselsättningen och arbetskraften, vilket Nationell psykiatrisamordning bedömer som ett allvarligt hinder mot normalisering och integrering. Detta har sannolikt flera orsaker, vilka redovisas längre fram i anslutning till Nationell psykiatrisamordnings förslag på lösningar.

I socialtjänstlagen anges att socialnämnden ska medverka till att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra (§ 5:7). Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning. Detta uppdrag förtydligades i samband med psykiatrireformen, och får ses som grunden till uppbyggnaden av kommunernas sysselsättningsverksamheter, allmänt förlagda inom socialnämnden och med långvarigt psykiskt funktionshindrade som målgrupp. I förarbetena till lagstiftningen (Prop. 1979/80:1) betonas när det gäller åtgärder på handikappområdet att det är nödvändigt med ett utvecklat samarbete mellan socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheten, både för att lösa enskildas problem och för att mer allmänt klara sysselsättningsfrågorna. Samtidigt anges att en god socialtjänst innefattar ansvar för att förtidspensionärer och personer som inte får meningsfull sysselsättning på annat sätt, får en lämplig sysselsättning.

Dessa båda skrivningar kan ses som delvis motstående men även kompletterande, och det förefaller som att de olika ambitionsnivåerna i de respektive skrivningarna har utvecklats till två spår inom den kommunala verksamheten.

Inom den kommunala verksamheten finns ofta två olika delorganisationer, vanligtvis sorterande under olika nämnder, som på något sätt bistår med rehabilitering. I samband med psykiatireformen startade den verksamhet som vanligtvis kallas socialpsykiatri, kommunal psykiatri eller liknande, och som generellt erbjuder *daglig verksamhet* eller *sysselsättning*. Dessa aktiviteter verkar dock alltför ofta sakna målsättningen att enskilda ska få, eller återgå till, ett arbete. Grundsynen tycks vara att utbudet riktas till personer som saknar möjlighet att återkomma till arbetsmarknaden. Av detta skäl finns också få vägar därifrån för deltagarna. Inklusionskriterierna för verksamheterna tar sin utgångspunkt i den enskildes diagnos och/eller att det finns ett omfattande funktionshinder. Långtgående kontakter med försäkringskassan och arbetsförmedlingen är sällsynta. En slutsats är att verksamheterna tar sin utgångspunkt i den del av förarbetena som nämner *lämplig sysselsättning*. Denna formulering kan tyckas stå långt ifrån arbetslinjen som princip, och ambitionsnivån hamnar snarast i nivå med fritidsverksamhet. Nationell psykiatrisamordnings iakttagelser är att denna lägre ambitionsnivå också återfinns i verksamheten, som många gånger är den enda som erbjuds personer med psykiskt funktionshinder i kommunen. Därmed inte sagt att verksamheterna inte har rehabiliterande inslag. Paradoxalt nog är det Nationell psykiatrisamordnings intryck att dessa verksamheter många gånger fyller en rehabiliterande funktion. Det är inte sällsynt att enskilda arbetar upp mot 20 timmar i veckan i en verksamhet, och utför en del förhållandevis kvalificerade och värdefulla arbeten. Tanken att dessa personer skulle ha betalt för det arbete de gör, eller ha ett arbete där de får betalt, är långt ifrån självklar för alla.

Den andra rehabiliteringsaktören inom kommunen kallas vanligen arbetsmarknadsenhet (AME) och vänder sig i första hand till personer som har försörjningsstöd, men ibland också personer som har sin försörjning genom sjukförsäkringen. Dessa verksamheter tar på ett tydligare sätt sin utgångspunkt i förarbetenas skrivning om åtgärder på handikappområdet, genom ett utvecklat samarbete mellan socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheten som syftar till att lösa enskildas problem såväl som att mer allmänt klara sysselsättningsfrågorna. Inom AME-enheterna förefaller kontakterna med framförallt arbetsförmedlingen vara intensiva och utbudet är avpassat efter målsättningen att deltagarna ska få eller återgå i arbete. Om personer med psykiskt funktionshinder deltar i verksamheten är de ofta yngre, men många AME-enheter säger nej

till att ta in personer med psykiskt funktionshinder. Anmärkningsvärt är att den socialpsykiatriska verksamheten inte självklart samverkar med AME-enheten. Därför finns en tendens att personer med psykiskt funktionshinder, även yngre, erbjuds en verksamhet som inte har arbetslinjen som vägledande princip.

### 6.1.3 Återkomst till arbete och aktivitet är angeläget

Möjligheten för personer med psykiskt funktionshinder att återkomma i arbete är en viktig fråga ur den enskildes perspektiv. Arbete har ett egenvärde för många, att tillhöra en gemenskap och kunna producera efter förmåga. Att ha ett arbete ökar delaktigheten i samhället. Dessutom torde närvaron av personer med psykiskt funktionshinder på arbetsmarknaden vara en mycket viktig del i arbetet mot stigmatisering. Om en grupp ständigt återfinns i marginalen, avskild från andra, finns det en stor risk att fördomar och föreställningar om den växer i övriga samhället, till skillnad från om gruppen lever integrerat.

Att ha ett arbete är också avgörande för den enskildes ekonomi. Som konstateras i kapitel 2 lever personer med psykiskt funktionshinder många gånger under svåra ekonomiska förhållanden, delvis beroende på att många slås ut från arbetsmarknaden tidigt i livet och därmed långsiktigt tvingas leva på en låg ersättningsnivå i sjukförsäkringssystemet. För dessa människor, liksom för andra i motsvarande situation, är det viktigt med en möjlighet att kunna öka sin inkomst och därmed levnadsstandard<sup>2</sup>.

Slutligen är det ur ett samhällsekonomiskt perspektiv angeläget att göra mesta möjliga för att hjälpa den stora gruppen personer med psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa att få eller återgå i arbete och produktion. Det finns signaler om att Sverige i framtiden riskerar att stå inför en arbetskraftsbrist, följaktligen är det viktigt att mobilisera arbetskraften. Personer som passiviseras i bidragsberoende kommer sannolikt ha svårt att stå till arbetsmarknadens förfogande den dag arbetskraften behövs, varför en kraftfull satsning på den stora gruppen personer med psykiskt funktionshinder och ohälsa är angelägen.

---

<sup>2</sup> För denna grupp, och vissa andra, kan det i vissa fall handla om habilitering, men Nationell psykiatrisamordning har valt att i hela detta avsnitt utgår från begreppet rehabilitering, som får rymma insatser för ökad delaktighet och aktivitet för samtliga typer av psykiska funktionshinder.



Emellertid har Nationell psykiatrisamordning funnit att möjligheterna för personer med psykiskt funktionshinder att återkomma i arbete i nuläget är små. De huvudsakliga problemen när det gäller återgång till aktivitet och arbete kan sammanfattas i fyra punkter:

- Rehabiliteringsperspektivet och arbetslinjen har hamnat i bakgrunden till förmån för vård- och omsorgsperspektiven. Personer med psykiskt funktionshinder har en svag förankring på arbetsmarknaden, stora svårigheter att få tillgång till rehabiliterande insatser och meningsfull sysselsättning och därför hänvisas de alltför ofta till passivitet och inaktivitet.
- Samhällets insatser för att bistå personer med psykiskt funktionshinder med rehabilitering för att de ska kunna återgå i arbete är bristfälliga och splittrade. Dessutom saknas kunskap om effektiva metoder. Det största problemet i sammanhanget är dock att samordningen mellan de olika aktörernas insatser är undermålig. Detta riskerar också att underminera den enskildes inflytande på sin egen rehabilitering.
- En del regelverk inom socialförsäkringen tenderar att skapa effekter som låser in personer med psykiskt funktionshinder i bidragssystemen, då regelverken är dåligt anpassade för psykiska sjukdomars förlopp och rehabiliteringsprocess.
- Arbetsmarknaden är otillgänglig för personer med psykiskt funktionshinder. Detta har en rad förklaringar, bland annat används skyddade anställningar i för liten utsträckning för personer som finns i sjukförsäkringssystemet, och det finns även tecken på att arbetsgivare undviker att anställa personer med psykiskt funktionshinder av rädsla för återkommande och dyra sjukperioder.

Nationell psykiatrisamordning lämnar nedan förslag på en ny modell för rehabilitering till arbete och sysselsättning. Modellen som tar sikte på att kraftfullt förbättra samordningen av samhällets rehabiliteringsinsatser till personer med psykiskt funktionshinder, och utgår från de brister som identifierats. Modellen implicerar en rad förslag till förändringar i innehåll och form när det gäller samhällets samlade stöd till rehabiliteringsprocessen för unga psykiskt sjuka/funktionshindrade. Modellen innehåller särskilda insatser för vissa personer med psykiskt funktionshinder. Anledningen är att gruppen åtminstone under en avgränsad tid behöver särskilda

lösningar som delvis ligger utanför de ordinarie systemen, med tanke på gruppens negativa särställning i relation till arbete och arbetsmarknad.

## 6.2 En ny modell för rehabilitering – särskilt aktivitetsstöd för personer med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att en ny modell för rehabilitering för personer med psykiska sjukdomar/funktionshinder införs med start 2009. Modellen benämns förstärkt aktivitetsstöd för personer med psykiskt funktionshinder och regleras i en särskild lagstiftning. Målgruppen är personer som beviljats aktivitetsersättning på grund av psykisk sjukdom och syftar till att på ett kraftfullt sätt samordna och tillgängliggöra samhällets samlade rehabiliteringsutbud för gruppen.

### Skäl för förslaget

Många statliga utredningar har pekat på behovet av en ny eller förändrad rehabiliteringsprocess för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Redan i Psykiatriutredningens slutbetänkande, Valfärd och valfrihet (SOU 1992:73), identifierades en rad hinder för en effektiv och ändamålsenlig rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder. Riksförsäkringsverket (RFV) fick i slutet på 1990-talet regeringens uppdrag att analysera svårigheter i arbetet med personer som har psykiskt funktionshinder. RFV:s slutsatser i rapporten (RFV, 1999) var i många avseenden identiska med de som Psykiatriutredningen pekat på i sitt slutbetänkande, till exempel:

- Personer med psykiskt funktionshinder får mindre arbetsrehabilitering, och dessutom senare i processen.
- Tidsgränsen i rehabiliteringen är för snäv för att vara ändamålsenlig för gruppen.
- Det är svårt att hitta arbetsträningsplatser för personer med psykiskt funktionshinder och det råder brist på lönebidragsmedel.

- Handläggarna på Försäkringskassan behöver mer kompetens och helst också specialisering.

Även när det gäller rehabilitering generellt har ett flertal statliga utredare under senare år lyft fram behovet av en förändrad struktur. I Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen drogs slutsatsen att en ny reform av arbetet med rehabilitering till arbetsmarknaden var nödvändig, mot bakgrund av att rehabiliteringsreformen från 1992 inte fått önskad genomslagskraft. En viktig utgångspunkt i motiveringarna var att dagens system inte sätter individen i centrum, utan myndigheterna. Utredaren tydliggjorde också att de olika regelverken berättigade och ställde krav på enskilda på olika och ibland motstridiga sätt. Utredaren pekade också på konsekvensen av att fyra parallella myndigheter med olika medel, mål och ansvar kan blandas in i den enskildes rehabilitering. För att optimera och göra insatserna mer ändamålsenliga föreslogs en modell med individen i centrum. Modellen, som skulle reformera samhällets arbete med att erbjuda rehabiliteringsinsatser, byggde på sju principer:

- Individen i centrum.
- En offentlig huvudaktör i stället för fyra.
- En mer kraftfull och sammanhållen rehabiliteringsförsäkring i syfte att bidra med aktiva och tidiga insatser.
- Förstärkta förebyggande insatser.
- Ökat utbud av resurser och ökad kunskap.
- Likvärdighet mellan olika delar i landet och mellan olika grupper – likvärdiga insatser ska kunna erbjudas oavsett bostadsort, kön, etnicitet och funktionshinder.
- Tydligare drivkrafter för alla inblandade.

Även andra utredningar, exempelvis Samhallutredningen (SOU 2003:56) och lönebidragsutredningen (SOU 2003:95), har föreslagit radikalt förändrade former för rehabiliteringsutbudet i Sverige. Dessa och andra arbeten har lett fram till mindre förändringar och justeringar av myndigheternas arbete och utbud, men problem kvarstår i många avseenden.

Nationell psykiatrisamordning har inom ramen för utredningen genomfört en analys av hinder för rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder (Nationell psykiatrisamordning, 2006:1). Denna ger vid handen att samhällets rehabiliteringsutbud är splitt-

rat och även om de olika myndigheterna satsar betydande resurser så är det i många hänseenden otillräckligt. En slutsats av kartläggningen är att det oklara ansvaret och den svagt reglerande lagstiftningen gör det möjligt för olika huvudmän att helt avsäga sig ansvaret för stora grupper av personer med psykiskt funktionshinder, med följderna att dessa cementeras in i ett bidragsberoende.

Den svenska lagstiftningen och myndighetsstrukturen kan sägas bygga på en syn på rehabilitering som en trappa, där den enskilde via olika trappsteg går från sjuk till frisk. För många typer av ohälsotillstånd är denna modell rimlig, men för psykiska ohälsotillstånd har synsättet påtagliga brister. Erfarenheten när det gäller rehabilitering från psykiska sjukdomar är att processen inte är sekventiell, det vill säga det är inte möjligt att åstadkomma en effektiv rehabilitering genom att låta den enskilde följa en trappa av insatser från olika myndigheter. Redan i slututvärderingen av psykiatrireformen (Socialstyrelsen, 1999) konstateras istället att rehabilitering måste ses som en process där effektiva stödformer från samhällets olika stödfunktioner erbjuds parallellt. I slututvärderingen görs jämförelsen med ett hjul där ekrarna symboliserar de olika insatserna som tillsammans ger stadga åt hjulet och möjlighet att röra sig framåt.

Det svenska systemet med flera olika servicegivare har fördelen att en specialisering kan ske inom var och en, och spetskompetens kan i bästa fall samlas inom en organisation. Nationell psykiatrisamordnings erfarenhet är också att det finns öar av kunskap och ändamålsenliga insatser inom olika organisationer. SIUS-konsulenter hos Arbetsförmedlingen är ett exempel även om tiden som insatsen kan ges är alldeles för kort för personer med psykiskt funktionshinder. Ett annat exempel är att det hos kommunerna finns ett utbud som inte sällan har rehabiliterande inslag – även om detta inte alltid är målsättningen med verksamheten. Detta är på många sätt en positiv särställning för gruppen. Socialtjänstlagens reglering om att kommunen ska medverka till att den enskilde med funktionshinder har en meningsfull sysselsättning har också medfört att vissa kommuner valt att finansiera fontänhus, sociala kooperativ och brukarorganiserade verksamheter. De utgör viktiga komplement till offentligt styrda verksamheter och upplevs generellt som positiva av brukare och anhöriga.

Emellertid sker en suboptimering av resurser och insatser som har flera olika orsaker. En viktig brist som Nationell psykiatrisamordning funnit är att de olika aktörerna inte känner till varandras

verksamhet, samtidigt som banden mellan dem är alltför svaga. Därför får enskilda endast tillgång till utbudet hos den aktör som de för tillfället är aktuell hos. Ansvaret för eventuell samordning hamnar ofta på den enskilde. Vidare gör de vaga regleringar som styr området att myndigheter kan erbjuda insatser till enskilda på ett sätt som är nästan godtyckligt, och det är i realiteten få insatser som personer faktiskt kan kräva. Bristen på samordning medför dessutom att en person helt kan sakna en kvalificerad och heltäckande utredning, medan en annan kan ha ett dussin utredningar hos olika myndigheter.

Nationell psykiatrisamordning anser att det finns tre särskilt viktiga komponenter i en rehabiliteringsprocess:

1. De personer som behöver insatser för att komma in i arbete eller sysselsättning måste identifieras så tidigt som möjligt, och en planering görs med de nödvändiga aktörerna.
2. Med utgångspunkt från planeringen ska alla erbjudas en nödvändig medicinsk och social utredning samt en rehabiliteringsutredning med utgångspunkt i den enskildes behov.
3. Personer med allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska garanteras ett arbete med stöd eller en arbetsutbildning, rehabiliteringsplats eller lämplig sysselsättningsplats, med syftet att rehabiliteras eller behålla sin aktuella funktionsnivå. Insatserna ska planeras i nära samverkan med samtliga myndigheter utifrån de utredningar som gjorts och de behov och önskemål den enskilde har.

I det följande beskrivs Nationell psykiatrisamordnings modell för *förstärkt aktivitetsstöd*. Modellen syftar till att *öka och stimulera utbudet av rehabiliterande verksamheter och sysselsättningar, att optimera och samordna samhällets resurser, stärka den enskildes rätt och förstärka anknypningen till arbetsmarknaden*. Den beskrivs i sin helhet, med de steg som den innehåller. Beskrivningen följs av förslag på de förändringar som behövs för att det förstärkta aktivitetsstödet ska kunna träda i kraft, och varje förslag motiveras i särskilda avsnitt.

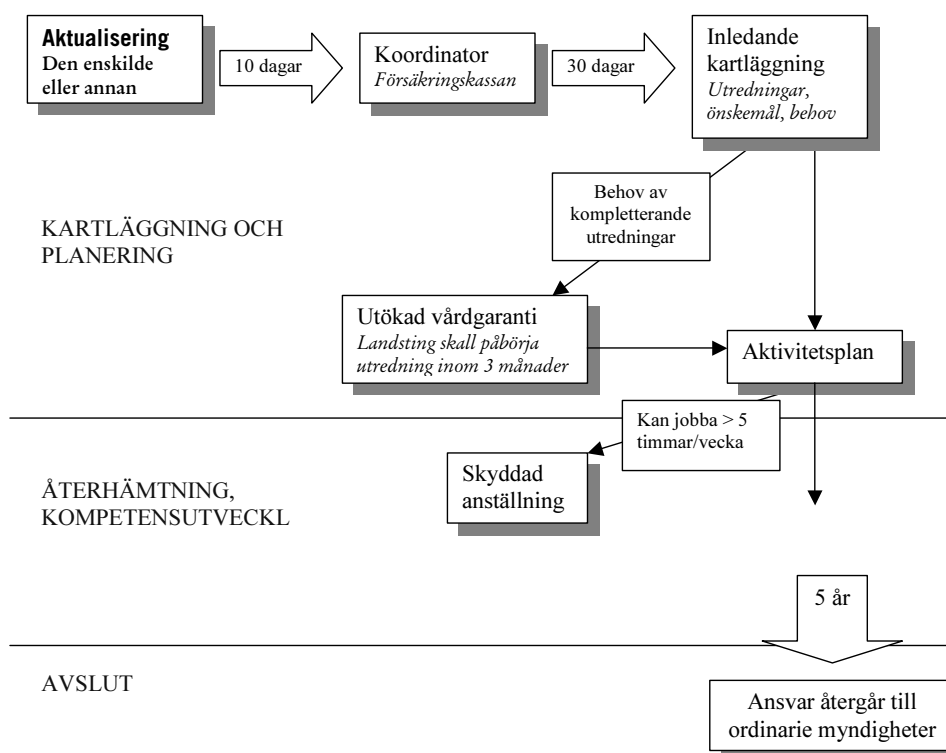
### 6.3 Modell för ett förstärkt aktivitetsstöd för yngre personer med psykiskt funktionshinder

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att en lag om förstärkt aktivitetsstöd för personer med psykiskt funktionshinder träder i kraft 2009.

I det följande beskriver Nationell psykiatrisamordning hur en modell för effektiv rehabilitering och sysselsättningsgaranti borde se ut. Processen regleras i en ny lagstiftning, lag om särskilt aktivitetsstöd för personer med psykiskt funktionshinder.

Modellen kan inledningsvis åskådliggöras på följande sätt:

**Figur 6.1** Modell för förstärkt aktivitetsstöd för personer med psykiskt funktionshinder



### 6.3.1 Målgrupp för särskilt aktivitetsstöd

Den nya lagen om särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder vänder sig till personer som *inte fyllt 30 år och har beviljats aktivitetsersättning på grund av psykisk ohälsa*. Insatserna tar sikte på personer som har omfattande psykiskt funktionshinder, och detta är vanligen fallet för unga personer som förtidspensionerats på grund av psykisk ohälsa. Unga med psykiskt funktionshinder har särskilt stora hinder för att återkomma i arbete eftersom de ofta saknar förankring på arbetsmarknaden. Samtidigt har gruppen svårt att få tillgång till daglig sysselsättning och effektiv rehabilitering, både inom ramen för arbetsmarknadsmyndighetens arbete och inom ramen för kommunernas utbud till personer med psykiskt funktionshinder (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005).

Valet av övre åldersgräns utgår från att gruppen, åtminstone i ett initialske, behöver begränsas. Under 2004 utgjorde gruppen personer med psykisk ohälsa som beviljats aktivitetsersättning en tredjedel av samtliga, en ökning med fem procentenheter sedan 2002. I de yngre grupperna utgör psykiskt sjuka en majoritet av alla nybeviljade sjuk-/aktivitetsersättningar.

**Tabell 6.1** Antal personer som beviljats sjuk-/aktivitetsersättning på grund av psykisk sjukdom under 2004 samt gruppens andel av dem som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning totalt.

	16–19 år	20–24 år	25–29 år
Antal	539	1 769	1 972
Andel av alla	73 %	77 %	61 %

*Källa:* Försäkringskassan, 2005.

Samtidigt utgör gruppen ett numerärt hanterligt antal, som bedöms vara rimligt i ett första steg i införandet av denna modell. Gruppen motsvarar dessutom den grupp som i dag har tillgång till aktivitetsstöd inom aktivitetsersättningen, och de förslag som här föreslås snarast är att betrakta som en förstärkt rätt till aktivitet och rehabilitering i kombination med en förbättrad metodik, snarare än en stor förändring för stora grupper i socialförsäkringen. Nationell psykiatrisamordning vill dock understryka att efter utvärdering och eventuella justeringar, bör modellen införas för hela gruppen personer med psykiskt funktionshinder senast 2012

då en första utvärdering enligt förslaget ska vara klar. Nationell psykiatrisamordnings förslag är att alla personer som beviljats aktivitetsersättning på grund av psykisk ohälsa som primär diagnos, på sikt kan beviljas insatsen särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder.

I det fall personen saknar möjligheter att vid aktualiserings-tillfället tillgodogöra sig insatsen, till exempel på grund av ett akut sjukdomstillstånd eller låg motivation kan man dock vänta med att initiera insatsen, som i dessa fall får komma i fråga vid ett senare tillfälle. Nationell psykiatrisamordning anser att personer med psykiskt funktionshinder (se avsnitt 6.6.4) ska kunna beviljas daglig verksamhet enligt LSS, och i det fall den enskilde beviljas detta bedömer Psykiatrisamordningen att den enskilde är garanterad sysselsättning på annat sätt, varför insatsen inte riktas till dessa personer.

### **6.3.2 Alla aktörer i stödsystemet har ett ansvar för att identifiera och aktualisera personer med psykiskt funktionshinder och som har behov av arbetsrehabilitering hos Försäkringskassan**

Personer med psykiskt funktionshinder får mindre insatser, och dessutom senare i processen. Detta kan ha flera skäl, och förutom en hög belastning hos Försäkringskassans handläggare och bristande kunskap om psykiskt funktionshinder finns det också skäl att anta att även andra aktörer i samhället som möter personer med psykiskt funktionshinder brister i att ta initiativ till en rehabiliteringsprocess.

För att vara säker på att en rehabiliteringsprocess initieras för enskilda personer med psykiskt funktionshinder måste alla myndighetsföreträdare anse sig ha uppdraget att identifiera personer i målgruppen med behov av arbetsrehabilitering. Enligt Nationell psykiatrisamordnings erfarenhet är det i dag ofta den enskilde själv, alternativt hans eller hennes läkare, som tar initiativ till att påbörja rehabiliteringsprocessen hos Försäkringskassan. I detta sammanhang är det viktigt att nämna att såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården, som ofta på ett eller annat sätt kommer i kontakt med personer med psykiskt funktionshinder, har ett stort ansvar som de i dag inte tar fullt ut. Annorlunda uttryckt kan också sägas att socialtjänsten och hälso- och sjukvården generellt måste bli bättre



på att tänka i termer av rehabilitering till arbete för personer med psykiskt funktionshinder. Avsikten med detta förtydligande av ansvar är att motverka att personer med psykiskt funktionshinder som kommit i kontakt med socialtjänsten eller psykiatrin, blir inlåsta i respektive huvudmans begränsade utbud av insatser. En annan avsikt är att stimulera handläggare och profession att i större utsträckning motivera och bistå den enskilde att aktiveras och rehabiliteras, något som i dag förefaller vara bristfälligt då exempelvis hälften av landets biståndshandläggare inte har ledningens uppdrag att bedöma hela den enskildes livssituation när han eller hon ansöker om exempelvis boendestöd (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005).

### 6.3.3 Inledande kartläggning

*Inom tio dagar från det att en person aktualiserats av annan myndighet eller på egen hand kontaktat Försäkringskassan, ska myndigheten utse en koordinator till den försäkrade i det fall personen kan antas tillhöra den beskrivna målgruppen. Nationell psykiatrisamordning föreslår att medel avsätts för att införa 300 koordinatörer hos Försäkringskassan under 2007. Koordinatorerna ska starta och driva rehabiliteringsprocessen, samt hålla kontakt med och stödja och motivera den enskilde. De koordinatörer som tillsätts ska ha särskilda kunskaper om rehabilitering och personer med psykiskt funktionshinder, samt kunskaper om den lokala arbetsmarknaden och samhällets olika sektorer, socialrätt, arbetsrätt och försäkringsjuridik. Förslaget om koordinatörer utvecklas nedan i avsnitt 6.4.1.*

*Inom 30 dagar efter att beslutet om särskilt aktivitetsstöd fattats ska koordinatören träffa den enskilde, och i förekommande fall, andra berörda myndigheter för en gemensam kartläggning. Inledningsvis gör koordinatören tillsammans med den försäkrade, och i förekommande fall aktualiserande myndighet och andra relevanta aktörer, en grundlig genomgång och kartläggning av den enskildes situation. I denna genomgång ingår exempelvis tidigare arbetshistoria, utbildning, social situation och liknande. Försäkringskassans instrument för detta, den så kallade SASSAM-utredningen, vara ett användbart verktyg. Det är också nödvändigt att göra en grundlig sammanställning av tidigare utredningar av ohälsa, resurser och arbetsförmåga, både i syfte att få en samlad bild av den enskildes behov och identifiera bristfälliga utredningar, och i syfte*

att undvika ”överutredning” av enskilda. Psykiatrisamordningens analys av hinder visar att det är vanligt att enskilda med psykiskt funktionshinder har bristfälliga utredningar, med primärt fokus på medicinska faktorer. Ett annat, motsatt, bekymmer är att andra har ett dussintal delvis överlappande utredningar, vilket måste ses både som kränkande för den enskilde och ett slöseri med resurser. Det är därför viktigt att göra en sammanställning av de relevanta utredningarna och deras resultat. Om nödvändiga utredningar saknas ska koordinatören tillsammans med den enskilde tillse att dessa kommer till stånd.

De utredningar som behövs för att kunna göra en adekvat planering kan vara medicinska och psykologiska utredningar, för att klargöra om det kan finnas sjukdomstillstånd som inte fått adekvat behandling. Det är också av stor vikt att klargöra om det finns exempelvis neuropsykiatriska problem eller speciella funktionsnedsättningar, exempelvis kognitiva, som behöver tas hänsyn till i valet av arbete och stödinsatser. Nationell psykiatrisamordning bedömer att detta är ett ansvar för hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Av detta skäl ska det *inte* ingå i koordinatörens uppdrag att köpa nödvändiga utredningar, däremot ska han eller hon bistå den enskilde i att se till att ansvarig huvudman, landstinget, bistår med en sådan. För att garantera den enskilde en sådan nödvändig utredning föreslår Nationell psykiatrisamordning att ansvarsgarantin för personer med psykiska sjukdomar utvidgas till att innehålla en garanti för att relevanta utredningar kommer till stånd. Utvidgningen av garantin utvecklas i avsnitt 6.5.1.

Under den tid som de eventuella kompletterande utredningarna pågår, vilket kan ta flera månader, är det önskvärt att den enskilde har en meningsfull sysselsättning. Det kan handla om studier på folkhögskolor, kurser eller strukturerad sysselsättning som bedrivs av kommunala eller andra aktörer. Det är viktigt att eventuella utredningar inte medför att den enskilde glöms bort och hänvisas till inaktivitet.

Även de sociala förutsättningarna ska kartläggas redan från början. Utredningen ska inkludera en analys av den enskildes behov av eventuellt stöd i hemmiljön, när det gäller kommunikationer och liknande för att öka möjligheterna för personen att klara ett arbete. Denna typ av utredning har socialtjänsten stor vana av, och om det finns en sådan ska den användas. I annat fall gör koordinatören en motsvarande utredning.

Att kartlägga på detta sätt kräver att Försäkringskassans koordinatörer både har egen kompetens, liksom ett långtgående samarbete med övriga aktörer som i dag också har denna kompetens.

#### 6.3.4 Gemensam planering – aktivitetsplan

Utifrån det som framkommer i kartläggningen och eventuella kompletterande utredningar ska en planering för återgång i arbete eller meningsfull sysselsättning göras – en *aktivitetsplan*. Planen ska innehålla alla åtgärder som ska vidtas, med en tydlig ansvarsfördelning som anger vilken aktör som har ansvar för vilken insats. Planen ska förvaltas av den enskilde, för att säkerställa hans eller hennes inflytande över planen, men också för att underlätta i kontakterna med olika aktörer. Planen måste också uppdateras vid behov, och koordinatören har det primära ansvaret för detta.

Det är av största vikt att alla personer och företrädare för myndigheter som är viktiga för den enskildes rehabiliteringsprocess finns med i planeringen. Det kan vara socialtjänsten, om den enskilde behöver hjälp och stöd i t.ex. boendet, komma upp på morgonen eller med att sköta sin hygien. Det kan vara psykiatripersonal som behöver anpassa medicindelning eller terapitillfällen för att behandlingen ska fungera för den enskilde. Arbetsförmedlingen bör vara med i olika skeden av processen för att diskutera möjligheten till skyddad anställning, eller andra arbetsmarknadspolitiska program som kan vara aktuella. Utöver detta kan det finnas närstående, arbetsgivare eller andra som är relevanta för rehabiliteringsprocessen. Sammanfattningsvis ska planeringen göras med den enskildes behov och önskemål i centrum, och med en samlad bild av resurser och behov av stöd.

#### 6.3.5 Insatser enligt lagen om särskilt aktivitetsstöd

Nästa steg i rehabiliteringsprocessen är att komma ut i aktivitet eller arbete. För att detta steg i den enskildes rehabilitering skall vara meningsfullt krävs att det finns ett utbud, och att hela det utbud som finns på orten eller inom resavstånd tas i beaktande.

## Avvägning mellan skyddad anställning och aktivitetsersättning

Om koordinatören tillsammans med den enskilde bedömer att han eller hon kan arbeta mer än 5–10 timmar per vecka ska Arbetsförmedlingen kontaktas för att diskutera möjligheterna till en skyddad anställning om den enskilde önskar detta. På så sätt undviks att enskilda hamnar i situationen att de bedöms kunna arbeta av Försäkringskassan, men inte tillåts skriva in sig på Arbetsförmedlingen eftersom de inte kan arbeta minst halvtid. Det är också en åtgärd som syftar till att återinföra arbetslinjen, och om möjligt överväga anställning före fortsatt bidragsberoende. Om en enskild erbjuds skyddad anställning ska också stödinsatser på arbetsplatsen och till arbetsgivaren övervägas, om den enskilde inte motsätter sig detta. Koordinatören ska samarbeta med de relevanta aktörerna för att se till att den enskilde erhåller allt nödvändigt stöd på arbetsplatsen. Detta stöd kan ges av Arbetsförmedlingen (SIUS-konsulenter) om det bara behövs under en kortare tid. Om behovet är långvarigt ska detta stöd kunna ges av någon annan aktör (landsting, kommun eller annan aktör, exempelvis privata aktörer) och ska då betraktas som en insats inom ramen för aktiviteter inom den särskilda aktivitetsstödet. Nationell psykiatrisamordnings bedömning är att alltför få personer med psykiskt funktionshinder får denna typ av anställning, varför 2 000 nya, öronmärkta OSA- och trygghetsanställningar föreslås. Detta förslag beskrivs i detalj i avsnitt 6.5.3. Även andra former av skyddade anställningar, som utvecklingsanställning och lönebidrag, ska kunna aktualiseras.

Det finns dock situationer där en person, tillsammans med koordinatören, inte bedömer sig kunna arbeta så mycket. En annan möjlighet är att personen visserligen bedöms kunna arbeta, men pga. osäkerhet om sin fortsatta kapacitet inte vågar riskera den tryggare inkomsten aktivitetsersättning, eller helt enkelt önskar en mjukare start. I dessa fall ska någon annan sysselsättning eller rehabilitering erbjudas.

## Daglig verksamhet enligt LSS ersätter särskilt aktivitetsstöd

Beroende på vad den enskilde klarar och vill kan olika delar av samhällsutbudet tas i anspråk. För personer som vid planeringstillfället har låg arbetskapacitet och stora funktionshinder ska insatsen *daglig verksamhet för funktionshindrade* enligt LSS komma

ifråga, se nedan avsnitt 6.6.4. Om en person väljer att ansöka om och beviljas daglig verksamhet enligt LSS avslutas koordinators insatser till honom eller henne, eftersom personen därmed fått en annan typ av sysselsättningsgaranti och behovet därför kan anses tillgodosett. Detta utesluter dock inte att personen kan bli aktuell för insatser igen i ett senare skede.

### Aktiviteter inom det särskilda aktivitetsstödet

Särskilt aktivitetsstöd kan utgå för daglig sysselsättning, arbetspraktik, studier samt dagverksamhet med rehabiliterande inslag. Det sistnämnda kan vara deltagande i fontänhusverksamhet, studiecirklar, sociala kooperativ eller någon brukarorganiserad verksamhet. Med studier avses avslutande av påbörjade studier på gymnasium eller högskola. Denna del av rehabiliteringsprocessen ska präglas av det som i utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, sammanfattas som *återhämtning och kompetensutveckling*. I utredningen beskrivs återhämtning som olika former av träning och aktiviteter för att individen ska återvinna funktioner, självförtroende och motivation, medan kompetensutveckling utgörs av nya insikter, kunskaper och förmågor. Aktivitetsstödet ska *inte* kunna utgå för vård och behandling, då detta enligt Nationell psykiatrisamordnings bedömning helt och hållet är hälso- och sjukvårdens ansvar. Om sjukvårdshuvudmannen bedömer att en enskild behöver viss vård eller behandling ska den erbjudas inom ramen för huvudmannens verksamhet. Om sjukvårdshuvudmannen bedömer att en person *inte* är i behov av insatser finns det inga skäl för en annan myndighet att finansiera sådana. Ett exempel på detta kan vara att en enskild upplever sig ha behov av viss samtalsterapi. Om en läkare gjort bedömningen att en sådan inte behöver erbjudas måste utgångspunkten vara att denna bedömning sker i enlighet med kunskap och beprövad erfarenhet, och därför är det inte försvarbart att en annan del av det sociala stödsystemet betalar för den. Om den enskilde och koordinatören anser att läkarens bedömning är felaktig kan den enskilde ta i anspråk de metoder som finns tillgängliga för alla som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården – krav på en s.k. ”second opinion” eller klaga hos verksamhetschefen eller patientnämnden. Nationell psykiatrisamordning anser dock inte att försäkringskassan ska ges möjlighet att bevilja finansiering för en enskild

behandling eftersom de i allmänhet kommer att ha för liten medicinsk kompetens för att bedöma värdet av insatsen. Risken för att samhällets medel används på ett ineffektivt sätt blir då överhängande. Inte heller ska de kunna köpa något annat stöd, exempelvis boendestöd, eftersom detta är socialtjänstens uppdrag.

Koordinatorerna ska ytterst avgöra om verksamheten är lämplig för den enskilde personen. Individerna ska stå i centrum för bedömningen varför generella kriterier för vad verksamheter ska erbjuda inte kan eller bör sättas upp. Erfarenheter visar att alltför stark styrning mot ett på förhand angivet innehåll skapar en tröghet och omöjliggör den flexibilitet som är en förutsättning för att individuella behov ska kunna tillgodoses. Emellertid ska koordinatörerna löpande följa upp och tillse att de verksamheter som används håller en hög kvalitet i relation till den enskildes behov.

### **Koordinatorernas roll**

Koordinatorerna har en samordnande och utåtriktad roll där han eller hon tillsammans med den enskilde ska hitta en verksamhet som båda två bedömer som meningsfull och ändamålsenlig. Stödet i detta fall innebär att koordinatörerna dels måste skapa sig en uppfattning om möjliga platser för aktivering och rehabilitering, dels följa med på studiebesök och uppföljning när insatsen kommit igång, i syfte att kontrollera att valet av aktivitet är relevant och utvecklande. När insatsen påbörjats följs den upp med utgångspunkt i aktivitetsplanen, som vid behov ska uppdateras med samtliga aktörers insatser. Om en aktör brister i sina insatser trots en överenskommelse har koordinatörerna ett långtgående ansvar för att bistå den enskilde eller med fullmakt från den enskilde driva hans eller hennes rättigheter i förhållande till den felande myndigheten eller verksamheten. Koordinatorerna kvarstår som sammanhållande funktion minst fem år efter det att insatsen påbörjats. Sannolikt kommer behovet av stöd till den enskilde personen att minska betydligt när insatsen kommit igång, men det är ändå viktigt att koordinatörerna även fortsättningsvis finns tillgängliga om det blir aktuellt med en ny eller kompletterande planering, eller om andra insatser blir nödvändiga för en optimal utveckling för den enskilde.

### 6.3.6 Avslut av koordinatören

Det är angeläget att det blir ett visst utflöde från insatsen. I första hand eftersträvas ett avslut som innebär att den enskilde genom insatserna har möjlighet att komma ut i studier eller arbete, reguljärt eller skyddat. En person kan ha tillgång till koordinatören i högst fem år. Tidsgränsen utgår ifrån en rimlig tid för att komma igång i aktivitet och i bästa fall avsluta en rehabiliteringsprocess och få eller återfå ett arbete. Oavsett var i processen en person befinner sig efter dessa fem år, är det sannolikt att han eller hon har kommit en god bit på väg mot arbete eller meningsfull sysselsättning. Vidare är det troligt att den enskilde har ett någorlunda stabilt nätverk av aktörer omkring sig, och därför är det rimligt och möjligt att han eller hon fortsätter sin rehabilitering inom de ordinarie strukturerna.

I avslutsfasen har koordinatören ansvar för att planera för framtida rehabilitering med den enskilde och de berörda aktörerna, på ett liknande sätt som i den inledande aktivitetsplaneringen. Koordinatören ska se till att relevanta rehabiliterings- och sysselsättningsinsatser som de olika huvudmännen ansvarar för fortgår även efter avslutet. Dessutom ska koordinatören, med samtycke från den enskilde informera den handläggare på Försäkringskassan som tar över ärendet.

## 6.4 Förstärkt roll för Försäkringskassan kräver förstärkta möjligheter

För att effektivisera och öka graden av samordning i processen förslås Försäkringskassan, som framgår av det förra stycket, få en mer aktiv roll i att tillse att processen hålls samman. I någon mening finns processen så här långt reglerad i lag (1962:381) om allmän försäkring, men Nationell psykiatrisamordnings bedömning är att utförandet i realiteten har många brister vilket Nationell psykiatrisamordnings analys av hinder i rehabiliteringsprocessen också visar. Viktiga hinder för Försäkringskassans möjlighet att på ett starkt och tydligt sätt driva och samordna en process är brist på kunskap och tid hos handläggaren, i kombination med svaga mandat att skapa en samordnad process.

Av detta skäl föreslår Psykiatrisamordningen att Försäkringskassans möjligheter att ta detta ansvar förstärks på två sätt. Det

första är att öka och specialisera kompetensen och förbättra metodiken i arbetet genom 300 nya tjänster, kallade *koordinatorer*. Det andra är att Försäkringskassan ges laglig rätt och resurser att under *tre år besluta om och finansiera särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder*.

#### 6.4.1 Särskilda rehabiliteringskoordinatorer på Försäkringskassan

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att en funktion med särskilda koordinatorer för personer som lider av psykisk ohälsa införs hos Försäkringskassan från den 1 januari 2009. Syftet med funktionen är att människor med psykisk ohälsa ges möjlighet att få ett särskilt stöd från en samordnare med särskild kompetens på området.

#### Skäl för förslaget

Motsvarande förslag har funnits i tidigare utredningar, bland annat i Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, men förslaget genomfördes aldrig. Nationell psykiatrisamordning bedömer dock att personer med psykiskt funktionshinder har ett särskilt behov av detta eftersom många har kognitiva funktionshinder, vilket innebär en svårighet att planera, samordna och utvärdera komplexa sammanhang. Av detta skäl krävs särskilda insatser för att eliminera handikapp som kan uppstå i mötet med dagens splittrade rehabiliteringssystem.

En sådan funktion hos Försäkringskassan skulle dock kunna tolkas som att myndighetens handläggare specialiseras på olika typer av funktionshinder. Eftersom detta skulle vara en avgörande förändring av Försäkringskassans arbete kan det också vara en komplikation. Försäkringskassan (dåvarande RFV) har dock själv föreslagit en ökad specialisering av en grupp handläggare för att på ett ändamålsenligt sätt kunna möta behoven från personer med psykiskt funktionshinder, med de delvis annorlunda behov som gruppen har.

Mot bakgrund av detta anser Nationell psykiatrisamordning att en koordinatorsfunktion för personer med psykiskt funktionshinder skulle kunna fungera som en viktig kunskapsgenerering för



Försäkringskassan när det gäller generell specialisering av handläggarrollen i syfte att på ett adekvat sätt.

Den förändring av delar av Försäkringskassans arbete som Nationell psykiatrisamordning föreslår skulle kunna medföra organisatoriska komplikationer. Gruppen personer under 30 år som nybeviljas aktivitetssättning är dock till antalet hanterlig grupp – under 2004 nybeviljades aktivitetssättning på grund av psykisk ohälsa till 2 474 kvinnor och 1 796 män, totalt 4 270 personer. Trots att de inte är fler innebär gruppen en framtida kostnad för staten på 16 miljarder kronor (Nationell psykiatrisamordning, 2006:1). En viktig anledning är alltså att gruppen är begränsad i antal men extremt kostsam, vilket också är ett argument för att utöva ett riktat arbete mot just dem. Vidare finns i funktionen personligt ombud en organisatorisk modell som kan användas som utgångspunkt för den organisatoriska förändringen. Funktionen kan också ses som en utveckling av den befintliga funktionen aktivitetssamordnare.

Nationell psykiatrisamordning ser införandet av personliga ombud som en förebild för införandet av koordinatörer. Personliga ombud är en funktion som lotsar enskilda i komplexa myndighets-system, och utvärderingar som gjorts pekar mot att personerna är nöjda och att samhällets resurser utnyttjas bättre. Nationell psykiatrisamordning ser metodiken för koordinatörerna som personliga ombud i rehabiliteringssystemet.

### Utformning av koordinatörernas uppdrag

Nationell psykiatrisamordning föreslår att 300 koordinatörstjänster inrättas hos Försäkringskassan, jämnt fördelat efter behov över landet, med rekryteringsstart den 1 juli 2007. Inrättandet av tjänsterna ska ses som en avlastning på den övriga organisationen eftersom gruppen som koordinatörerna ska serva redan finns i systemen. Koordinatorstjänsterna ska ses som en helt ny funktion inom Försäkringskassan. Den ökade kostnaden bör enligt Psykiatrisamordningen kompenseras av en avlastning i övrig organisation samt minskade kostnader för sjuk- och aktivitetssättning.

I Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen beskrivs koordinatörn som en resursperson hos Försäkringskassan med följande ord:

[...] god förmåga att självständigt driva rehabiliteringsprocessen med respekt för individens rättigheter och integritet, gärna med erfarenhet från olika delar av arbetslivet. Kunskaper om den lokala arbetsmarknaden och samhällets olika sektorer är en god grund. Vidare förutsätts kunskaper om rehabiliterings- som försäkringsmedicin, allmän kännedom om socialrätt, arbetsrätt och försäkringsjuridik. (S 1999:08, s. 169)

Nationell psykiatrisamordning ansluter sig i allt väsentligt till denna beskrivning av kompetensen hos de koordinatörer som ska tillsättas. En koordinator ska ha ett utåtriktat uppdrag och samordna den enskildes rehabilitering utifrån hans eller hennes motivation, och i detta arbete använda alla rehabiliterande verksamheter som erbjuds av samhället. Antalet ärenden för varje koordinator bör begränsas till 40, en siffra som bygger på erfarenheter från det fåtal handläggare på olika försäkringskassor som i dag tillhandhåller en liknande service.

Koordinatorerna driver och samordnar rehabiliteringsprocessen för de personer som ingår i målgruppen. Detta innebär att koordinatören ansvarar för att den enskilde personens förmågor och behov utreds, alternativt samlar de utredningar som redan finns. Tillsammans med den enskilde upprättas en plan för rehabiliteringsprocessen med utgångspunkt i hans eller hennes behov, förutsättningar och önskemål. Tonvikten i koordinatörernas arbete ligger som framgår på det samordnande uppdraget, och därför är det angeläget att administration och utbetalningar av aktivitetsersättning och liknande ligger kvar i det ordinarie systemet, och alltså inte handhas av koordinatören.

Målsättningen med koordinatörens arbete tillsammans med den enskilde ska vara *arbete*, vilket Nationell psykiatrisamordning betraktar som ett återupprättande av arbetslinjen. Detta implicerar dock inte tidsgränser och fördefinierade krav, utan för att processen ska ha stöd i forskningen krävs att rehabiliteringen får ta den tid den tar – ibland kan koordinatörens uppdrag vara början på en flerårig process, icke desto mindre ska det uttalade målet vara arbete. De insatser som är anpassade för gruppen kommer enligt Nationell psykiatrisamordning bedömning att innebära att antalet som får eller återgår i arbete kommer att öka. Om den enskilde får ett arbete eller går in i ordinarie studier avslutas insatsen gradvis. Återigen är det angeläget att påpeka att detta kan ske efter en månad, ett år eller tio år, något som i huvudsak avgörs av den enskildes hälsa och motivation, samhällets utbud av relevanta

insatser och koordinators arbete. Om den enskilde inte uppnått avslut inom fem år avslutas insatsen, eftersom personen efter denna tid kan anses ha fått en god start på sin rehabilitering som sedan får fortsätta inom det ordinarie systemet.

Koordinatorstjänsterna bör vara permanenta, men 2011 bör en utvärdering av samma typ som utvärderingen av personliga ombud göras, för att förändra och förbättra innehåll och utformning. Då bör också omfattningen av antalet tjänster ses över. I en fullt fungerande verksamhet torde de 300 koordinatörerna tillsammans kunna handlägga 12 000 ärenden. Om antalet nya sjuk-/aktivitetsersättningar inte förändras på något avgörande sätt bör det bli aktuellt med 4 000–4 500 nya personer per år. I vilken utsträckning dessa kan sväljas inom systemet är avhängigt av hur många som lämnar systemet, det vill säga hur många som får eller återgår i någon typ av arbete. Det finns i dag ingen rimlig möjlighet att spekulera i detta, eftersom det inte funnits något system med kompetent och intensiv coachning där samhällets rehabiliteringsresurser utnyttjas optimalt i den svenska kontexten. I dag är det bara cirka en procent av *alla* som beviljats sjuk-/aktivitetsersättning som återgår i arbete, enligt Riksrevisionen (Riksrevisionen, 2005), men Nationell psykiatrisamordnings bedömning är att denna insats tillsammans med övriga förslag bör leda till att en väsentligt högre andel får eller återgår i arbete. En viktig faktor är dock utvecklingen på arbetsmarknaden.

### Huvudmannskapet

Nationell psykiatrisamordnings bedömning är, i likhet med Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen, att dessa tjänster bör förläggas hos Försäkringskassan. Anledningen är att Försäkringskassan i dag har det samordnande ansvaret, och tjänster som redan finns på myndigheten har delar av det uppdrag som koordinatörerna skulle få.

Ett motargument är att Försäkringskassan har ett sjukperspektiv som skulle kunna motverka en tydlig arbetslinje. Detta skulle tala för att uppgiften snarare hör hemma hos Arbetsmarknadsmyndigheten, som också har ett visst rehabiliteringsansvar för personer som saknar anställning och är sjukskrivna. Nationell psykiatrisamordning ansluter sig emellertid till tidigare utredningars förslag om att Försäkringskassan är att föredra, delvis för att ansvaret för

rehabilitering till sjukskrivna har en svag förankring inom AMS, och dels för att Försäkringskassan har det ekonomiska incitamentet att bistå de försäkrade med att återgå i arbete.

En annan möjlig huvudman skulle kunna vara kommunen, men Nationell psykiatrisamordning bedömer att detta skulle motverka eller försena utvecklingen av arbetslinjen som bärande princip i arbetet. Vidare är socialtjänsten en viktig producent av rehabiliterande verksamheter, något som bör beaktas när den samordnande rollen diskuteras.

Även hälso- och sjukvårdshuvudmannen skulle kunna ha denna roll, men Nationell psykiatrisamordning bedömer att risken är alltför hög för att sjukperspektivet skulle få för stort utrymme på bekostnad av arbetslinjen. När det gäller psykiatrisk rehabilitering visar Nationell psykiatrisamordnings studier att definitionen av hälso- och sjukvårdens rehabiliterande uppdrag varierar högst väsentligt mellan olika regioner och olika kliniker, varför Nationell psykiatrisamordning anser att det skulle vara vanskligt att anförtro detta uppdrag åt aktörer med så skilda förutsättningar.

Ytterligare en orsak till att uppdraget ska ligga hos Försäkringskassan är att den redan i dag har ett uppdrag att samordna rehabilitering, samt att den själv inte erbjuder någon rehabiliterande verksamhet. Detta motverkar risken för att styra valet av vilka insatser som ska erbjudas den enskilde. Den konstruktion som här föreslås ska främst ses som en förstärkning av det arbete som Försäkringskassan redan har när det gäller aktivitetsersättningen, varför det är naturligt att även denna funktion finns hos Försäkringskassan.

Det är dock av yttersta vikt att koordinatörerna får en fristående roll i Försäkringskassans organisation, på samma sätt som personliga ombud har inom kommunerna.

## Utvärdering

Nationell psykiatrisamordning föreslår att Statskontoret får i uppdrag att följa och utvärdera satsningen med avseende på:

- Resultat i form av återgång till arbete.
- Resultat i form av tillgång till meningsfull sysselsättning.
- De försäkrades upplevelse av värdet av insatsen.
- Koordinatorernas ställning inom Försäkringskassan med avseende på självständighet och samverkan.

- Koordinatorernas möjligheter att fullgöra sitt uppdrag, inom sin organisation och i relation till andra myndigheter.
- Koordinatorernas erfarenheter av komplikationer i de befintliga organisatoriska strukturerna och regelverken.
- Om målgruppen bör utvidgas efter 2011.
- Om koordinatorerna bör förstärkas med ytterligare tjänster.

Statskontoret föreslås få uppdraget i samband med att koordinatorernas tjänster inrättas och rekryteringen påbörjas, och uppdraget i första hand avser perioden fram till 2011 då de ovanstående områdena ska avrapporteras till regeringen. Därefter kan det finnas skäl att fortsätta uppdraget, men detta avgörs utifrån resultaten av den inledande utvärderingen.

#### 6.4.2 Medel för att bevilja särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att Försäkringskassan inom anslag 19:1 reserverar 100 miljoner kronor årligen mellan 2009 och 2012, för att möjliggöra beviljande och finansiering av särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder. Försäkringskassan bedömer den enskildes behov av rehabiliteringsinsatser och beviljar insatser enligt lagen om särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder.

#### Skäl för förslaget

Nationell psykiatrisamordning föreslår att Försäkringskassan under de tre första åren av den enskildes rehabilitering, det vill säga under tre år från det att han eller hon beviljas särskilt aktivitetsstöd, finansierar de insatser som den enskilde erhåller jämlikt den nya lagen om särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder.

För att stärka den enskildes rätt till kraftfulla, samordnade insatser föreslås att Försäkringskassans ska reservera medel att betala nödvändiga insatser med, om ingen annan myndighet har ett tydligt och formulerat ansvar.

## Bedömning av behov

Med utgångspunkt i den enskildes behov, förutsättningar och önskemål görs en planering och bedömning av hans eller hennes behov av sysselsättnings- och rehabiliteringsinsatser. Koordinatorn ska bedöma antalet timmar per vecka den enskilde ska beviljas sysselsättning, och fatta beslut om hans eller hennes behov. I samband med att den enskilde beviljats ett givet antal timmar har Försäkringskassan ansvar för att betala utförandet av dessa enligt en nationell schablon. Medlen som följer av beslutet, *aktivitetsschablonen*, är ett statligt bidrag som syftar till att täcka kostnaderna för den enskildes inledande rehabilitering. Aktivitetsschablonen betalas ut månadsvis till en eller flera utförare, och koordinatorn och den enskilde avgör tillsammans vilken utförare som är lämplig.

Nationell psykiatrisamordning föreslår att en plats i rehabilitering under en månad motsvarar en kostnad på 8 000 kronor, och den summan ska stå till den enskilde personens förfogande. Medlen kan användas till att betala rehabiliteringsplatser eller insatser som erbjuds av kommunala aktörer, stiftelser, ekonomiska eller ideella föreningar eller privata aktörer. Uträkningen grundar sig på en kartläggning av vad rehabiliteringsplatser kostar hos olika aktörer, både offentliga och ekonomiska eller ideella föreningar, eller privata aktörer. Nationell psykiatrisamordning föreslår att den fastställda månadschablonen revideras av Försäkringskassan varje år. I samband med detta ska Sveriges Kommuner och Landsting höras (jfr § 5 förordningen (1993:1091) om assistansersättning).

Detta innebär att en person som beviljas 20 timmar kan använda verksamheter upp till en kostnad av 4 000 kronor per månad, en person som beviljas 10 timmar kan använda 2 000 kronor per månad osv. Storleken på schablonen ska dock beviljas årsvis, eftersom en effektiv rehabiliteringsinsats som arbete med bistånd (supported employment) innebär omfattande personalstöd inledningsvis och mindre allteftersom den enskilde utvecklas. Sålunda innebär en heltidsrehabilitering under ett år att Försäkringskassan beviljar maximalt 96 000 kronor på ett år.

## Val av utförare

I nästa steg bedöms, i nära samverkan med den enskilde, vilken verksamhet han eller hon har behov av, alltså vilken utförare som ska stå för rehabiliteringsinsatserna. Den beslutade aktivitetschablonen betalas ut till den utförare som koordinatören och den enskilde väljer, med utgångspunkt i hur väl utföraren kan tillgodose behoven av rehabilitering och sysselsättning som den enskilde har. Koordinatören har ansvaret för att tillse att kvaliteten i verksamheten är hög och individuellt anpassad.

Försäkringskassan kan betala för platser i verksamheter, både kommunala och verksamheter i annan regi såsom stiftelse, ekonomisk eller ideell förening (t.ex. kooperativ eller brukarorganiserad verksamhet) eller privat regi. Vidare kan Försäkringskassan, om koordinatören bedömer att detta är möjligt, finansiera ett stöd på arbetsplatsen som ovan beskrivits, eller stöd för att avsluta exempelvis en påbörjad gymnasieutbildning på en folkhögskola. I varje fall skall övervägas huruvida annan huvudman har ett ansvar.

När beslut om utförare är fattat utgår betalning till denna månadsvis i efterskott. Utbetalningarna får maximalt vara 8 000 kronor per månad, det vill säga ingen särskild beräkning görs för ett tätare stöd i inledningen.

För att kvalitetssäkra utförandet gör utföraren och den enskilde inledningsvis en planering. Det är i detta sammanhang angeläget att understryka vikten av att planeringen och målsättningarna utgår från den enskilde. Syftet är att genomföra en långsiktig planering för att den enskildes behov av rehabilitering ska kunna tillgodoses, och planeringen ska vara realistisk och inte utgå från olika tidsbegränsningar.

## Utförarens ansvar

Utföraren åtar sig att följa den planering som gjorts och berätta för koordinatören om eventuella avvikelser i planeringen. Om det längre fram visar sig att den enskilde behöver mer, mindre eller andra insatser ska utföraren diskutera detta med koordinatören. Han eller hon ska följa upp, dokumentera och bedöma insatsen som ges. På detta sätt får Försäkringskassan, genom koordinatörerna, ansvar för tillsyn och uppföljningar.

### **Avslutning av påbörjade studier**

Om en enskild har påbörjat men inte avslutat en utbildning på grundskole-, gymnasieskole- eller högskolenivå ska det vara möjligt för honom eller henne att avsluta denna inom ramen för särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder. Aktivitetsstödet kan i dessa fall användas till personligt stöd vid studier.

### **Omkostnader**

Försäkringskassan har också möjlighet att betala för omkostnader för den enskilde, exempelvis kostnader för resor och fördyrade omständigheter som uppstår i samband med aktiviteten. Dessa omkostnader, exempelvis resor, ersätts inom ramen för aktivitetsstödet.

### **Skillnad mellan särskilt aktivitetsstöd och ersättning för aktiviteter inom aktivitetsersättningen**

Finansieringsmöjligheten fungerar som en garanti för den enskilde att erhålla en lämplig rehabilitering. De aktiviteter som Försäkringskassan betalar för ska vara rehabiliterande, och rehabiliteringen ska göras med arbete och aktivitet som mål, på kort eller lång sikt. I särskilt aktivitetsstöd till yngre personer med psykiskt funktionshinder finns alltså en mer långtgående strävan mot återgång i arbete än i exempelvis aktivitetsersättningen, där det finns en bortre gräns för Försäkringskassans finansiella ansvar. Insatser som exempelvis betalning för ett simkort eller träningskort, vilka i dag är vanliga insatser inom aktivitetsersättningen, ska i fortsättningen ses som stöd för att delta i fritidsaktiviteter, vilket inte är ett syfte med särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder. Ett skäl till detta är att fritidsaktiviteter för personer med psykiskt funktionshinder är ett vanligt, kostnadsfritt inslag i såväl aktivitetsersättningen som hos socialtjänsten och inom hälso- och sjukvården, och Nationell psykiatrisamordning bedömer att det inte är nödvändigt med mer av denna insats. Målsättningen för aktiviteter enligt särskilt aktivitetsstöd ska vara arbete.

Det är inte alldeles lätt att dra en skiljelinje mellan fritidsaktiverande insatser och arbetsinriktade, men en viktig särskiljande



princip torde vara graden av åtagande som verksamheten innebär för den enskilde. Exempelvis innebär inte ett gymkort att den enskilde är väntad eller förväntas utföra något. För att en sysselsättning ska anses vara rehabiliterande krävs att den enskildes närvaro är väntad och i någon mening nödvändig för verksamheten, att den enskilde efterfrågas om han eller hon inte dyker upp, samt att varje arbetsdag har en planering av vad som ska utföras eller åstadkommas. Detta gäller i de flesta sysselsättningsverksamheter i kommunal regi, fontänhus, sociala kooperativ och vid studier och liknande. Det kan emellertid inte sägas vara fallet vid träfflokaler eller öppna verksamheter och allaktivitetshus. Därmed inte sagt att den enskilde personen *ska* arbeta enligt givna förväntningar för att kunna beviljas eller fortsätta i verksamheten. När Försäkringskassans koordinatörer fattar beslut om att finansiera en plats i en verksamhet utgår de däremot från principen att verksamheten i någon mening beror av deltagarna för att nå sina mål, och att personen har mål att nå upp till inom verksamheten.

Om en person inte har förmåga att få ett skyddat eller reguljärt arbete efter tre år är det socialtjänsten och hälso- och sjukvården som övertar ansvaret för att erbjuda den enskilde meningsfull sysselsättning och rehabilitering, alltså som förhållandet är i dag. Den enskilde får dock behålla sin koordinator i totalt fem år – alltså två år mer än särskilt aktivitetsstöd utgår – vilket skall kunna utgöra ett stöd för den enskilde i den fortsatta rehabiliteringen.

## **6.5 Förslag till förändringar för att möjliggöra och underlätta genomförandet av särskilt aktivitetsstöd till yngre personer med psykiskt funktionshinder**

I detta avsnitt redovisas de förslag som Nationell psykiatrisamordning anser vara nödvändiga för att utveckla särskilt aktivitetsstöd till yngre personer med psykiskt funktionshinder. En del av dessa förslag berör även personer som inte ingår i den definierade personkretsen. I avsnitt 6.6 redovisas ytterligare förslag till förändringar som inte direkt berör genomförandet av modellen, men som Nationell psykiatrisamordning ändå anser vara nödvändiga för att förbättra rehabiliteringen för hela gruppen personer med psykiskt funktionshinder.

### 6.5.1 Vårdgarantin utvidgas till att omfatta relevanta utredningar

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att vårdgarantin utvidgas till att även omfatta relevanta utredningar av psykiska sjukdomar och störningar.

#### Skäl för förslaget

Om det särskilda aktivitetsstödet ska få avsedd effekt, det vill säga att möjliggöra en tidig identifiering av personer med behov av rehabilitering, krävs att dessa personer får sina behov utredda. I det fall en enskild aktualiseras för särskilt aktivitetsstöd men inte har fått sitt sjukdomstillstånd, sina funktioner och behov av rehabilitering utredda ordentligt är det risk för att rehabiliteringsprocessen stannar upp, och det särskilda aktivitetsstödet omintetgörs.

Nationell psykiatrisamordning har också återkommande fått signaler om att såväl Försäkringskassans handläggare som vårdpersonal uppfattar att personer de arbetar med är bristfälligt utredda, trots att de beviljas aktivitetsersättning.

Av detta skäl föreslår Nationell psykiatrisamordning att vårdgarantin utökas till att även omfatta utredning av sjukdom och funktion för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder som beviljats särskilt aktivitetsstöd.

#### Utformning av garantin

En ny överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en utvidgad nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på en förbättrad tillgänglighet trädde i kraft den 1 november 2005. I samband med detta garanteras patienter att erbjudas behandling inom 90 dagar efter det att beslut om vård har fattats. Vårdgarantin omfattar endast planerad vård, inte akut vård.

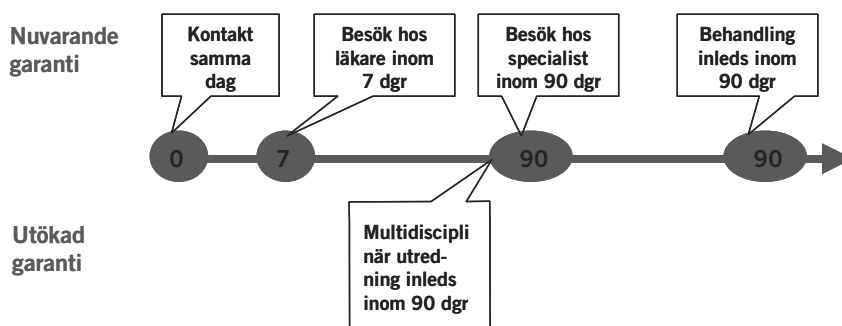
Vårdgarantin omfattar i dag två delar:

- en besöksgaranti som innebär att alla ska få kontakt med vårdcentralen samma dag som han eller hon söker. Patienten ska vid behov få träffa läkare inom en vecka.
- behövs det därutöver besök hos en specialist ska ett sådant komma till stånd inom tre månader. Om specialisten bedömer

att behandling behövs, ska patienten få sin planerade behandling påbörjad inom tre månader.

För att komplettera den nuvarande vårdgarantin, och i syfte att kraftfullt förbättra förutsättningarna för personer med psykiskt funktionshinder som beviljats särskilt aktivitetsstöd, föreslår Nationell psykiatrisamordning att vårdgarantin utvidgas. Garantin ska möjliggöra att en person som beviljats särskilt aktivitetsstöd skall erbjudas en multidisciplinär utredning av sjukdom och behov inom 90 dagar från det att en läkare fattat beslut att sådant behövs. Denna konstruktion är analog med nuvarande omfattning av garantin, men utöver att den enskilde garanteras vård eller behandling senast 90 dagar efter att beslut om sådan fattats, möjliggörs på detta sätt att den enskilde på samma sätt erbjuds utredning av sitt tillstånd och sina behov.

**Figur 6.2** Modell för utökad vårdgaranti för personer med psykiska funktionshinder



### 6.5.2 Förstärkt utbud genom ökade möjligheter för drift av alternativ och kompletterande sysselsättningsverksamhet

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår former för ett långsiktigt ekonomiskt stöd till fontänhus och till brukarorganisationernas verksamheter. Detta sker genom att 40 miljoner kronor årligen överförs från AMS och Försäkringskassans budget till Socialstyrelsen. I sin budget får Socialstyrelsen då en post om 40 miljoner kronor där kommuner kan rekvirera halva kostnaden för driften av fontänhus och brukarorganiserad verksamhet. Förutsättningen är att de, ensamma eller tillsammans med landstinget, står för resterande kostnader.

#### Skäl för förslaget

Nationell psykiatrisamordning har genomfört en deskriptiv studie av rehabiliterande komponenter i fontänhus, sociala kooperativ och brukarorganiserad verksamhet. Studien ger vid handen att de nämnda verksamheterna har flera viktiga rehabiliterande komponenter, framförallt eftersom deltagarnas delaktighet och påverkansmöjligheter är betydande. Nationell psykiatrisamordnings kontakter med verksamheterna och deltagarna har också visat ett stort engagemang, och många deltagare som valt att delta i dessa verksamheter säger att fördelarna delvis ligger i deras relativt fristående ställning och annorlunda driftsformer.

Nationell psykiatrisamordning anser att ett stärkt utbud av sysselsättningsverksamheter med rehabiliterande inslag är nödvändigt för att på ett bättre sätt motsvara användarnas behov. Det finns också skäl att stimulera uppbyggnad och drift av verksamheter med hög grad av brukarstyrning.

I dag finansieras dessa verksamheter i allmänhet av kommunen. Det finns tio fontänhus i landet, och finansieringen av dessa varierar starkt. Vissa hus får bidrag av kommun och landsting, andra av kommun och försäkringskassa och ytterligare andra uteslutande av kommunen. Ett skäl till de varierande finansieringsformerna är att framförallt försäkringskassor och landsting gör olika bedömningar av de legala möjligheterna att ge bidrag. Vissa försäkringskassor bedömer att de kan lämna bidrag i form av klumpsummor medan andra bara anser sig ha möjlighet att köpa rehabiliteringsplatser.

Den stora osäkerhet som råder innebär att kommunen i de allra flesta fall blir den huvudsakliga och mest långsiktiga finansiären. Nationell psykiatrisamordnings bedömning är dock att detta inte är helt rimligt, eftersom fontänhusen servar såväl Försäkringskassans som Arbetsförmedlingens och psykiatrins målgrupper. Verksamheten nekar ingen som vill vara där att komma dit, och det finns alltså flera deltagare som inte har kontakt med kommunen, men med andra myndigheter. Nationell psykiatrisamordning anser därför att både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bör ta ett ekonomiskt ansvar för verksamheten som på längre eller kortare sikt bidrar till rehabilitering för enskilda.

Samma förhållande råder för brukarorganiserade verksamheter i exempelvis RSMH: s, Schizofreniföreningarnas eller andra organisationers regi, vars omfattning dock är oklar då dessa ofta är av mer tillfällig karaktär. Däremot finns många exempel på brukarorganiserade verksamheter som drivs med finansiellt stöd av kommunen. Även dessa har deltagare som inte har kontakt med kommunen för sina behov i övrigt, utan kanske bara med psykiatri och försäkringskassa.

Sammanfattningsvis är erfarenheten att kommunerna i dag tar ett förhållandevis ensamt finansiellt ansvar för dessa verksamheter med alternativ driftsform som måste anses tillföra utbudet av rehabilitering för enskilda en väsentlig dimension. Detta får två konsekvenser. Den ena är att det är svårt för verksamheterna att erhålla medel från kommunerna, dels för att dessa inte tycker att det är helt och hållet deras ansvar, och dels för att sysselsättningsverksamheter i dag är lågt prioriterade i många kommuner. Den andra effekten är att det finns stora risker för inlåsningseffekter för deltagarna, eftersom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen betraktar detta som verksamheter långt ifrån arbetsmarknaden, vilket inte alltid är fallet.

Nationell psykiatrisamordnings utgångspunkt är att dessa verksamheter utgör ett viktigt komplement till kommunernas och övriga samhällets utbud, samt att verksamheterna med sin tydliga betoning på brukarinflytande och öppenhet på många sätt är föregångare inom rehabiliteringsfältet för personer med psykiskt funktionshinder. I syfte att förenkla och öka möjligheterna för att starta och driva alternativa och kompletterande verksamheter föreslår därför Nationell psykiatrisamordning att Arbetsmarknadsverket och Försäkringskassan delar ansvaret för finansieringen av verksamheterna. Detta kan dock inte genomföras lokalt med den

aktuella lagstiftningen, och därför bedömer Nationell psykiatrisamordnings bedömning är att den mest framkomliga vägen är att resurser allokeras från Arbetsmarknadsverkets respektive Försäkringskassans budget till Socialstyrelsen. Myndigheten kommer då att förvalta 40 miljoner kronor, och därifrån kan kommuner rekvirera halva kostnaden för att finansiera fontänhus eller brukarorganiserad verksamhet.

### **Utformning av ett långsiktigt stödsystem för uppbyggnad av kompletterande verksamhet**

För att aktivt rikta Arbetsmarknadsverkets och Försäkringskassans resurser till att öka utbudet av rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder, föreslår Nationell psykiatrisamordning att totalt 40 miljoner kronor årligen omfördelas från myndigheternas respektive budgetar till Socialstyrelsen. 20 miljoner tas från utgiftsområde 13, anslaget 22:3, Köp av arbetsmarknadsutbildning och övriga kostnader från och med 2007. Summan skulle utgöra 4 promille av det totala anslaget enligt föreslagen fördelning för 2007. Ytterligare 20 miljoner kronor ska enligt samma princip allokeras från utgiftsområde 10, anslaget 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. Summan skulle innebära en minskning av anslaget med 0,6 promille för 2007.

Dessa medel förvaltas av Socialstyrelsen. Från Socialstyrelsen kan kommuner rekvirera en 50-procentig medfinansiering för drift av verksamheter som antingen är fontänhus eller för verksamheter som bedrivs av lokala eller regionala brukarorganisationer. Fontänhusens verksamhet regleras i stiftelsens stadgar och för att kunna få medfinansiering ska verksamheten bedrivas enligt dessa stadgar. När det gäller brukarorganiserad verksamhet kan denna se lite olika ut, på vissa ställen bedrivs daglig verksamhet, på andra studier, och ibland kan det röra sig om avgränsade studiecirklar eller självhjälpgrupper. Kommunerna avgör själva vilka verksamheter som ska finansieras, precis som i dag, eftersom de själva har kunskapen om de lokala förhållandena.

Kommunerna kan erhålla medel för halva den budgeterade kostnaden för driften av en eller flera verksamheter, under förutsättning att de själva eller tillsammans med landstinget står för den andra halvan. Regeringen bör i den vidare beredningen ange den högsta summa som kan utgå till en kommun, relaterat till folk-

mängd. Rekvirering av medel får endast göras för treårsperioder, och kommunen åtar sig att finansiera halva verksamheten under samma tid. Detta ska möjliggöra en längre framförhållning för verksamheterna som finansieras, och under de tre åren som statsbidraget betalas kan kommunen inte ensidigt avsluta sin finansiering. Om verksamheten upphör av annat skäl går de beviljade pengarna tillbaka till Socialstyrelsen. När det gäller studiecirklar, enstaka utbildningar osv. som definitionsmässigt är avgränsade i tid gäller inte treårsregeln, och i dessa fall söks en klumpsumma med pengar för den angivna tiden.

För verksamheter beviljas medel för tre år, men de betalas ut årligen. För att kommunerna ska kunna få de beviljade pengarna för nästkommande år krävs en redovisning av verksamheten det gångna året, verksamhetsberättelse samt finansiell redovisning.

### 6.5.3 Införande av 2 000 riktade skyddade anställningar till personer med psykiskt funktionshinder

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att 2 000 trygghets- och utvecklingsanställningar öronmärks för personer med psykiskt funktionshinder. Detta åstadkoms genom att 1 000 nya OSA-anställningar tillförs AMS och att 500 trygghetsanställningar som i dag inte används riktas till personer med psykiskt funktionshinder samtidigt som ytterligare 500 trygghetsanställningar tillförs AMS för ändamålet. Tjänsterna tillförs AMS den 1 januari 2009.

#### Skäl för förslaget

Psykiskt funktionshindrade är svagt representerade i arbetsmarknadsverkets åtgärdsprogram för funktionshindrade. De insatser som främst riktar sig till psykiskt funktionshindrade är Offentlig skyddad anställning (OSA) och lönebidrag. Av de cirka 2 000 nya deltagarna i OSA under budgetåret 2004 hade endast en av fem nedsatt arbetsförmåga på grund av ett psykiskt funktionshinder. AMS egna siffror visar också att endast tolv procent av de arbetsgivare som fått lönebidrag får det för att de anställt personer som har ett psykiskt funktionshinder (AMS, 2005). Även när det gäller tjänster hos Samhall, där personer med psykiskt funktionshinder

ska prioriteras, är bara en mindre del av tjänsterna besatta av personer från denna grupp – cirka 14 procent.

Nationell psykiatrisamordnings intervjustudier visar också att arbetsförmedlingens handläggare sällan ser skyddade anställningar som viktiga redskap i arbetet med gruppen. Oftast förordas praktikplatser i stället för skyddade anställningar. Denna tendens är oväntad eftersom förordningar och prioriteringar för både OSA-anställningar och Samhall-anställningar explicit anger personer med psykiskt funktionshinder som en viktig målgrupp, något som alltså inte får genomslag i praxis.

En slutsats av detta liksom det förhållande att personer med psykiskt funktionshinder har en exceptionellt svag ställning på arbetsmarknaden, är att arbetslinjen som princip inte har någon avgörande effekt för målgruppen. I de kontakter Nationell psykiatrisamordning haft med myndighetsföreträdare, enskilda brukare och anhöriga samt deras intresseorganisationer framkommer att det är svårt för personer med psykiskt funktionshinder att få komma in hos Arbetsförmedlingen, och ofta hänvisas de i stället till kommunens sysselsättningsverksamheter. Resultatet är att enskilda med psykiskt funktionshinder ofta arbetar ganska många timmar per vecka i kommunens sysselsättningsverksamheter eller sociala kooperativ, helt utan ekonomisk ersättning. Nationell psykiatrisamordning har i sina kontakter stött på ett ansevärt antal personer som utför tämligen kvalificerade arbeten under 20 timmar per vecka. Om arbetslinjen gällde som princip skulle detta inte förekomma i någon större omfattning, eftersom det vore självklart att i dessa fall att inleda ett intensivt samarbete mellan den kommunala sysselsättningen och arbetsförmedlingen. En person med den kapaciteten borde exempelvis kunna erbjudas en OSA-anställning inom kommunen, eller få tillfälle att använda sin kompetens i en trygghetsanställning hos en annan arbetsgivare.

Verksamheter som har personer med psykiskt funktionshinder som målgrupp måste i högre utsträckning ha arbete som målsättning, även om det kan ta lång tid och den enskilde personen kanske inte klarar av det inom överskådlig tid. För att personer med psykiskt funktionshinder ska kunna få rimliga möjligheter till återgång i arbete krävs också en ändrad attityd hos Arbetsmarknadsverket och Arbetsförmedlingen. Det är absolut nödvändigt att personer med psykiskt funktionshinder som grupp erbjuds arbetsmarknadsåtgärder på samma sätt som andra grupper med funktionshinder, och det är inte acceptabelt att gruppen utgör bara en



femtedel av de OSA-anställda när de tillhör en av tre prioriterade grupper. AMS skriver i sin årsrapport över de arbetsmarknads-politiska programmen för 2004 att den påtagliga överrepresentationen av en av grupperna, personer med social-medicinska funktionshinder, ”följer intentionerna med OSA, som ursprungligen vände sig till denna grupp” (AMS, 2005 s. 172). AMS har alltså tolkat intentionen med anställningsformen som att en av de tre prioriterade grupperna är särskilt prioriterad. Det finns dock inget stöd för detta argument i förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga, som utgör den juridiska grunden för insatsen. Emellertid har AMS förhållningssätt sannolikt fått stort genomslag i handläggarnas bedömningar av vilka personer som ska anvisas OSA-anställningar.

Nationell psykiatrisamordnings uppfattning är att det krävs en kraftfull satsning på olika typer av arbetsmarknadsåtgärder till personer med psykiskt funktionshinder, för att på allvar återinföra arbetslinjen som princip för gruppen. Av detta skäl föreslås 2 000 skyddade tjänster, OSA-anställningar och trygghetsanställningar ska öronmärkas för målgruppen. Skälet för valet av anställningsformer är följande: OSA-anställningar har redan i dag personer med psykiskt funktionshinder som målgrupp, och i förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga (§ 35) beskrivs gruppen som personer ”som på grund av långvarig och svår psykisk sjukdom inte tidigare haft kontakt med arbetslivet eller varit borta från det under längre tid”. Alltså behövs ingen förändrad lagstiftning för att inkludera gruppen, utan öronmärkta anställningar stimulerar i stället ett inkluderande av personer med psykiskt funktionshinder i målgruppen, vilket visat sig svårt både för AMS och för enskilda handläggare.

Skälet för att även öronmärka trygghetsanställningar för personer med psykiskt funktionshinder är att denna anställningsform skulle stimulera anställningar av personer med mer omfattande funktionshinder. Trygghetsanställningar har en mer långsiktig karaktär än exempelvis lönebidragsanställningar, vilket skulle ge personer med psykiskt funktionshinder en mer anpassad möjlighet att öka sin arbetsförmåga under en längre tid, och det är nödvändigt för många med svårare psykiskt funktionshinder. Insatsen är en ny anställningsform för personer som har omfattande funktionshinder, stora begränsningar i arbetsförmågan och därmed

stora svårigheter att få anställning med annat stöd eller annan insats. Detta kan innebära att förförståelsen om vilka som kan få trygghetsanställningar blir mindre påtaglig än andra särskilda anställningsformer som exempelvis lönebidrag, som i dag i första hand ges till personer med rörelsehinder.

Införandet av öronmärkta tjänster kan självfallet diskuteras. En vanlig uppfattning är att detta förfarande inte är legio, varken i svensk arbetsmarknadspolitik eller i handikappolitiken. Mot detta kan anföras att det finns områden där vissa grupper faktiskt prioriteras, exempelvis OSA-anställningar och särskilda insatser för syn- och hörselskadade som anges i förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medföra nedsatt arbetsförmåga (§§ 16 och 17). Vidare är det Nationell psykiatrisamordnings uppfattning att gruppen personer med psykiskt funktionshinder i dag missgynnas systematiskt i de insatser som ges. I viss statistik kan det se ut som att personer med psykiskt funktionshinder har en relativt stor andel av de skyddade anställningarna och övriga åtgärder – gruppen utgör endast sju procent av de funktionshindrade som får insatser men står för 12 procent av lönebidragsanställningarna. Denna statistik blir emellertid missvisande eftersom den bara gäller inskrivna på arbetsförmedlingen, och som redogjorts ovan återfinns personer med psykiskt funktionshinder snarare i socialförsäkringssystemet än hos arbetsförmedlingen. Med andra ord behövs starka styrmedel för att personer med psykiskt funktionshinder ska kunna bryta bidragsberoendet och få anställningar i skyddad form.

### Utformning och finansiering av öronmärkta tjänster

Nationell psykiatrisamordning föreslår att 1 000 OSA-anställningar öronmärks för den tredje gruppen som anges i förordningen, personer med psykiskt funktionshinder. I juli 2006 fanns 5 057 OSA-anställningar, varav 17 procent innehades av personer med psykiskt funktionshinder. 1 000 nya tjänster skulle medföra ett ytterligare anslag till AMS om 138 miljoner kronor från och med 2007, med 2005 års styckprisnivå för OSA-anställningar som var 11 500 kronor. Om dessa nya tjänster riktades mot personer med psykiskt funktionshinder skulle gruppen inneha en tredjedel av de 6 057 tjänster som skulle finnas, vilket på ett bättre sätt skulle förverkliga intentionen om att se gruppen som en av tre prioriterade. Förslaget

kräver inga lagändringar då gruppen redan nämns specifikt i lagstiftningen.

Beträffande tillskottet av trygghetsanställningar skulle samma princip gälla. I dag finns medel avsatta för 750 trygghetsanställningar, varav 213 var tillsatta den 6 juli 2006. Sålunda föreslås att 500 av de tjänster som i dag inte används ska öronmärkas för gruppen, och ytterligare 500 inrättas till en uppskattad kostnad av 85 miljoner kronor per år. En dylik inriktning skulle kunna tydliggöras genom en förändring i förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga, genom att införa en ändring i § 37. Paragrafens lydelse föreslås vara:

**37 §** En trygghetsanställning är en anställning hos en annan arbetsgivare än en arbetsgivare som ingår i Samhallkoncernen, som länsarbetsnämnden anvisar en person *som på grund av långvarig och svår psykisk sjukdom inte tidigare haft kontakt med arbetslivet eller varit borta från det under längre tid, eller en person med andra funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga och vars behov inte kan tillgodoses genom andra insatser.*

En sådan inriktning är analog med prioriteringen av personer med social- och medicinska funktionshinder för OSA-anställningar. Den motiverades av att gruppen var i behov av ett särskilt program eftersom deras arbetsförmåga ofta bedömdes som mycket nedsatt och många hade hög frånvaro. Samma omständigheter får anses råda för personer med psykiskt funktionshinder, vilket motiverar den förändring som Nationell psykiatrisamordning föreslår. Nationell psykiatrisamordning anser dock att trygghetsanställningar även ska kunna användas för personer med andra funktionshinder, men att en särskild satsning bör göras på gruppen personer med psykiskt funktionshinder.

## **6.6 Övriga förslag med syfte att stärka samverkan, individens ställning och utbudet av rehabilitering**

Nationell psykiatrisamordning ser modellen för särskilt aktivitetsstöd till yngre personer med psykiskt funktionshinder som en avgörande förändring för den framtida utvecklingen. Vid sidan av detta förslag har Nationell psykiatrisamordning även utarbetat förslag som mer generellt berör personer med psykiskt funktions-

hinder, och där meningen är att öka kunskapen och stärka utbudet av insatser. Nedanstående förslag är tänkta som komplement till införandet av särskilt aktivitetsstöd till yngre personer med psykiskt funktionshinder.

### 6.6.1 Inrättande av en styrgrupp för arbetet med rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder från 2007 till 2015

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen ger Försäkringskassan, AMV, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen uppdraget att inrätta en gemensam och under tiden fast styrgrupp. Syftet är att övervaka, stödja och styra samhällets samlade satsning på förbättrad rehabilitering till personer med psykiskt funktionshinder. Tre eller flera representanter från brukarnätverket adjungeras till styrgruppen.

#### Skäl för förslaget

Avgörande för att samhällets insatser för rehabilitering och sysselsättning för personer med psykiskt funktionshinder ska kunna förbättras är att de berörda myndigheterna på ett tydligt sätt samarbetar, styr och bidrar med kompetens. Därför föreslår Nationell psykiatrisamordning att en gemensam sektorsövergripande styrfunktion inrättas.

Det är viktigt att alla berörda aktörer ingår i styrgruppen. Försäkringskassan och AMV har ett långtgående uppdrag och stor kompetens när det gäller rehabilitering mot arbete. För dessa myndigheter gäller samtidigt att de grupper som berörs av myndigheternas arbete är stora och heterogena, och personer med psykiskt funktionshinder är en begränsad del av myndigheternas uppdrag. Därför är det relevant med ett närmare samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen, eftersom Försäkringskassans och AMV kunskaper behöver kompletteras med dessa aktörers kompetens. Sveriges Kommuner och Landsting är också en central aktör i dessa sammanhang, eftersom många rehabiliterande insatser erbjuds inom kommuner och landsting. Samtidigt har Socialstyrelsen ett kompetensutvecklande och tillsynande uppdrag över socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens

verksamheter, och Nationell psykiatrisamordning föreslår därför att en representant därifrån också ska ingå i styrgruppen.

Utöver dessa är det angeläget att representanter från brukarorganisationerna ingår. Dessa har en verklighetsnära kompetens och kan bidra med ett perspektivskifte i alla diskussioner.

### Utformning och uppdrag

Styrgruppen inrättas under 2007 med en representant från varje myndighet. Styrgruppens huvudsakliga uppdrag är att i samverkan planera och inom ramen för varje myndighet utföra insatser för utveckling och tillsyn av området rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder. Insatserna ska göras med utgångspunkt i den egna myndighetens uppdrag. Styrgruppen får också särskilda uppdrag i enlighet med Nationell psykiatrisamordnings förslag som anges nedan, 6.6.2 och 6.6.3. I styrgruppen är det angeläget att brukarna är representerade, och därför ska tre eller flera representanter för brukarnätverket adjungeras i styrgruppen. Nationell psykiatrisamordning föreslår att styrgruppens ordinarie medlemmar avgör det exakta antalet.

Styrgruppen ska styra, övervaka och gemensamt ge regeringen rapporter om utvecklingen av samhällets rehabiliterande insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Varje år bör regeringen få en skriftlig rapport, där alla representanter kort redogör för utvecklingen inom den egna myndigheten, vilket kompletteras med en analys av samhällets samlade utveckling för gruppen.

#### 6.6.2 Medel för att stimulera gemensam kunskapsutveckling

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att 4 miljoner kronor avsätts för gemensam kunskapsutveckling om rehabilitering för psykiskt funktionshindrade under tre år med början 2009. Pengarna förvaltas av Försäkringskassan och kan sökas av landsting, kommuner, försäkringskass kontor och arbetsförmedlingar för anordnande av gemensamma utbildningar. Den myndighetsgemensamma styrgruppen avgör vilka krav som ska ställas på de utbildningar som ska stödjas.

## Skäl för förslaget

I flera undersökningar och rapporter konstateras att det finns en betydande okunskap om rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder hos samtliga huvudmän. Den forskning som görs ligger långt ifrån verksamheten som bedrivs ute i kommunerna och länen. Utöver detta uppvisar många statliga och landstingskommunala verksamheter påtagligt bristfällig kunskap om målgruppen, effektivitet och syftet med den egna verksamhetens aktiviteter.

En av flera orsaker till att rehabiliteringsinsatserna till personer med psykiskt funktionshinder i dag är bristfälliga, är troligen att olika professioner och organisationer använder olika kunskapsbaser och begrepp för att beskriva målgruppen och de aktiviteter som görs. En annan orsak kan vara att varje organisation har delvis olika syn på rehabilitering i fråga om metod, ramar och förutsättningar, vilket försvårar ett samarbete.

En inventering av det rehabiliterande utbudet som har genomförts inom ramen för Nationell psykiatrisamordning (Nationell psykiatrisamordning, 2006:1) visar att olika delar av samhällets stödutbud utformar sin verksamhet med utgångspunkt i skilda uppdrag och olika syn på vem som ska få rehabiliterande insatser och hur det ska gå till. Nationell psykiatrisamordning sammantagna bedömning är att organisationerna med ett rehabiliterande uppdrag många gånger skapar egna definitioner av målgruppen utan samordning med andra intressenter. Utifrån detta utformar de egna program för rehabilitering inom de olika verksamheterna, utan någon större samverkan med de övriga aktörerna. Nationell psykiatrisamordning bedömer att valen av insatser sällan styrs av vetenskap och beprövad erfarenhet. I stället styrs utbudet delvis av kortsiktiga resurser, organisationens behov eller ”flugor” i bemärkelsen dåligt utvärderade metoder för rehabilitering som passar den egna organisationen eller några eldsjälars arbete. I Nationell psykiatrisamordnings kartläggning kan handläggarna och verksamhetsföreträdarna bara i något enstaka fall koppla organisationens insatser till vetenskap och beprövad erfarenhet. Även en metodiskt utformad uppföljning av insatsen saknas i allmänhet.

## Utformning av utbildningsatsning

Nationell psykiatrisamordning föreslår att särskilda medel, 4 miljoner kronor, avsätts för att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, socialtjänsten och psykiatrin *tillsammans* ska kunna utbilda sin personal om psykiskt funktionshinder och dess konsekvenser, samt metoder för rehabilitering.

Den styrgrupp som skisseras i avsnitt 1.6.1 föreslås förvalta medlen och avgöra vilka krav som ska ställas på den utbildning som de anställda genomgår. Det är av största vikt att all utbildning bygger på kunskap och beprövad erfarenhet. Därför måste de ansökande se till att den utbildning som anordnas håller hög kvalitet, och styrgruppen ska noga bedöma vilka villkor som ska gälla för utbildningarna. Eftersom kontaktytorna mellan myndigheterna ofta är få och tillfälliga finns en risk att ansökningarna blir få. Trots detta bedömer Nationell psykiatrisamordning att denna typ av initiativ bör underlättas och uppmuntras, och därför är det viktigt med en kortsiktig statlig ekonomisk stimulans.

Det optimala upplägget är att en länsarbetsnämnd går ihop med länets försäkringskassa, psykiatri och alla kommuner. Det finns dock skäl för att det räcker med bara en kommun, eftersom erfarenheten är att det är svårt att samla kommuner med olika förutsättningar inom ett helt län.

### 6.6.3 Ökad kunskap om genusaspekter

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att Socialstyrelsen, Försäkringskassan och AMS får i uppdrag att analysera skillnader i insatser för rehabilitering mellan kvinnor och män. Uppdraget ska genomföras och avrapporteras gemensamt av styrgruppen i syfte att beskriva kvinnors och mäns hela rehabiliteringsprocess.

### Skälen till förslaget

Nationell psykiatrisamordning har sammanställt den befintliga kunskapen om eventuella skillnader mellan kvinnor och män med psykiskt funktionshinder i olika avseenden. Generellt finns det stora kunskapsbrister på området, och där analyser av insatser och

effekter görs tenderar personer med psykiskt funktionshinder att betraktas som en homogen grupp utan hänsyn tagen till kön. Alltså innehåller myndigheternas rapportering *antingen* en analys av villkoren för personer med psykiskt funktionshinder *eller* en analys av könsskillnader. Av detta skäl är kunskapen om män respektive kvinnor med psykiskt funktionshinder undermålig.

Det finns skäl att anta att den psykiska ohälsan slår olika, eftersom kvinnorna får oftare psykisk ohälsa än männen, medan den svårare psykiska ohälsan är mer jämnt fördelad mellan könen. Bland annat konstaterade dåvarande Riksförsäkringsverket (RFV, 2004b) att kvinnor sjukskrivs mer än män, och att skillnaderna ökar, samt att kvinnor oftare sjukskrivs med anledning av psykiatriska diagnoser. RFV hänvisar också till flera studier som visar att urvalet av rehabiliteringsåtgärder för kvinnor är mindre än det för män.

Sex av tio lönebidragsanställningar går till män, och bara en av tio till personer med psykiskt funktionshinder. Även bland personer med OSA-anställning är männen i kraftig majoritet, och på Samhall är mer än hälften av de anställda män. I Socialstyrelsens lägesrapport för 2005 om handikappomsorgen förs ett intressant resonemang när det gäller insatser till funktionshindrade i stort, där man menar att män i högre grad tycks få aktiverande insatser. Detta exemplifieras i rapporten bland annat med att män är överrepresenterade bland dem som får insatser som syftar till återinträde på arbetsmarknaden, och kvinnor bland dem som har ersättningar från sjukförsäkringen (Socialstyrelsen, 2006l).

Det saknas dock strukturerade analyser av samhällets samlade rehabiliterande insatser till personer med psykiskt funktionshinder med utgångspunkt i kön. I synnerhet saknas kunskap och undersökningar om effekter och utfall. Nationell psykiatrisamordning har identifierat ett stort behov av kunskapsökning när det gäller rehabiliteringsinsatser, och dessa brister måste åtgärdas för att effektivisera insatserna och optimera resursanvändningen. Dessa bör självfallet genomföras med ett genomgående könsperspektiv, och könsperspektivet bör även beaktas i utarbetande av uppföljningsparametrar.

Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen, Försäkringskassan och AMS ett uppdrag att tillsammans identifiera relevanta uppföljningsparametrar och metoder för att utifrån ett tydligt genusperspektiv kartlägga och följa upp samhällets totala utbud av rehabiliteringsinsatser till personer



med psykiskt funktionshinder. Med utgångspunkt i detta ska alla myndigheter få i uppdrag att genomföra en kartläggning av hur personer med psykiskt funktionshinder har det och vilka insatser som ges. Myndigheterna ska också utarbeta system för att följa upp insatserna till personer med psykiskt funktionshinder, en redovisning som ska ha ett tydligt genusperspektiv och åiterrapporteras till regeringen.

Nationell psykiatrisamordning bedömer att detta måste göras parallellt av de tre myndigheterna, och anledningen är att både psykiatrin och kommunerna, försäkringskassan och länsarbetsnämnderna i hög grad är involverade i enskilda kvinnors och mäns rehabilitering. För att få en rättvisande bild av de insatser som ges till kvinnor och män, och kunna analysera dem korrekt, krävs en förståelse av hela processen. Om kommunernas insatser konsekvent är mer inriktade på arbete när det gäller män, vilket Socialstyrelsen bedömer kan vara fallet, och om även länsarbetsnämndernas arbetsmarknadsåtgärder för funktionshindrade i första hand ges till män, kommer effekten sannolikt att bli att kvinnor kanske blir kvar inom socialförsäkringen. Att analysera frågeställningarna i bara en organisation är alltså otillräckligt.

### **Uppföljningsuppdraget bör ges till Socialstyrelsen, Försäkringskassan och AMS gemensamt**

Myndigheterna ska identifiera relevanta parametrar för uppföljning, med syfte att redovisa situation, insatser och resultat till regeringen för att en adekvat analys ska kunna genomföras.

Från och med 2009 ska myndigheterna genomföra uppföljningar av de identifierade relevanta parametrarna, såsom art och grad av insatser från de olika myndigheterna till kvinnor respektive män, samt resultatmått som återgång i arbete i relation till insatserna. All uppföljning och rapportering ska göras med ett tydligt genusperspektiv. Nationell psykiatrisamordning bedömer att de nämnda uppföljningarna behöver genomföras vartannat eller vart tredje år för att ge relevant information om utveckling och tendenser. Det skulle vara en fördel om redovisningen till regeringen gjordes i samråd mellan myndigheterna.

Nationell psykiatrisamordning bedömer att alla tre myndigheterna redan i dag har detta uppdrag, även om myndigheterna har olika ambitionsnivå i uppföljningen av gruppen personer med psykiskt

funktionshinder. Sålunda är den avgörande förändringen att uppdraget ges en högre prioritet, vilket är rimligt eftersom personer med psykiskt funktionshinder är en kraftigt växande grupp inom socialförsäkringssystemet.

#### 6.6.4 Personer med psykiskt funktionshinder ska få tillgång till daglig verksamhet enligt LSS

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att Assistanskommittén (S 2004:06) uppdras att bedöma kostnaderna för och övriga konsekvenser av att personkrets 3 får tillgång till insatsen daglig verksamhet enligt lagen som stöd och service till vissa funktionshindrade.

#### Skäl för förslaget

När LSS trädde i kraft valde riksdagen att undanta personkrets 3 från rätten till insatsen daglig verksamhet av statsfinansiella skäl. Psykiatriutredningen förordade att personer med psykiskt funktionshinder skulle ha tillgång till insatsen, och Socialstyrelsen har senare gjort bedömningen att detta skulle vara positivt för att tillgodose gruppens behov av sysselsättning.

Det finns ingen tillförlitlig statistik över antalet personer med psykiskt funktionshinder som har meningsfull sysselsättning, och om det fanns en dylik skulle denna inte vara helt tillförlitlig eftersom ett antal personer med psykiskt funktionshinder har sysselsättning i offentlig regi som inte biståndsbedömts. Bland annat i Göteborgs stad har stadsdelar valt att överhuvudtaget inte fatta beslut om sysselsättning för enskilda, utan dessa hänvisas till öppna verksamheter runtom i staden.

När Socialstyrelsen tillsammans med länsstyrelserna genomförde en gemensam nationell tillsyn gjorde de dock en del fördjupade studier, bland annat 462 intervjuer med personer med psykiskt funktionshinder som har kontakt med socialtjänsten. I dessa intervjuer visade det sig att ungefär hälften av de intervjuade saknade meningsfull sysselsättning, vilket stämmer med de uppskattningar som gjorts tidigare av bland annat Socialstyrelsen (t.ex. Socialstyrelsen, 1999). Totalt hade bara 16 procent av de intervjuade en anpassad sysselsättning. Förutsatt att dessa uppskattningar är

någorlunda korrekta skulle ungefär 10 000 personer med psykiskt funktionshinder som har kontakt med socialtjänsten sakna meningsfull sysselsättning.

Denna undersökning har inte specifikt tittat på gruppens tillgång till sysselsättning, men resultaten indikerar att en alltför stor andel saknar detta. Anledningarna kan vara många. I tillsynsrapporten konstateras att handläggare i kommunen alltför sällan har en bedömning av individens hela livssituation som sitt uppdrag, och därför finns det anledning att tro att sysselsättningsfrågan glöms bort. En annan möjlig förklaring är att det utbud av verksamheter som kommunen erbjuder inte motsvarar behov och önskemål hos enskilda varför de väljer att inte delta i någon sysselsättning. Det sistnämnda kan vara ett särskilt problem för yngre personer med psykiskt funktionshinder.

Nationell psykiatrisamordnings kontakter med brukare och anhöriga, deras organisationer och kommunala företrädare och tjänstemän väcker också frågan om socialtjänstlagens skrivning om att socialtjänsten ska medverka till att enskilda får sysselsättning. Frågan är om formuleringarna har bidragit till ett synsätt som innebär att den enskildes rätt ses som svagare reglerad än exempelvis skrivningen om boende, där det anges att kommunen ska inrätta boende med särskild service.

Sannolikt är den låga graden av sysselsättning hos gruppen en effekt av alla ovanstående skäl. Nationell psykiatrisamordning har därför bedömt att det är angeläget att inkludera personer med psykiskt funktionshinder som tillhör personkretsen i LSS bland övriga funktionshindrade som har rätt till sysselsättning. Det finns två huvudsakliga argument för detta. För det första är det orimligt att en grupp, som på alla sätt har en komplicerad situation i förhållande till arbetsmarknaden, och där en konsekvens av funktionshindret kan vara risk för isolering och inaktivitet, ställs utanför den rättighet som övriga funktionshindrade med samma bekymmersamma situation har. För det andra har det genom åren blivit tydligt att personer med psykiskt funktionshinder behöver en sysselsättningsgaranti, genom att den enskildes rätt till sysselsättning stärks.

Det finns också argument mot förslaget. Hos vissa finns en rädsla för att en dylik rättighet för personer med psykiskt funktionshinder skulle underminera arbetslinjen som princip ännu mer. Mot detta kan man dock anföras att arbetslinjen redan i dag är svag, och att den nödvändiga förändringen snarast handlar om en attityd-

förändring hos socialtjänsten, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Problemet är av en sådan art att ett införande av en sysselsättningsgaranti knappast skulle medföra en försämring, även om det inte är svaret på frågan om hur arbetslinjen som princip ska kunna byggas upp i verksamheterna.

En annan farhåga är att dagliga verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder skulle byggas upp med verksamheter för personer med utvecklingsstörning som mall, något som vore olyckligt då det knappast kan anses motsvara merparten av personer med psykiska funktionshinderns behov. Nationell psykiatrisamordning bedömer dock att detta inte är sannolikt, dels då dessa verksamheter är väsentligen dyrare än dagens verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder, och dels för att det knappast skulle finnas en efterfrågan på denna typ av verksamhet. Snarare är det Nationell psykiatrisamordnings bedömning att många av de befintliga verksamheterna skulle konverteras till insatser enligt LSS. Därmed skulle en dylik lagändring heller inte, enligt Nationell psykiatrisamordnings bedömning, leda till några skenande kostnader för kommunerna.

Emellertid är det Nationell psykiatrisamordnings uppfattning att en lagändring av detta slag skulle kunna bidra till ett synsätt där personer med psykiskt funktionshinderns behov av sysselsättning och integrering stärks, eftersom rätten till sysselsättning stärks. Det verkar som om psykiskt funktionshindrade i dag alltför ofta beviljas sysselsättning om det finns något inom den egna stads- eller kommundelen eller kommunen som passar och har plats, vilket motverkar utvecklingen för enskilda. I Stockholm har ett stort problem varit att många stadsdelar säger nej till att personer med psykiskt funktionshinder deltar i sysselsättning i andra stadsdelar, vilket innebär att utbudet av verksamheter för den enskilde personen riskerar att bli torftigt. Problemet är antagligen vanligt också i vissa kommuner. Med en sådan linje är det också svårt att möta behoven och önskemålen – den enskilde personens frihet att påverka insatserna blir liten. En rättighet enligt LSS skulle medge att enskilda väljer sysselsättning från ett bredare och mer anpassat utbud.

Nationell psykiatrisamordning anser att de personer med psykiskt funktionshinder som uppfyller kriterierna för LSS personkrets och vars behov av meningsfull sysselsättning inte tillgodoses på annat sätt, ska ha rätt till insatsen daglig verksamhet. Av olika skäl är det svårt att avgöra omfattningen av denna grupp. Kom-

munerna har ingen statistik över antalet personer som i dag har sysselsättning, och en uppskattning av antalet personer som skulle berättigas insatsen bygger på flera olika överväganden.

### Omfattning av gruppen som skulle få tillgång till LSS

Ett sätt att bedöma gruppens storlek är att se på hur många som i dag har insatser enligt LSS, och som alltså skulle vara självklara för daglig verksamhet om de önskar en sådan och deras behov av sysselsättning inte tillgodoses på annat sätt. Antalet redovisas inte längre av Socialstyrelsen, men vid den senaste mätningen som Socialstyrelsen genomförde rörde det sig om cirka 3 000 individer. Merparten av dessa hade beviljats boende, kontaktperson och ledsagning. Det finns ingen tillgänglig statistik över hur många av dessa personer som i dag har sysselsättning. Sannolikt skulle dock samtliga komma ifråga för daglig verksamhet om rätten till daglig verksamhet infördes.

En slutsats är att av de cirka 20 000 personer med psykiskt funktionshinder som har kontakt med socialtjänsten har ungefär 3 000 bedömts tillhöra personkretsen, alltså 15 procent. Detta är dock inte detsamma som att 3 000 skulle utgöra den grupp som får tillgång till daglig verksamhet om Nationell psykiatrisamordnings förslag skulle antas.

De individer som idag har bedömts tillhöra personkretsen har bedömts utifrån behov av och ansökan om huvudsakligen boende, kontaktperson eller ledsagning. En personkretsbedömning görs endast om den enskilde ansöker om en insats enligt LSS. I en uppskattning av antalet som skulle kunna beviljas daglig verksamhet enligt LSS måste ett antal faktorer räknas in.

- *Den enskilde måste själv ansöka om insatsen*

För att beviljas insatser enligt LSS måste den enskilde själv ansöka om dem. Personer med psykiskt funktionshinder har i dag en så svag förankring i lagstiftningen att det inte är självklart att de ansöker enligt denna lag. Schizofreniförbundet genomförde 2003 en undersökning bland kommuner som helt saknade insatser enligt LSS till personer med psykiskt funktionshinder, för att förstå varför personer med psykiskt funktionshinder inte får tillgång till insatser enligt lagstiftningen. Undersökningen visade att flera kom-

munala företrädare hävdar att personer med psykiskt funktionshinder inte ansöker om insatser enligt denna lag.

- *Svårt att förutse praxis*

Ett skäl att avslå en ansökan om LSS är att behovet tillgodoses på annat sätt. För de personer som i dag har beviljats meningsfull sysselsättning, men bedöms tillhöra LSS personkrets, kan praxis bli att en ansökan om daglig verksamhet avslås med motiveringen att behovet faktiskt tillgodoses på annat sätt. Det finns dock utrymme för den enskilde att ha synpunkter på en sådan bedömning. En annan utveckling kan vara att de som i dag har meningsfull sysselsättning och bedöms tillhöra LSS personkrets får sina beslut konverterade till LSS om de önskar. Båda dessa scenarier är tänkbara och båda indikerar att det inte skulle bli någon egentlig utgiftsökning för kommunerna. Den enskildes rätt att själv välja vilken verksamhet han eller hon önskar, kan dock i vissa fall medföra att kommuner och stadsdelar skulle bli tvungna att i ökad utsträckning köpa platser i varandras verksamheter, vilket kan få effekt för enskilda kommuner som saknar egna sysselsättningar eller har ett begränsat utbud. Å andra sidan skulle detta öka valfriheten och utbudet för den enskilde, vilket är en nödvändig utveckling.

- *Förändrade bedömningskriterier för insatsen*

I dag är den enskilde rätt till insatsen meningsfull sysselsättning begränsad till att erhållas som en insats enligt socialtjänstlagen. Två viktiga kriterier avgör då den enskildes rätt; *hurvida insatsen kan tillgodoses på annat sätt*, och om insatsen är nödvändig för att den enskilde ska erhålla en *skälig levnadsnivå*. Dessa båda kriterier är väsentligt annorlunda än LSS som slår fast att den enskilde ska få en insats om behovet *inte faktiskt tillgodoses på annat sätt*, och insatser enligt lagstiftningen ska garantera att enskilde *goda levnadsvillkor*.

Den högre ambitionsnivån i LSS skulle indikera att fler skulle kunna få insatser. Det finns emellertid ingen statistik över avslag på ansökningar om meningsfull sysselsättning, och därför kan man inte ha någon uppfattning om hur många som får avslag för att socialnämnden bedömer att behovet kan tillgodoses på annat sätt,

eller för att de bedömer att den enskilde redan har en skälig levnadsnivå.

Sammantaget är det svårt att bedöma hur många personer med psykiskt funktionshinder som skulle erhålla daglig verksamhet enligt LSS, eftersom det knappast finns någon användbar statistik att tillgå. Nationell psykiatrisamordning har valt att inte gå in och begära statistik som skulle kunna vägleda i antalet, eftersom detta bara skulle ge information om en del av den grupp som skulle kunna få rätt till insatsen. Förutom personer med psykiskt funktionshinder omfattar den tredje personkretsen personer med fysiskt funktionshinder, exempelvis svårt rörelsehindrade som i likhet med personer med psykiskt funktionshinder har en svag anknytning till arbetsmarknaden. Att bara studera gruppen personer med psykiskt funktionshinder räcker inte eftersom en större undersökning ändå behövs för att redogöra för implikationer av ett sådant förslag. Mot bakgrund av detta föreslår Nationell psykiatrisamordning i stället att Assistansutredningen ges uppdraget att se över villkoren för hela den grupp som omfattas av den tredje personkretsen.

#### **Tilläggsdirektiv till Utredningen om lagen om assistansersättning**

Nationell psykiatrisamordning föreslår att Assistanskommittén (S 2004:06) ges ett tilläggsdirektiv i vilket de uppdras att särskilt utreda konsekvenserna och kostnaderna för att hela den tredje personkretsen ges tillgång till daglig verksamhet enligt LSS. Assistansutredningen har i dag ett tilläggsdirektiv att göra en översyn av LSS (Dir. 2006:68), vilket skulle kunna förtydligas med denna fråga.

#### **6.6.5 Särskild utredning om förutsättningar och utvecklingsmöjligheter för sociala kooperativ**

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att en särskild utredare tillsätts för att samlat analysera villkoren för sociala kooperativ, och lämna förslag om en modell för att sociala kooperativ ska kunna utvecklas på ett för målgruppen ändamålsenligt sätt.

## Skäl för förslaget

Sociala kooperativ är en viktig del av utbudet av rehabiliterande inslag för personer med psykiskt funktionshinder. I kontakterna med brukare, anhöriga och deras intresseorganisationer blir det tydligt att sociala kooperativ har avgörande rehabiliterande komponenter, något som också den studie av kooperativen som gjorts inom Nationell psykiatrisamordnings ram visar<sup>3</sup>. Studien kommer fram till att kooperativen har fördelarna att de bygger på frivilligt medlemskap, en kooperativ ideologi, gemensamt ansvar och att de ser arbetet som en social gemenskap. Vidare anser utredarna att det finns en positiv människosyn och att rehabiliteringsbegreppet ses ur ett vidare perspektiv än ren arbetsrehabilitering.

Samtidigt finns också bekymmer som hindrar utvecklingen. Kooperativen är beroende av bidrag och de ekonomiska förutsättningarna varierar och är svåra att förutse, vilket skapar oro och osäkerhet. Ersättningsformer för deltagarna har föreslagits (SOU 2003:56), men inte genomförts, vilket innebär att deltagarna trots betydande arbetsinsatser fortsatt tvingas leva på bidrag.

Nationell psykiatrisamordning anser att det är angeläget att åter se över de förslag som lades i Samhalls- och Lönebidragsutredningen. Vidare bedömer Nationell psykiatrisamordning att det finns skäl att se över möjligheterna att förändra regelverken så att de sociala kooperativen kan bli mer konkurrenskraftiga, och att de enskilda kan erbjudas anställning i kooperativen så att de finner vägar ut ur bidragsberoendet. På sikt bedömer Nationell psykiatrisamordning att kooperativen inte i första hand bör finansieras genom kortsiktiga kommunala medel, utan genom konkurrens på anpassade villkor.

De sociala kooperativen har dock en väsentligt bredare målgrupp än personer med psykiskt funktionshinder. Av detta skäl avstår Nationell psykiatrisamordning från att lägga konkreta förslag i frågan, men väljer ändå att föreslå att regeringen tillsätter en särskild utredare som ska se över de sociala kooperativen. Många utredningar har haft kooperativen med i sina skrivningar, men eftersom verksamheten är bred och berör många målgrupper och verksamhetsområden anser Nationell psykiatrisamordning att frågan bör ses över i sin helhet.

Därför föreslår Nationell psykiatrisamordning att regeringen under 2007 tillsätter en särskild utredare med uppdrag att se över

---

<sup>3</sup> Ännu ej publicerad.



villkor, utvecklingsmöjligheter och svårigheter för de sociala kooperativen, och lämna förslag som medför ett ökat oberoende från offentliga bidragsgivare.

#### 6.6.6 Översyn av Försäkringskassans och AMV tidsbegränsade insatser

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen uppdrar åt Försäkringskassan respektive AMV att utreda de tidsgränser som i dag styr verksamheten för rehabiliteringsinsatser och rehabiliteringsersättning, samt andra relevanta regler. Myndigheterna ska i utredningen överväga förändrade regleringar och förlängda insatser, om särskilda förutsättningar för detta finns. Myndigheterna ska själva avgöra vilka tidsbegränsningar i de respektive regelverken och praxis som bör ses över, i samråd med styrgruppen som föreslås i 6.6.1.

#### Skäl för förslaget

I Psykiatriutredningens slutbetänkande noterades att de rehabiliteringsinsatser som då erbjöds ofta hade begränsat värde för personer med psykiskt funktionshinder, eftersom de gavs under för korta tidsrymder med för stora krav i början. Än i dag, 14 år senare, är detta ett bekymmer. Ett exempel är AMV och Försäkringskassornas samverkansarbete inom FAROS-verksamheterna,<sup>4</sup> som vänder sig till personer som är sjukskriva eller har sjuk- eller aktivitetsersättning. I allmänhet är villkoren för deltagande att den enskilde ska kunna arbeta halvtid och att rehabiliteringsinsatserna måste vara färdigställda inom ett år. Detta är utmärkta illustrationer på vad Psykiatriutredningen varnade för. FAROS betraktas som en framgångsrik verksamhet, men det finns anledning att ifrågasätta vilket värde denna har för gruppen personer med psykiskt funktionshinder.

Nationell psykiatrisamordning har också märkt att finns en påtaglig risk att vissa av socialförsäkringens tidsgränser låser in personer med psykiskt funktionshinder i bidragsberoende. Försäkringskassans arbete har under senare år stramats upp på så vis att

---

<sup>4</sup> Förnyad Arbetslivsinriktad Rehabilitering, Organisation och Samordning.

kraven på tidsgränser för olika insatser har förtydligats, även om man egentligen inte gjort några förändringar i regelverken. Denna uppstramning är på många sätt positiv, eftersom den minskar risken för att sjuka blir kvar i systemet utan att uppmärksammas. Det är dock viktigt att en sådan åtgärd inte också får motsatt effekt.

För att stadga upp ett system är det viktigt att på förhand avgöra hur en rehabiliteringsprocess ska fortskrida när det gäller tid och insatser. Emellertid finns alltid en risk att de villkor som uppställs, även om de är relevanta för större delen av målgruppen, får direkt motsatt effekt för andra. Nationell psykiatrisamordning har varit i kontakt med åtskilliga brukare och försäkringskasserepresentanter som pekar på att just detta är fallet för vissa personer med psykiskt funktionshinder i dagens socialförsäkringssystem. Orsaken är att återhämtning från psykiska sjukdomar ofta inte ryms inom de kortare tidsgränser som nu används – en person som insjuknar i schizofreni kan ha kraftiga symtom och stora funktionshinder i flera år innan det blir aktuellt med en mer långtgående rehabiliteringsinsats.

Försäkringskassans handläggare har i uppdrag att inom 365 dagar från sjukskrivningen bedöma huruvida en person kan betraktas som rehabiliteringsbar inom en ettårsperiod. En risk i det sammanhanget är att personer med psykiskt funktionshinder, som i och för sig inte behöver särskilt mycket insatser för att återkomma i arbete, ”puttas in” i sjukersättning för att tillgängligheten i vården är bristfällig och köerna är långa. En fördel med den striktare tidsbegränsningen är att enskilda tidigare kunde bli fast i systemet med sjukersättning under långa perioder, helt utan uppmärksamhet. Den uppenbara risken är dock att denna regel blir stelbent och vissa menar att den slår extra hårt mot just personer med psykiskt funktionshinder, eftersom deras rehabiliteringsbehov är svåra att bedöma med tanke på bristen på effektiva rehabiliteringsinsatser och osäkerheten i prognoserna för olika sjukdomstillstånd. En annan uppenbar risk ligger i att personer med sjukpenning naturligt har en tätare kontakt med försäkringskassan, och kanske också med sin läkare eftersom sjukintyg behövs med tätare intervaller.

En annan tidsgräns som kan betraktas som kontraproduktiv för denna grupp, och även andra grupper med en mer komplicerad rehabiliteringsprocess, är att det bara går att bevilja rehabiliteringsersättning och rehabiliteringspenning under ett år. Ersättningen är inte ekonomiskt fördelaktig jämfört med andra ersättningar från

försäkringen, men kan fortfarande kompensera den enskilda för vissa omkostnader i samband med rehabiliteringen, såsom resor. För personer med en långvarig rehabiliteringsprocess och behov av flera olika, samtidiga insatser, är tidsgränsen på ett år väl kort, särskilt för dem som varit frånvarande från arbetsmarknaden en längre tid. Den främsta konsekvensen blir att rehabilitering som innebär merkostnader – exempelvis resor, andra kläder eller lunch ute – riskerar att utesluta personer med psykiskt funktionshinder som många gånger har en dålig ekonomi och ont om kontantmarginaler. Alltså finns en risk att personer med psykiskt funktionshinder *inte har råd att ta del av rehabiliterande insatser*.

En annan tidsgräns i Försäkringskassans arbete är att en person som uppvisar kapacitet att arbeta i tre månader ska betraktas ha arbetskapacitet, och då ska åtgärder vidtas. För en person som varit borta flera år från arbetsmarknaden kan det vara hart när omöjligt att inom ett år färdigställa en omfattande rehabilitering. Dessutom är det knappast möjligt att efter tre månader på en praktikplats avgöra om denna person står till arbetsmarknadens förfogande eller inte. Det är alldeles uppenbart att en sådan gräns måste vara flexibel för personer som har särskilda behov.

Även inom AMV används tidsgränser som bör ses över. Insatsen SIUS-konsulent kan endast ges under en begränsad tid, och för att kunna skriva in sig som arbetssökande krävs att den enskilde kan uppvisa halvtids arbetsförmåga. Den sistnämnda tidsgränsen finns inte reglerad men har utvecklats som praxis, troligtvis för att kunna renodla Arbetsmarknadsmyndighetens uppdrag att matcha arbetskraft mot arbetsmarknaden. Samtidigt har verket även ett uppdrag som gäller rehabilitering för arbetslösa sjukskrivna, vilket därigenom kommer i bakgrunden. AMS har vidare sexmånadersbegränsningar för vissa program som skulle kunna vara viktiga i rehabiliteringen för personer med psykiskt funktionshinder, om de kunde ges under längre tid.

De nämnda tidsgränserna syftar till att människor inte ska fastna i systemen, men de riskerar att få precis motsatt effekt för vissa personer med psykiskt funktionshinder – eftersom de inte kan rehabiliteras snabbt och på samma sätt som personer med andra sjukdomar cementeras de in i bidragssystemet.

## Myndigheterna avgör själva vilka regleringar som behöver analyseras

Alla regleringar som har exakt samma effekt för personer med vitt skilda förutsättningar löper en stor risk att systematiskt missgynna enskilda och grupper. Nationell psykiatrisamordning bedömer att det är nödvändigt med en översyn av tidsgränser och andra regleringar, särskilt när det gäller personer med psykiskt funktionshinder och psykisk ohälsa. En översyn av socialförsäkringen i sin helhet skulle dock röra alla som ingår i socialförsäkringen, och konkreta förslag på förändringar ligger utanför Nationell psykiatrisamordnings direktiv och uppdrag.

Dock föreslår Nationell psykiatrisamordning att Försäkringskassan och AMV uppdras att särskilt analysera hur de tidsgränser som används i den egna verksamheten slår mot personer med psykiskt funktionshinder och psykisk ohälsa. Dagens begränsade förståelse och kunskap måste förbättras för att öka möjligheterna att utforma ett adekvat regelsystem som inte riskerar att hindra en effektiv rehabilitering. Nationell psykiatrisamordning vill understryka att det inte är klarlagt att så är fallet, men under Nationell psykiatrisamordnings arbete har kommit många signaler om detta, både från Försäkringskassans handläggare som från brukare och anhöriga.

Vilka tidsgränser som är mest angelägna att se över måste varje myndighet själv avgöra, som har detaljkunskapen om hur de olika tidsgränserna slår mot grupper. Nationell psykiatrisamordning rekommenderar dock att identifieringen av vilka begränsningar som främst är i behov av analys och eventuell förändring görs i nära samråd med den styrgrupp som skisseras i avsnitt 1.6.1 för att identifiera vilka begränsningar som främst är i behov av analys och eventuell förändring. Ett avgörande skäl till detta är att brukarnätverket finns representerade i styrgruppen, och i brukar- och anhörigorganisationerna finns betydande kunskap om vilka konsekvenser samhällets olika bestämmelser får för enskilda personer.

## 7 Psykiskt funktionshinder – åtgärder för delaktighet och tillgänglighet

En viktig utgångspunkt för den svenska handikappolitiken är FN:s standardregler, som är ett politiskt och moraliskt åtagande för medlemsstaterna. Reglerna ska garantera tillgänglighet och delaktighet i samhället för personer med funktionshinder. Med utgångspunkt i standardreglerna har en nationell handlingsplan för handikappolitiken tagits fram, som uttrycks i propositionen *Från patient till medborgare* (prop. 1999/2000:79). I denna fastställs tre nationella mål för handikappolitiken:

- En samhällsgemenskap med mångfald som grund.
- Samhället ska utformas så att människor i alla åldrar med funktionshinder blir fullt delaktiga i samhällslivet.
- Jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Dessa mål ska enligt planen vara uppfyllda senast 2010, och uppföljningar sker på en rad områden. I arbetet för ett tillgängligt samhälle för alla ska de statliga myndigheterna vara ett föredöme. De statliga myndigheterna ska särskilt verka för att deras lokaler, verksamhet och information är tillgängliga för personer med funktionshinder (förordning SFS 2001:526), vilket innebär att myndigheterna bland annat ska göra inventeringar och upprätta egna handikappolitiska handlingsplaner.

Vissa särskilt viktiga myndigheter har utsetts till så kallade *sektorsmyndigheter*. Förutom att se till att den egna myndigheten är tillgänglig, har de också ett särskilt ansvar att vara pådrivande så att handikappolitiken blir verklighet inom myndigheternas respektive samhällsområden.

## Psyiskt funktionshinder i handikappolitiken

Synen på funktionshinder i samhället har förändrats. Det blivit en självklarhet att anpassa samhället så att delaktigheten inte begränsas för många typer av aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar, det som tidigare benämndes handikapp. Resultaten har dock varit varierande, och när det gäller psykiskt funktionshinder har anpassningar för att öka delaktigheten ännu inte blivit en självklarhet. Kunskapen om psykiskt funktionshinder är fortfarande begränsad. Det tycks vara svårt att känna igen dessa hinder och integrera dem i de handikappolitiska målen.

Ett psykiskt funktionshinder kan vara av olika karaktär, innebära begränsningar både kognitivt (tankemässigt) och emotionellt (känslomässigt). Bristande förmåga att planera, och överblicka konsekvenserna på sikt, kan vara konsekvenser av psykisk sjukdom. Ett annat exempel är den undandragenhet som många personer med psykiskt funktionshinder har i sociala sammanhang, som kan bero på kognitiva funktionsnedsättningar, likväl som på dåliga erfarenheter i mötet med en stigmatiserande omvärld. Oavsett vilka bakomliggande faktorer som skapar funktionshindret, är det möjligt att beskriva det, och därmed ökar möjligheten och ansvaret för samhället att vidta åtgärder för anpassning för ökad tillgänglighet och delaktighet.

Psyiskt funktionshinder kallas ibland för ett *osynligt funktionshinder*, vilket är sant på det sättet att de inte syns lika tydligt som vissa fysiska funktionshinder, men dess konsekvenser är ändå ofta påtagliga. Omgivningen märker att personen i vissa lägen inte beter sig eller fungerar som man förväntar sig, vilket kan leda till irritation, rädsla, och moraliserande reaktioner som att personen är lat eller ovillig.

Kanske bidrar även det psykiska funktionshindrets ibland fluktuerande förlopp till svårigheten att acceptera psykiskt funktionshinder som ett av de tillstånd som ska omfattas av den generella handikappolitiken. Återhämtning sker inte sällan även från allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, vilket i grunden är ett positivt och hoppingivande faktum, men detta kan medföra att personer med psykiskt funktionshinder snarare betraktas som långvarigt sjuka än funktionshindrade. Nationell psykiatrisamordning anser att det nu är hög tid att tillämpa funktionshindertänkandet och handikappolitiken för personer med psykiskt funktionshinder. Den planering och de åtgärder som görs i sam-

hället för att förbättra tillgängligheten och delaktigheten för funktionshindrade bör även riktas mot dem som har ett psykiskt funktionshinder. Att en del av de funktionshindrade kan bli av med sina funktionshinder, eller att de med rätt insatser kan få ett *kompenserat funktionshinder*, betyder inte att funktionshindret inte funnits och varit allvarligt begränsande för den enskilde.

Det finns ett antal tecken på att personer med psykiskt funktionshinder inte fullt ut får del av de åtgärder samhället vidtar för att öka tillgängligheten i samhället. Till exempel förväntades att minst 20 000 personer med psykiskt funktionshinder skulle få tillgång till insatser enligt LSS, men bara 3 000 har fått det. Personer med psykiskt funktionshinder förefaller vidare ha svårt att få tillgång till handikappersättning, och arbetsmarknadspolitiska insatser för funktionshindrade når alltför få personer i gruppen.

Nationell psykiatrisamordning presenterar nedan ett antal insatser som har avgörande betydelse för att personer med psykiskt funktionshinder ska kunna vara delaktiga i ett tillgängligt samhälle på samma villkor som personer utan funktionshinder. Inledningsvis beskrivs psykiskt funktionshinder och hur Psykiatrisamordningen valt att definiera gruppen personer med psykiskt funktionshinder.

## 7.1 Personer med psykiskt funktionshinder

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att begreppet person med psykiskt funktionshinder behöver förtydligas på följande sätt: En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.

### Skäl för bedömningen

Begreppet psykiskt funktionshinder förekommer bland annat i Socialtjänstlagen (§ 5:8) och används i olika sammanhang efter 1995-års psykiatrireform. Nationell psykiatrisamordning noterade tidigt i sitt arbete att området borde definieras klarare för att uppdraget skulle kunna tydliggöras. Nationell psykiatrisamordning har även i sitt utåtriktade arbete konfronterats med att verksamheterna

i kommuner och landsting har svårt att avgränsa målgruppen personer med psykiskt funktionshinder, bland annat i samband med uppsökande arbete och behovsinventeringar. Detta har även noterats av Socialstyrelsen och länsstyrelserna i deras gemensamma tillsynsarbete (Socialstyrelsen & Länsstyrelserna, 2005). Psykiatrisamordningen har valt att utforma kriterier för när en person kan anses tillhöra målgruppen person med psykiskt funktionshinder. Definition ska kunna tillämpas även av fler organisationer än kommunerna och landstingen, till exempel arbetsmarknadsmyndigheterna, Försäkringskassan och intresseorganisationerna. I tillämpliga delar har kriterierna om delaktighetsinskränkningar och aktivitetsbegränsningar tagit sin utgångspunkt i WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Socialstyrelsen, 2003d).

En första version av definitionen kommunicerades via Nationell psykiatrisamordnings hemsida, och vid ett seminarium med inbjudna representanter för verksamheterna och forskarvärlden. Omkring 50 intressenter hörsammade en generell uppmaning till alla intresserade att lämna kommentarer och synpunkter, och deras synpunkter har lett till några omarbetningar och omformuleringar. Definitionen beskrivs nedan relativt utförligt. En broschyr har givits ut av Nationell psykiatrisamordning där ett antal exempel på tillämpningen av definitionen lämnas (Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning).

### Psyiskt funktionshinder – en definition

Begreppet psykiskt funktionshinder hänvisar till de konsekvenser som en psykisk störning får för individen. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar hos individen, eller bestå av omgivningens utformning eller reaktioner.

*En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.*



Formuleringen klargörs nedan på följande punkter:

1. Vilka åldersgränser ska gälla?
2. Vilka livsområden är viktiga?
3. När är en svårighet väsentlig?
4. Vilken varaktighet ska krävas?
5. Kan man bli kvitt sitt psykiska funktionshinder?
6. Vad avses med psykisk störning? Vilka psykiska sjukdomar och störningar ska ingå?
7. Hur kopplas bedömningen av att ha ett psykiskt funktionshinder till rätten till stöd och service?

## 1. Åldersgränser

Definitionen begränsas inte till vissa åldersgrupper. I praktiken kommer dock barn upp till och med grundskoleåldern (cirka 16 år) inte att innefattas, eftersom de livsområden som är aktuella vanligen associeras till vuxenlivet. Det kan även vara svårt att bedöma prognosen för framtida social funktion hos unga. Servicen till äldre personer organiseras vanligen inom särskilda äldreenheter i kommunerna. Detta är dock inte skäl till att definitionsmässigt utesluta äldre från begreppet psykiskt funktionshinder.

## 2. Livsområden

Individens kapacitet är begränsad på viktiga områden. I första hand avser "viktiga" de aktiviteter som kopplar till områden där individen själv anger delaktighetsinskränkning (inskränkt engagemang på livsområden). Exempel på viktiga livsområden är sådana som handlar om en persons grundläggande liv i samhället: boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap och relationer samt fritid. Avsevärd respekt för individuella livsval är påkallad; för några är t.ex. delaktighet i religiöst liv, eller sexuella relationer prioriterat. Det finns även situationer där omgivningen kan identifiera aktivitetsbegränsningar hos en individ, utan att personen själv skulle ange att detta innebär något problem eller påverkar hans eller hennes delaktighet negativt (t.ex. nedsatt förmåga att sköta personlig hygien, sköta sin bostad, reglera sitt beteende så att andra inte blir störda). Även sådana aktivitetsbegränsningar kan kvalificera sig

som viktiga, om personens livssituation påverkas starkt negativt av dem.

### 3. Väsentlig svårighet

En svårighet kan vara väsentlig därför att den drabbar personens delaktighet på ett livsområde som är betydelsefullt för honom eller henne, även om denna svårighet utifrån sett kan verka relativt lindrig. I övrigt ska svårigheter räknas som väsentliga om de omöjliggör ett självständigt liv ute i samhället.

### 4. Varaktighet

Denna definition utgår inte från någon fastställd tid för intjänande. Varaktighetskriteriet formuleras i stället som antingen en minst årslång historia av påtaglig aktivitetsbegränsning eller som en prognostisk bedömning om förutsedd sådan begränsning under en avsevärd, minst årslång period. Vissa psykiska sjukdomar har ett återkommande, periodvist förlopp. Även om en individ har ett sådant sjukdomstillstånd kan han eller hon vara en person med psykiskt funktionshinder, om konsekvenserna av sjukdomen är långvariga.

### 5. Återhämtning

Definitionen av att vara en person som har ett psykiskt funktionshinder utgår från den nuvarande situationen – eller en situation som varat någon tid, eller förväntas att bestå någon tid (se punkt 4). Detta innebär inte att en person som blir bedömd som psykiskt funktionshindrad nödvändigtvis ska anses vara det för gott. Tvärtom bör insatserna alltid inriktas mot att minska konsekvenserna av sjukdomen. En person kan ha insatser och en livssituation i övrigt som gör att han eller hon klarar betydelsefulla aktiviteter, och inte upplever några inskränkningar i delaktighet. För några av definitionens syften – att vara ett stöd vid inventering och för epidemiologisk bevakning – är det angeläget att de personer som kan antas få väsentliga svårigheter i dagligt liv om stödet drogs tillbaka och/eller livssituationen förändrades, fortfarande ingår i gruppen av personer med psykiskt funktionshinder. Det finns ock-

så personer som vid ett tillfälle kan ha psykiskt funktionshinder, men som med tiden, efter tillkomst av lämpligt stöd eller en förändrad livssituation kan komma att fungera utan allvarigare konsekvenser även utan särskilt stöd. En sådan individ är inte längre en person med psykiskt funktionshinder.

För de personer som skulle få stora svårigheter om insatserna togs bort eller den anpassade livssituationen förändrades, kan man tala om en person med kompenserat psykiskt funktionshinder. De ska dock ändå ses som del av målgruppen personer med psykiskt funktionshinder.

## 6. Psykiska störningar

Grundprincipen är att alla tillstånd som diagnostiserats (eller som kunde ha diagnostiserats) som psykiska sjukdomar eller störningar kan ge konsekvensen psykiskt funktionshinder. Här används begreppet psykisk störning som samlingsbegrepp för alla tillstånd som diagnostiseras som psykiatriska.

Individens tillstånd ska kunna fylla, eller ska vid någon tidpunkt ha kunnat fylla de diagnostiska kriterierna för psykisk störning. Erfarenhetsmässigt kommer gruppen att domineras av personer med någon psykossjukdom, personlighetsstörning eller något allvarigare affektivt syndrom. Även högfungerande personer (utan utvecklingsstörning) med ett neuropsykiatriskt tillstånd ingår. Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk störning ingår, s.k. dubbeldiagnos.

Följande tillstånd ingår inte i de psykiska störningar som enligt denna definition kan ge konsekvensen psykiskt funktionshinder:

- missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger (utan psykiatrisk samsjuklighet),
- psykisk utvecklingsstörning (tidigare benämning ”begåvningshandikapp”, dvs. sänkt kognitiv förmåga) utan samtidig annan psykisk störning,
- psykiatriska tillstånd som genom sin diagnostiska definition är kortvariga och övergående, exempelvis diagnosen Akut stressyndrom/Anpassningsstörning,
- demenssjukdomarna, exempelvis Alzheimers sjukdom utan någon annan samtidig psykisk störning.

Att psykisk störning enligt ovan ska ha förekommit eller förekommer är ett nödvändigt, men inte tillräckligt villkor för att ingå i gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Tillsammans med den psykiska störningens konsekvenser kan andra sjukdomar, personliga faktorer liksom faktorer i omgivningen, bidra till den situation som för individen kan leda till ett psykiskt funktionshinder. Detta innebär att de tillstånd som ofta ges samlingsnamnet neuropsykiatriska störningar eller funktionshinder (t.ex. Aspergers syndrom, autismspektrumstörningar) ingår, förutsatt att personen är högfungerande, dvs. inte lider av någon påtaglig utvecklingsstörning. Vissa förvärvade eller medfödda psykiatriska tillstånd med klarlagd organisk bakgrund ingår, t.ex. post-traumatiska hjärnskador, resttillstånd efter cirkulationsstörningar i hjärnan och varaktiga psykiatriska tillstånd som en följd av svår epilepsi. Långvariga och genomgripande psykiska stresstillstånd, som vid diagnosen PTSD (post-traumatiskt stressyndrom) och ”utmattningsdepression” ingår även i den grupp störningar som kan ge konsekvensen psykiskt funktionshinder.

## 7. Rätten till insatser

Psykiatrisamordningens definition avser att hålla isär att ha ett psykiskt funktionshinder från att ha ett biståndsbedömt behov av en viss insats. Behovsbedömningar tenderar att utgå från befintliga insatser och befintliga teknologier för att möta vissa behov. Denna definition har inte denna utgångspunkt, utan tar fasta på begreppet skälig levnadsnivå. Detta innebär i praktiken att definitionen kommer att omfatta fler personer än de som vid en viss tidpunkt är bedömda som berättigade till samhällets insatser. Definitionen innebär vidare en uppmaning till metod- och teknologiutveckling – en utvecklad och alltmer individualiserad service kan förhoppningsvis täcka av en större del av området. På motsvarande sätt finns det medborgare som är berättigade till samhällets bistånd till följd av olika sociala behov, utan att ingå i gruppen personer med psykiskt funktionshinder.

Psykiatrisamordningens definition av en person med psykiskt funktionshinder innebär en utvidgning av målgruppen jämfört med den grupp som i första hand var i fokus för Psykiatriutredningens överväganden och förslag (SOU 1992:73). Motivet till denna utvidgning ligger i definitionens utgångspunkt – conse-

kvenserna för individen. Psykiatrisamordningen har erfarit att till exempel personer med diagnosen Aspergers syndrom kan ha konsekvenser i sin vardag som är likartade med de konsekvenser en person med diagnosen schizofreni kan ha. Därför är det ologiskt att införa en begränsning utifrån diagnos. Definitionens avgränsningar är dock inte helt logiska i vissa hänseenden och Psykiatrisamordningen har exempelvis tagit hänsyn till organisatoriska och administrativa frågor, som när det gäller avgränsningen mot äldre personer som lider av demenssjukdom.

## 7.2 Hjälpmedel

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att Hjälpmedelsinstitutet får i uppdrag att stödja utvecklingen av hjälpmedel för personer med psykiskt funktionshinder.

### Skäl för förslaget

Hjälpmedel till personer med funktionshinder är ett ansvar för landstingets och kommunens hälso- och sjukvård. Hur det fördelas, och hur ansvaret mellan huvudmännen kan tydliggöras beskrivs i kapitel 14.

Kunskapen om hur teknik och produkter kan användas för att underlätta vardagen för personer med kognitiva funktionshinder har ökat. Under åren 2001–2004 bedrevs projektet Humanteknik i Karlstad med finansiering från Hjälpmedelinstitutet. Projektet syftade till att utveckla och prova hjälpmedel för att planera, organisera och strukturera vardagen. Resultaten beskrivs som goda, men det har varit fråga om en begränsad grupp personer som fått tillgång till dessa hjälpmedel. Humanteknik är i dag en ordinarie del av Avdelningen för socialpsykiatri i Karlstad kommun. Avdelningen har i ett av Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen finansierat projekt åtagit sig att skapa ett nationellt kunskapsnätverk för att stärka kompetensen kring hjälpmedel för personer med psykiskt funktionshinder. Detta förväntas bidra positivt till utvecklingen inom området.

### Hjälpmedelsinstitutets uppdrag

Behoven av produktutveckling och kunskapsstöd även fortsättningsvis kommer att vara stora inom området. Därför är det viktigt att vidta åtgärder så att tillgången till hjälpmedel blir lika självklart för personer med psykiskt funktionshinder som det är för flera andra grupper av personer med funktionshinder. Hjälpmedelsinstitutet bör därför få i uppdrag att organisera ett fortsatt utvecklingsarbete under de närmaste åren. Som en del av detta bör institutet lista exempel på hjälpmedel som kan underlätta för personer med funktionshinder, och sprida kännedomen om dem till huvudmännen.

### 7.3 Åtgärder för anpassning av samhället

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) får ett särskilt uppdrag att under två år samla, sprida och informera om exempel på hur samhället kan anpassas för personer med psykiskt funktionshinder.

#### Skäl för förslaget

Anpassning av samhället så att det blir tillgängligt för personer med olika funktionshinder är en till hjälpmedelsförsörjningsområdet näraliggande uppgift. För en person med en kognitiv funktionsnedsättning kan det t.ex. handla om att den fysiska miljön utformas så att det blir enklare att orientera sig och att information presenteras på ett tydligt och begripligt sätt. Ett annat exempel på anpassning är att ljudisolera lokaler för att en person med psykiskt funktionshinder inte ska bli störd eller störa andra. Nationell psykiatrisamordning bedömer att det finns stora behov av utveckling när det gäller att anpassa miljöer och samhälle till de behov som finns hos människor med psykiskt funktionshinder. De generella åtgärder som hittills har vidtagits av Handikappombudsmannens tillgänglighetscenter eller av den nya myndigheten Handisam har inte varit tillräckliga. Därför föreslår Nationell psykiatrisamordning att Handisam ges ett särskilt uppdrag att under två år samla, sprida och informera om exempel på hur sam-

hället kan anpassas för att bli mer tillgängligt för personer med psykiskt funktionshinder.

#### 7.4 Åtgärder för minskad stigmatisering – diskriminering

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att huvudstrategin för arbetet mot stigmatisering bör vara att genom stöd till den organiserade brukarrörelsen möjliggöra ett offensivt samhällsarbete. Detta arbete bör inspireras av befintliga forskningsresultat utvunna internationellt. En annan strategi är ökad kunskap hos personal i vården och omsorgen, och hos övriga myndigheter och arbetsgivare som möter personer med psykiskt funktionshinder. Diskriminering ska bekämpas med de lagliga medel som står till buds, samt genom attitydpåverkan.

##### Skäl för bedömningen

Stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder är en realitet. Denna stigmatisering kan i vissa fall tydligast förstås som uttryck för diskriminering.

Negativa attityder från andra och en negativ självbild kan, ofta i kombination, bidra till att en person med psykiskt funktionshinder upplever sig ha små chanser till att utvecklas, känner sig ovälkommen och inte blir delaktig i samhället. För att bryta en sådan utveckling måste åtgärder ofta vidtas på flera nivåer samtidigt. Det centrala är dock att samhället organiseras så att personer med psykiskt funktionshinder finns representerade på arbetsplatser och i bostadsområden. Därför är det viktigt att utveckla ett fungerande vardagsstöd med delaktighet som mål. Även god vård, behandling och rehabilitering har betydelse, eftersom en minskning av de psykiska symtomen också kan minska stigmatiseringen. Om vård, stöd och service inom psykiatriområdet förstärks och förbättras skapar detta i sig en känsla av högre prestige för denna sektor och mer hopp. Samhället måste sända tydliga signaler att personer med en psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder tillsammans med de anhöriga, har viktiga erfarenheter som måste tas på allvar och som kan användas för att förbättra samhället och vården och stödet. Ett stärkt brukar- och anhöriginflytande är därför också en

anti-stigmatiseringsåtgärd. Nationell psykiatrisamordning bedömer därför att åtgärder för minskad stigmatisering ska vidtas i nära samarbete med den organiserade brukarrörelsen. Detta är ett viktigt skäl för Psykiatrisamordningen bedömning i kapitel 13 att det nationella brukarnätverket bör få ett fortsatt ekonomiskt stöd. Stödet ska utgå under de sju år som samordningen bedömer att satsningen på psykiatriområdet ska bestå. Det nationella nätverket ska kunna ge inspiration och stöd till lokala och regionala initiativ för ökad delaktighet för personer med psykiskt funktionshinder.

Nationell psykiatrisamordning anser att det behövs en långsiktig strategi för att minska stigmatiseringen. Stödet till den organiserade brukarrörelsen är en viktig del i detta. En annan del bör fokusera på de personer som dagligen möter människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Även i vården och omsorgen finns värderingar, arbetssätt och en organisation som inte alltid förmedlar att personer med psykiskt funktionshinder är lika mycket värda som andra. Bilden hos dessa grupper av professionella kan ibland vara negativ, och färgad av att man i sitt arbete ofta möter personer som befinner sig i akuta försämrings-tillstånd, eller personer som kommit på kant med vård- och stödsystemet. Ökad kunskap och färdighetsträning med inriktning på bemötande, brukarerfarenheter och tillämpad vårdetik kan vara sätt att möta detta. Nationell psykiatrisamordning anser emellertid att den kunskapen lämpligen bör integreras i större och sammanhållna utbildningssatsningar, som bygger på den senaste kunskapen om effektiva stödsatser och evidensbaserad behandling av psykisk sjukdom. En viktig del i en sådan utbildningssatsning är att den har en bred målgrupp och ges till professionella i socialtjänsten, psykiatrin, försäkringskassan, arbetsförmedlingen med flera myndigheter, brukare och närstående, samt till förtroendevalda och andra beslutsfattare. Personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom och av att vara brukare av vård och service är oundgängliga som lärare- och instruktörsresurser i detta sammanhang.



## 7.5 Handikappersättning – en fråga om delaktighet

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att personer med psykiskt funktionshinder som innebär kognitiva funktionsnedsättningar av allvarlig art får ingå i de grupper som på grund av karaktären av sitt funktionshinder har rätt till handikappersättning om minst 36 procent av prisbasbeloppet utan individuell prövning.

### Skäl för förslaget

FN:s standardregler fastställer att människor med funktionshinder ska få tillräckligt stort ekonomiskt stöd om de förlorat sin inkomst, eller om de inte har möjlighet att arbeta på grund av sitt funktionshinder. I stödets utformning ska även kostnader till följd av funktionshindret beaktas.

I Sverige finns handikappersättningen som ett uttryck för att enskilda med funktionshinder ska kompenseras för sina merkostnader. Ersättningsformen infördes 1975, men har sin grund i blindhetsersättningen från 1934. Syftet med ersättningen är att kompensera för ökade utgifter, men också att täcka ett visst hjälpbehov. Förutom jämlikhet i fråga om ekonomi är ersättningen också avsedd att öka delaktigheten. Delaktighet i samhällslivet kräver vissa ekonomiska marginaler och möjligheterna blir mindre om den enskilde har ett långvarigt funktionshinder och därmed långvarigt låga inkomster. Studier visar också att personer med psykiskt funktionshinder som har en bättre ekonomi också mår bättre rent psykiskt, och därför kan det för åtminstone denna grupp sägas vara bevisat att en bättre ekonomi har positiva konsekvenser för hälsotillståndet (Topor, 2004).

I § 5 p.3 i lagen (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag anges att merutgifterna ska vara betydande, och i de allmänna råden anges att ”betydande” innebär minst 28,5 procent av prisbasbeloppet under ett år, (RFV, 2002) vilket för 2005 motsvarade 11 229 kronor per år. En person med merkostnader över detta belopp har rätt till handikappersättning. Dock är begreppet *merutgifter* inte närmare specificerat. Försäkringskassan har dock gjort ett rättsligt ställningstagande som anger vad en merutgift är, och definierat det som en kostnad som uppstår eller blir högre på grund av en funktionsnedsättning (FKRS 2006:06). Rätten till

handikappersättning ska bedömas individuellt, men det finns undantag. Personer som är blinda, döva eller gravt hörselskadade har utan individuell bedömning rätt till minst 36 procent av ett prisbasbelopp per år. De kan också få rätt till en större andel om det finns ytterligare merutgifter. För dessa grupper, liksom för övriga, baseras bedömningen på vilka merutgifter den funktionshindrade har på grund av sitt funktionshinder.

Nationell psykiatrisamordning har gjort en sammanställning av kostnaderna för vård och socialt stöd för personer med psykiskt funktionshinder (Nationell psykiatrisamordning 2006:4). Även om det finns stora skillnader mellan de olika landstingen och kommunerna i landet, visar en uppskattning av kostnaderna att många personer med psykiskt funktionshinder borde ha rätt till handikappersättning enligt följande.

Kostnader för öppenvård, läkemedel, tandvård och arvode till god man eller förvaltare (lika över hela landet):	13 710 kr/år
De vanligaste kostnaderna för slutenvård, sjukresor samt boendestöd eller hemtjänst (skiljer sig åt beroende på var i landet personen bor, inkomst, bostadskostnad m.m.):	2 600–23 912 kr/år
Övriga merkostnader, t.ex. färdiglagad mat från kommunen eller andra merkostnader för mat, merkostnader pga. oförmåga att sköta ekonomi som förseningsavgifter, inkassoavgifter etc., är vanligt men varierar mellan olika individer.	

Sammantaget bedömer Nationell psykiatrisamordning att personer med psykiskt funktionshinder, och därav följande behov av vård och stöd, har en merkostnad på 16 310 kronor per år och uppåt, eller minst 1 359 kronor per månad. Detta skulle innebära att ett antal personer med psykiskt funktionshinder skulle ha rätt till handikappersättning.

Som beskrivits har personer med psykiskt funktionshinder lägre disponibel inkomst än befolkningen i övrigt, men i genomsnitt inte lägre än vissa andra funktionshindergrupper, t.ex. har synskadade lägre disponibla inkomster. Trots detta är det fler bland personerna med psykiskt funktionshinder som saknar kontantmarginal än det finns i andra handikappgrupper, och de har större svårigheter att klara de löpande utgifterna. Detta skulle kunna förklaras med

brister i förmågan att planera och bedöma konsekvenser som kan följa av ett psykiskt funktionshinder med kognitiv funktionsnedsättning. Det finns en risk att denna aktivitetsbegränsning betraktas ur ett moraliskt perspektiv och tolkas så att personerna är slarviga och slösaktiga. Detta innebär att personer med psykiskt funktionshinder på grund av sitt funktionshinder kan ha svårigheter som medför allvarligt försämrade ekonomi, som inte i alla delar kan bedömas i termer av merutgifter.

Rapporten *Vad kostar vård och stöd för personer med psykiska funktionshinder* (Nationell psykiatrisamordning 2006:4) konstaterar att långt ifrån alla personer med psykiskt funktionshinder känner till att de kan få kompensation i form av handikappersättning, eller omvänt – informationen till gruppen verkar vara bristfällig. Ett annat skäl kan vara att personer med psykiskt funktionshinder har svårt att beskriva sina merutgifter, eller att merutgifterna är av diffus karaktär och därmed svåra att bedöma för Försäkringskassans handläggare. Försäkringsöverdomstolen avslag 1992, en ansökan, där en kvinna med schizofreni yrkade på handikappersättning bl.a. på grund av att hon med anledning av funktionshindret var vidlyftig med pengar (FÖD, 1992).

Med utgångspunkt i ovanstående anser Nationell psykiatrisamordning att personer med psykiskt funktionshinder som innebär kognitiva funktionsnedsättningar av allvarlig art får ingå i de grupper som på grund av karaktären av sitt funktionshinder erhåller handikappersättning om minst 36 procent av prisbasbeloppet utan individuell prövning.

### **Avgränsning av målgrupp**

Enligt Nationell psykiatrisamordning ska den grupp som i dag har stora ekonomiska svårigheter på grund av sitt funktionshinder beviljas handikappersättning utan individuell bedömning. Ett viktigt skäl till detta är att den praxis och de ställningstaganden som gjorts i frågan inte tar hänsyn till det psykiska funktionshindrets karaktär.

För att en person ska betraktas som tillhörande denna grupp förutsätts enligt Nationell psykiatrisamordning:

- Personen har ett psykiskt funktionshinder som konsekvens av psykisk sjukdom.

- Han eller hon har genomgått psykologiska test som påvisar att personen har allvarliga kognitiva funktionsnedsättningar, som ger effekter på förmågan att planera och överblicka konsekvenser.
- Tillståndet ska ha diagnostiserats innan personen fyllt 65 år.

Nationell psykiatrisamordning bedömer att denna grupp uppgår till mellan 10 000 och 15 000 personer. Det är angeläget att understryka att alla personer som har en psykisk sjukdom inte har kognitiva funktionsnedsättningar av den art som här beskrivs. Antalet personer som beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen uppgår till cirka 20 000 personer, och dessa kan antas ha psykiskt funktionshinder. Däremot skulle alla dessa inte inkluderas i gruppen med rätt att beviljas handikappersättning utan individuell prövning, eftersom alla inte lider av den typ av funktionsnedsättning som anges i villkoren ovan.

Nationell psykiatrisamordning bedömer att detta förslag skulle omfatta 10 000–15 000 personer med psykiskt funktionshinder. Detta innebär en kostnad för Försäkringskassan om mellan 114 miljoner och 171 miljoner kronor årligen. Emellertid finns det skäl att anta att en större del av dessa personer redan har, eller borde ha, beviljats handikappersättning varför förslaget inte bedöms ha en avgörande ekonomisk effekt på statens utgifter.

## 7.6 Personligt stöd – en fråga om tillgänglighet

Ett av psykiatrireformens mål var att personer med psykiskt funktionshinder ska kunna leva som andra i samhället, med samma rättigheter och skyldigheter. Detta var en tydlig inriktning – personer med psykiskt funktionshinder ska inte få alla sina behov tillgodosedda av en speciell organisation eller huvudman, utan ta del av samhällets utbud av vård, stöd och service på samma sätt som andra. Detta kan dock medföra svårigheter för vissa personer, bl.a. beroende på kognitiva funktionsnedsättningar. I propositionen Psykiskt stördas villkor (prop. 1993/94:218) konstateras att en enskilde kan ha kontakter med ett stort antal personer och organ, men att samordningen och samverkan mellan de organ som ger stöd, service och vård är ofta svagt utvecklad.

Detta är alltjämt ett problem, även om de förändringar som gjordes i samband med reformen har lett till en ökad samordning.

Problemet är på intet sätt unikt bland personer med funktionshinder, som ofta kommer i kontakt med olika delar av vård- och stödapparaten. Det som kan vara extra problematiskt för personer med psykiskt funktionshinder är just att det betydande *antalet* olika personer och myndigheter är ett problem i sig. Av detta skäl finns ett antal olika, delvis överlappande, stödformer som utgår från individen och hans eller hennes behov av samordning och struktur. Nationell psykiatrisamordning betraktar dessa som viktiga redskap i arbetet för att öka tillgängligheten till vård och stöd för personer med psykiskt funktionshinder, och redogör därför för de viktigaste i den följande texten.

Psykiatrisamordningen anser att det är ytterst viktigt att insatser av samordnande karaktär ska vara avgiftsfria för den enskilde. Det finns oroväckande signaler, bl.a. från Stockholms läns landsting, att case manager-insatser avgiftsbeläggs för den enskilde. Detta får negativa effekter eftersom insatsen syftar till att söka upp enskilda som pga. sjukdom och funktionshinder har svårt att ta i anspråk nödvändiga vård- och stödinsatser. Ofta vänder sig dessa insatser till personer med komplexa svårigheter, som samsjuklighet med missbruk och psykisk sjukdom. Personer i denna grupp är ofta tveksamma till kontakter med vård- och stödapparaten, och denna tveksamhet ökar om kontakten kostar pengar. Att avgiftsbelägga de uppsökande och samordnande insatserna riskerar att omintetgöra möjligheterna att ge det stöd som individen behöver för att vård- och omsorgssystemet ska bli tillgängligt.

Nedan följer ett antal olika stödformer för att tillgängliggöra det komplexa samhällssystemet för personer med psykiskt funktionshinder.

### 7.6.1 Personliga ombud

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att verksamheterna med personligt ombud även fortsatt bör finansieras med statliga medel. De personliga ombudens fristående ställning gentemot vårdgivare och myndigheter ska bevaras.

## Skäl för bedömningen

I Psykiatriutredningens slutbetänkande föreslogs att personer med långvarigt och allvarligt psykiskt funktionshinder skulle få rätt till ett personligt ombud enligt LSS – lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Regeringen konstaterade i propositionen att stödet till psykiskt funktionshindrade personer skulle kunna förbättras om de fick stöd av personliga ombud med ett klart definierat ansvar för att den enskildes behov uppmärksammas och insatserna samordnas. Trots det valde regeringen att i stället föreslå att en försöksverksamhet med personliga ombud i tio kommuner under tre år, oberoende av LSS. Olika huvudmän och inriktningar skulle prövas. Totalt ingick 250 personer med psykiskt funktionshindrade och 32 ombud i de tio försöken.

Socialstyrelsen fick uppdraget att följa upp och utvärdera försöksverksamheterna. Utvärderingen visade följande (Psykiatriuppföljningen 1999:3):

- Råd, stöd och uppsökande arbete var ombudens vanligaste uppgifter.
- Vid mätningar efter 18 månader märktes tydligt positiva förändringar av de psykiskt funktionshindrade personernas funktionsförmåga och vårdbehov (minskat behov av öppen och slutna psykiatrisk vård) vid mätningar efter 18 månader.
- De personer som ingick i försöken tyckte själva att verksamheten haft en positiv betydelse.

Betydligt fler i försöksverksamheterna hade med stöd av ombuden sökt och beviljats insatser enligt LSS, jämfört med personer med psykiskt funktionshinder i övrigt.

Vidare konstaterades att verksamheter med personligt ombud kan organiseras och drivas framgångsrikt med olika huvudmän och organisationsmodeller.

Regeringen fattade år 2000 beslut om statsbidrag till kommunerna (Regeringsbeslut 2000-05-18 nr 16), som efter en viss upptrappning från och med 2002 uppgår till 90 miljoner kronor per år. Regeringens syfte med statsbidraget var att bygga upp och utveckla verksamheten med personliga ombud, och bidraget var inte i första hand avsett som ett nytt stimulansbidrag för att mer allmänt utveckla socialtjänstens och övriga berörda huvudmäns insatser för personer med psykiskt funktionshinder. I december 2004 fanns totalt 286 personliga ombud organiserade i drygt 100 verksamheter.

80 procent av Sveriges kommuner hade anställt ombud med hjälp av statsbidraget (Socialstyrelsen 2005h). Socialstyrelsen konstaterar i utvärderingen att:

PO-reformen är en förstärkning av psykiatireformens intentioner om normalisering och integrering för personer med psykiska funktionshinder och omfattande behov av insatser. (Socialstyrelsen, 2005h, s. 7)

Vidare slogs fast att reformen med personliga ombud var ytterst välmotiverad med tanke på hur utsatt målgruppen är, och att klienternas kontakter med ombuden utgjorde ett värdefullt tillskott för dem på flera olika sätt, bl.a. genom att förbättra deras psykosociala situation och stärka deras ställning. Socialstyrelsen pekade också på ökad livskvalitet hos klienterna och ett generellt minskat behov av stöd, genom minskade behov av slutenvård, minskade psykiatriska symtom och större sociala nätverk. Socialstyrelsen föreslog med utgångspunkt i utvärderingen att regeringen skulle överväga om en lagstiftning är en möjlighet för verksamheten. Ett sådant lagförslag överlämnades också till regeringen.

Nationell psykiatrisamordning delar Socialstyrelsens uppfattning att personliga ombud är en angelägen insats för personer med psykiskt funktionshinder. Resultaten av utvärderingarna visar på flera olika vinster för den enskilde och samhället, och Nationell psykiatrisamordning ser att personliga ombud kan ha en avgörande effekt på personens delaktighet genom att samhällets insatser blir tillgängliga. Därför är det av största vikt att verksamheten med personliga ombud utvecklas och stimuleras. En viktig dimension i verksamheten är den fristående karaktären som innebär att insatsen har andra kvaliteter än samhällets ordinarie utbud. Denna fristående ställning för de personliga ombuden ska därför bibehållas.

Det finns olika vägar att gå för att tillse att personer med psykiskt funktionshinder får denna insats även fortsättningsvis. Socialstyrelsen föreslår en särskild lagstiftning. Socialstyrelsen argumenterar för en särlagstiftning för denna verksamhet, eftersom en sådan lösning gör det möjligt att bevara och förtydliga verksamhetens särprägel och det starka klientperspektivet. En sådan lagstiftning skulle, enligt Socialstyrelsens bedömning, behöva innehålla en bestämmelse om huvudmannaskap samt ett åläggande till kommunerna att tillhandahålla insatsen. Vidare föreslås en reglering av ombudets uppdrag, exempelvis att arbeta utifrån klientens uppdrag, också att hans eller hennes önskemål, behov och intressen ska utgöra basen i arbetet. Socialstyrelsen föreslår också regleringar

kring anmälningsplikt, dokumentation och sekretess, och lämnar förslag på hur tillsynen ska gå till, tillsammans med ett krav på samverkan med brukar- och närståendeorganisationerna.

Socialstyrelsen konstaterar att det också finns andra alternativa former för reglering av de personliga ombudens verksamhet, såsom reglering enligt LSS eller socialtjänstlagen, men stannar vid att en särslagstiftning är det bästa alternativet.

Nationell psykiatrisamordning ser fördelar med Socialstyrelsens förslag främst därigenom att en lagstiftning ökar insatsens legitimitet och klargör dess rättsliga förutsättningar, samtidigt som de personliga ombudens fristående ställning kan garanteras. Nationell psykiatrisamordning vill understryka vikten av fortsatt statlig finansiering och åtgärder för att garantera de personliga ombudens fristående ställning. Den enskilt viktigaste åtgärden bedöms vara en fortsatt statlig finansiering. Skälet till detta är att även om en majoritet av Sveriges kommuner har valt att anställa personliga ombud har ungefär var femte kommun avstått från detta. Motiveringen är i regel att statsbidraget på drygt 300 000 kronor per år och ombud inte räcker för att rekrytera kompetent personal. Under 2004 lades fem PO-verksamheter ned helt, och sex verksamheter drog ned sin personal. Kommunernas ibland bristande förmåga att finansiera personliga ombud är enligt Nationell psykiatrisamordnings åsikt ett starkt argument för att en lagstiftning *inte får ersätta* statsbidraget på kort eller lång sikt. Nationell psykiatrisamordning bedömer att ett indraget statsbidrag allvarligt skulle hota att urholka den personliga ombudsverksamheten, då det finns risk för en kvalitetsänkning i verksamheten i tider av dålig ekonomi för en kommun. Om verksamheten är en lagstadgad skyldighet är det svårt att lägga ned den helt, men risken kan kvarstå för att ombudens uppgifter utökas och exempelvis kommer att inkludera boendestödsinsatser eller liknande. En sådan utveckling skulle hota kvaliteten i utförandet, och undergräva funktionens effektivitet och fria ställning.

### **Ombudens fristående roll får inte hotas**

Socialstyrelsen konstaterar i sin utvärdering att de personliga ombudens främsta styrka är deras fristående roll. Myndigheten ser det som att ombuden fyller ett vakuum i samhällets stödsystem, genom att vara länken mellan samhällets stödinsatser och en person som



på grund av sitt funktionshinder möter ett avsevärt handikapp i ett komplext samhällsbygge.

Samhällets stödjande system är uppdelat i flera olika aktörer och myndigheter som alla fyller viktiga, men olika, funktioner för den enskilde. Systemet är förhållandevis trögt, och även om det finns regleringar för exempelvis uppsökande verksamhet och krav på att informera om myndigheternas respektive uppdrag och stödformer, har personer med psykiskt funktionshinder svårt att orientera sig mellan stödformerna och ha kontakter med alla relevanta aktörer. De personliga ombuden utmärks av ett stort mått av flexibilitet och en låg grad av styrning. Detta gör att de har goda förutsättningar att hjälpa enskilda i behov av samhällets stödinsatser, att på ett anpassat sätt informera och ge den enskilde stöd att få tillgång till relevanta verksamheter och förstå viktig information om rättigheter och skyldigheter. Därför vill Nationell psykiatrisamordning understryka vikten av att de personliga ombuden även i fortsättningen behåller sin fria ställning i relation till huvudmannen och andra myndigheter.

Även Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) betonar vikten av inte göra de personliga ombuden till kommunal personal, med tanke på det värde ombuden har för personer med psykiskt funktionshinder. För att behålla den fria ställningen anser SKL att ombuden bäst organiseras av brukar- och anhörigorganisationerna. Nationell psykiatrisamordning tilltalas av en sådan lösning, men bedömer att brukar- och anhörigorganisationerna i dagens läge väsentligen saknar sådan administrativ kapacitet som skulle krävas för att vara huvudman för en sådan verksamhet. Nationell psykiatrisamordning vill dock betona att det är viktigt att brukar- och anhörigorganisationerna ska ha ett stort inflytande på utformningen och uppföljningen av verksamheten, och garantera ombudens fria ställning.

Sammantaget bedömer Nationell psykiatrisamordning att ställningstagandet till frågorna om lagstiftning och huvudmannaskap för personligt ombud är komplexa och därför bör avvaktas. Där emot är det angeläget att finansieringen på lång sikt snarast löses.

## 7.7 God man och förvaltare

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen ser över omfattningen av och möjliga lösningar på problemet med att vissa psykiskt funktionshindrade personer med våldsproblematik i dag inte kan förordnas god man eller förvaltare, trots att de har behov av insatsen. Utredningen bör göras i nära samverkan med ställföreträdarnas intresseorganisationer samt med brukar- och anhörigorganisationer.

### Skäl för förslaget

En form av stöd som personer med psykiskt funktionshinder kan få från samhället är *god man* eller *förvaltare* – en ställföreträdare. Tanken med dessa funktioner är att personer som behöver stöd för eller saknar förmåga att tillvarata sin rätt eller förvalta sin egendom, ska ges garantier mot rättsförluster.

*God mansuppdraget* kan omfatta att bevaka rätt, förvalta egendom och sörja för person. Ett behov av stöd för att förvalta egendom är den vanligaste anledningen till en anmälan om behov av god man eller förvaltare för personer med psykiskt funktionshinder. Förvalta egendom innebär att sköta huvudmannens (brukarens) ekonomi, det vill säga ta hand om pensionsinkomster, betala räkningar och förvalta kapital, värdehandlingar, fastigheter eller liknande. Det kan också vara att portionera ut fickpengar. Ofta, men inte alltid, anordnas också att god man ska bevaka rätt, vilket kan vara att se till att huvudmannen får de insatser från samhället, som han eller hon har behov av. Om det även finns ett behov av insatser för att säkra den enskildes välbefinnande kan uppdraget även handla om att sörja för person. Då måste god man hålla sig informerad om huvudmannens boendeförhållanden, behov av vård och social service, samt rekreation.

*Förvaltaruppdraget* är ett viktigt komplement till frivilliga lösningar för den grupp personer med psykiskt funktionshinder som har svårt att överblicka konsekvenserna av sina handlingar, och återkommande ställer till med bekymmer för sig själva och andra. Uppdraget är i allt väsentligt detsamma som för en god man, men den enskilde som har förvaltare saknar rättshandlingsförmåga på de områden som förvaltarskapet avser.

I allmänhet rör den enskildes problem ekonomin, vilket också är ett centralt uppdrag för de flesta förvaltare. I en pressad ekonomisk situation, kan konflikter uppstå mellan förvaltaren och huvudmannen.

I Nationell psykiatrisamordnings kontakter med gode män och förvaltare, deras organisationer samt rättspsykiatriska kliniker och anhöriga framkommer att en begränsad grupp personer med psykiska sjukdomar eller funktionshinder har svårt att få stöd av en god man eller förvaltare. Denna grupp utgörs i huvudsak av personer som har, eller har haft, en våldsproblematik.

Ett bakomliggande problem kan vara hur uppdraget är ordnat. En god man eller förvaltare kan bara avsäga sig sitt uppdrag om huvudmannens behov av stödet upphör, alternativt att en annan person övertar uppdraget. Det är lekmän som förordnas till god man eller förvaltare. De vill inte åta sig ett komplicerat uppdrag med möjliga konflikter kring främst ekonomihanteringen för en person med en våldsproblematik i sin historia, vilket innebär att vissa grupper av psykiskt sjuka eller funktionshindrade i praktiken inte beviljas god man eller förvaltare. Orsaken är att det är svårt att rekrytera lekmän till frivilliga uppdrag som inte kan avslutas om något riskerar att gå fel.

## Överväganden av förändring

Nationell psykiatrisamordnings kontakter med gode män, förvaltare och deras organisationer, och överförmyndarna runt om i landet visar att den exakta storleken på gruppen som har svårt att få förvaltare eller god man inte är känd, men en uppskattning är att det rör sig om maximalt ettusen personer. Gruppen utgörs huvudsakligen av personer med svår psykisk sjukdom som dömts till vård eller fängelse på grund av våldsbrott.

Nationell psykiatrisamordning lämnar inte förslag på konkret förändring, eftersom dessa förändringar även skulle få konsekvenser för andra grupper i samhället vilka ligger utanför Nationell psykiatrisamordnings uppdrag. Det är dock Nationell psykiatrisamordnings bedömning att frågan måste utredas och belysas. Konsekvensen av problemet blir att vissa särskilt utsatta personer blir utan en viktig stödjande insats trots att de har behov av den, därför att systemets konstruktionen försvårar tillgodoseendet av dessa personers behov.

Problemet är emellertid mångfacetterat. Dialogen med olika intressenter påvisar att detta är ett problem som beror på ett bristfälligt övrigt stödsystem, där personer med stora svårigheter inte får ett tillräckligt stöd. Där man byggt upp ett system kring personer med särskilt svår problematik, blir dessa problem mindre, eftersom ett stödjande nätverk gör att den gode mannens eller förvaltarens position blir mindre utsatt.

Nationell psykiatrisamordning anser att det finns skäl att se över alternativa lösningar som möjliggör för alla personer med psykiskt funktionshinder och behov av förvaltare eller god man att få tillgång till insatsen utan att detta medför risker för de lekmän som åtar sig uppdragen.

Nationell psykiatrisamordning ser ett antal olika möjliga lösningar som bör övervägas.

Den kommunala insatsen egna medel är en service från socialtjänsten som ges i vissa kommuner. Socialtjänsten förvaltar enskildas medel som ett bistånd enligt socialtjänstlagen, exempelvis för att se till att hyran blir betald och pengarna räcker månaden ut. Nationell psykiatrisamordning anser att ställföreträdaren ska kunna ansöka om egna medel hos socialförvaltningen för huvudmannens räkning. I dag skulle en sådan ansökan troligtvis avslås med motiveringen att behovet kan tillgodoses på annat sätt eftersom den enskilde har en ställföreträdare med legala möjligheter att vara behjälplig med ekonomin. I vissa fall anser Nationell psykiatrisamordning att denna avslagsgrund inte är tillämplig, eftersom det kan vara svårt för lekmanaföreträdaren att på ett tryggt sätt sköta denna del av uppdraget. Bakgrunden till förslaget är att den stora konfliktytan mellan ställföreträdaren och huvudmannen ofta rör ekonomiska frågor, varför förslaget är en lösning där det dagliga ekonomiska stödet förläggs till socialförvaltningen, vars personal har utbildning och särskild kompetens för att hantera denna typ av konflikter, och lokaler där säkerheten är högre. I vanliga fall kan den enskilde som fått insatsen när som helst avsäga sig densamma, men när en förvaltare ansöker för sin huvudmans räkning är detta inte möjligt, eftersom huvudmannen har en starkt begränsad rätts-handlingsförmåga som gör att han eller hon inte kan bryta ett avtal som förvaltaren ingått.

Förslaget skulle kunna rymmas inom dagens regleringar, och i princip kan det åstadkommas genom en intern överenskommelse mellan olika nämnder i en kommun. Målgruppen måste regleras tydligt så att insatsen inte används alltför ofta eller på ett sådant

sätt som motverkar den viktiga principen om normalisering för personer med psykiskt funktionshinder.

En annan möjlighet är att en juridisk person skulle kunna fungera som förvaltare i dessa särskilda fall. På vissa håll i landet finns verksamhet med förvaltarenheter där personal är anställd för att tjänstgöra som ställföreträdare, i allmänhet förvaltare, för personer som har en problematik som allvarligt komplicerar uppdraget.

Denna konstruktion har fördelar, bland annat uppnås det mått av säkerhet som ibland kan vara nödvändigt. Emellertid finns det ett antal svagheter i konstruktionen. Den personal som arbetar på enheterna har i grunden ett förvaltaruppdrag, vilket innebär att de är personligt ansvariga för uppdraget och inte kan avsluta det, precis som lekmanaförvaltarna. Alltså kan de få samma problem som andra förvaltare. Dessutom finns kritik mot systemet som går ut på att förvaltarna blir mindre tillgängliga genom att de bara kan nås på kontorstid, samt att lekmanaegenskapen i sig själv har en viktig funktion som i denna lösning går förlorad.

I det fall regeringen finner att det finns anledning att utreda de legala och organisatoriska förutsättningarna för detta, vill Psykiatrisamordningen betona vikten av att tydligt begränsa och definiera den målgrupp som är aktuell för särskilda lösningar. Annars finns en risk för att personer med psykiskt funktionshinder regelmässigt hänvisas till professionella ställföreträdare, vilket vore olyckligt med tanke på strävan efter normalisering för gruppen.

## **7.8 Andra stödinsatser – kontaktpersoner, boendestöd, koordinatörer och case managers**

De svårigheter personer med psykiskt funktionshinder kan ha att navigera i de komplexa vård- och stödsystemen, har medfört att flera funktioner uppstått inom organisationerna för att hjälpa enskilda att få rätt hjälp. Nedan följer en kortare sammanfattning av några viktiga exempel, varav flera utvecklas vidare i andra kapitel.

### **Kontaktperson**

Inom socialtjänsten utses ofta kontaktpersoner som insats till personer med psykiskt funktionshinder. Det finns två olika typer av kontaktpersoner, dels en som beviljas enligt socialtjänstlagen, dels en som beviljas enligt LSS.

Kontaktperson enligt socialtjänstlagen skall vara en särskilt utsedd person som kan få i uppdrag att ge den enskilde stöd när det gäller hans eller hennes personliga angelägenheter (prop. 1979/80:1). Detta exemplifieras i förarbetena med uppgifter som att ge stöd till att boka läkarbesök, ordna utbildning, söka arbete eller skaffa bostad. Kontaktpersonen ska vara en lekman, och han eller hon får en mindre ersättning för uppdraget, samt ersättning för eventuella omkostnader

Kontaktperson kan också beviljas enligt LSS. Detta uppdrag har dock en annan karaktär. Kontaktpersonen enligt LSS ska fungera som en social kontakt och hjälpa den enskilde till fritidsaktiviteter och socialt umgänge. Därför diskuteras inte funktionen mer i detta avsnitt.

### Boendestöd

Boendestöd utvecklades i samband med att psykiatireformen trädde i kraft. Innehållet i insatsen utvecklas i kapitel 2, men i korthet kan en flora av olika stödfunktioner inrymmas i funktionen, från stöd i boendet till stöd i kontakten med myndigheter, sjukvården, ideella föreningar eller närstående. En boendestödjare kan i vissa fall fylla en viktig funktion för enskilda i deras relation med myndigheter och andra aktörer. Insatsen beviljas enligt socialtjänstlagen, och verksamheten återfinns i socialtjänsten.

### Case managers

Case manager har ibland kallats vårdsamordnare, personlig utförare, lots m.m. I vissa case manager-modeller är rollen huvudsakligen en koordinerande funktion som hjälper personen att hitta rätt och att få tillträde till olika insatser. Detta liknar på många sätt de personliga ombudens uppdrag, och för vissa personer och i vissa skeden passar detta mycket bra. I andra situationer behövs en funktion som är en del av vården och omsorgen, och som kan vara mer drivande i att utveckla insatserna för en person med stora och omfattande behov, samt själv ge vissa vård- och stödinsatser.

En case manager återfinns vanligen i hälso- och sjukvården och kan ha följande arbetsuppgifter:

- Ansvara för planering och uppföljning av insatser.
- Säkerställa kontinuiteten i patientens kontakter.

- Ha det samlade ansvaret för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp genomförs.
- Genomföra vissa vård- och stödinsatser, som t.ex. hjälp med medicinering eller hjälp med ekonomin.
- Ge krisstöd vid behov.
- Vara ombudsman för personen och hjälpa denne att bevaka sina rättigheter.
- Lokalisera och hålla kontakt med de sociala, medicinska och psykiatriska insatser som inte kan erbjudas inom teamet, men som är aktuella för personen det gäller.
- Se till att personens nätverk och eget stödsystem samlas och används som resurs.
- Underlätta kontakten med anhöriga och barn.

Dessa modeller eller arbetsätt kan ses som ett flexibelt sätt att möta de mångskiftande och över tid varierande behov som personer med allvarliga psykiska sjukdomar eller psykiskt funktionshinder har.

Arbetsättet case manager i kombination med samhällsbaserade team med olika kompetenser innebär att patienten eller klienten kan få en sammanhållen vård och omsorg som på ett bra sätt motsvarar personens behov och täcker för honom eller henne viktiga livsområden. Detta uppnås genom ett arbetsätt där case managern är ansvarig för att patienten eller klienten får de vårdinsatser han eller hon behöver, genom att själv utföra dem eller se till att någon annan gör det. Utöver behandling och omvårdnadsinsatser ska case managern också se till att vardagslivet fungerar, det vill säga bland annat stödja personen till ett fungerande boende, med ekonomin, hjälpa till med deklARATIONEN, underlätta för klienten att ta del i allmänna val, och stödja klienten i att hitta meningsfullt arbete eller sysselsättning och ha en fungerande fritid. För att få en tillräcklig verkningsgrad är det lämpligt att case managern verkar inom ramen för samhällsbaserade team som arbetar inom huvudmännens ansvarsområden, men över huvudmannagränserna med både sociala och psykiatriska insatser.

## Råd och stöd

Ansvaret för insatserna enligt LSS åvilar kommunerna med undantag för insatsen råd och annat personligt stöd som ligger hos landstingshuvudmännen. Inom några landstingsområden har in-

rättats råd- och stödteam för vuxna inom lagens personkrets 3, däribland personer med psykiskt funktionshinder. Råd och stöd i dessa fall kan fungera som ett personligt stöd och innebära hjälp till brukaren med att få tillgång till vård, stöd och rehabilitering.

### Koordinatorer

I kapitel 6 utvecklas Nationell psykiatrisamordnings förslag om att införa koordinatorer. Koordinatorerna jämförs med personliga ombud i rehabiliteringssystemet, och deras uppgift ska vara att i en fristående, flexibel roll hjälpa enskilda med att få rehabilitering och tillgång till meningsfull sysselsättning eller arbete. En koordinator ska ha ett utåtriktat uppdrag, och samordna den enskildes rehabilitering utifrån hans eller hennes motivation, och i detta arbete använda alla rehabiliterande verksamheter som erbjuds av samhället.

Koordinatorns uppdrag är i första hand att bistå enskilda att hitta arbete och meningsfull sysselsättning, men han eller hon ska också samordna andra myndigheters insatser för att få till stånd en rehabilitering för den enskilde. Funktionen är knuten till Försäkringskassan, och koordinatören har ett visst myndighetsutövande uppdrag eftersom en del av funktionen är att bevilja och följa upp aktivitetsstöd.

Sammanfattningsvis finns ett antal delvis överlappande, delvis kompletterande funktioner som bistår enskilda personer med psykiskt funktionshinder att få tillgång till samhällets stödstrukturer. Enligt Nationell psykiatrisamordning bör det finnas ett brett utbud hos flera aktörer för att öka möjligheterna att komma i kontakt med relevanta stödfunktioner. Nationell psykiatrisamordning bedömer att ett varierat utbud är positivt, och att det hos de olika funktionerna finns en särart som kan vara värdefulla vid matchningen med den enskildes behov. Samtidigt bör risken för att de olika samordningsfunktionerna i sig blir svåröverblickbara och risken för att likartade uppgifter handläggs på alltför många olika händer beaktas.



**Figur 7.1** Sammanfattning av några olika insatser för stöd och ökad tillgänglighet

FUNKTION	Grad av professionalitet	Grad av rättshandlingsförmåga	Grad av frivillighet för den enskilde	Huvudsakliga arbetsområden
God man*	Lekman	Hög	Hög	Ekonomi, bevaka rätt, sörja för person
Förvaltare*	Lekman	Hög	Låg	Ekonomi, bevaka rätt, sörja för person
Personliga ombud	Professionella	Låg	Hög	Brett uppdrag, arbetar helt och hållet på den enskildes uppdrag
Kontaktperson	Lekman	Låg	Oftast hög	I allmänhet avgränsade uppdrag
Boendestöd*	Professionella	Låg	Hög	Stöd i boende, men kan vara behjälplig i andra delar av livet
Case managers	Professionella	Medel	Medel	Främst att bistå inom vårdsystemet, kan inkludera samordning av andra huvudmäns insatser
Koordinatorer	Professionella	Medel	Medel	Främst att bistå inom rehabiliteringssystemet, kan inkludera samordning av andra huvudmäns insatser

\*= avgiftsbelagd för den enskilde.

## 8 Barn och ungdomar

Vuxna med allvarliga psykiska sjukdomar eller psykiska funktionshinder har ofta haft kontakt med socialtjänsten, eller barn- och ungdomspsykiatrin under tonåren. Flera rapporter pekar på att de erbjudna insatserna inte har givit dem och deras familjer tillräcklig hjälp att vända en negativ utveckling. Orsaker till detta uppges bland annat vara att barnens svårigheter inte uppmärksammats i tid, och att de insatser som erbjudits inte har varit tillräckligt verk-samma. Därför måste man öka kunskapen om systematiserad identifiering av risker och behov, samt tillämpningen av verk-samma arbetssätt. Samhället måste använda insatser som ger möjlighet att vända en negativ utveckling genom att minska riskfaktorerna, stärka skyddsfaktorerna och motverka uppkomsten av nya problem.

Nationell psykiatrisamordning har valt att lyfta fram hela området insatser till barn och ungdomar, i stället för att bara fokusera på barn och ungdomar med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionshinder. Tidiga insatser, som ger goda förutsättningar att både identifiera problem tidigt och att ge effektiva insatser snabbt, kan förhoppningsvis förebygga en negativ utveckling för både barnen och deras familjer. När någon aktör inom vård eller omsorg misstänker att ett barn eller en ungdom lider av psykisk ohälsa ska utredningen och bedömningen göras snabbt. Behandlings- och stödinsatserna ska sedan ges efter behov och utifrån en helhetsbedömning där olika vård- och stödinsatser samplaneras och integreras. Grunden för alla insatser ska vara aktuell kunskap och så långt som det är möjligt ska evidensbaserade metoder tillämpas.

En utveckling av hela detta område är ett kraftfullt sätt att på sikt förbättra den psykiska hälsan i samhället, och livssituationen för de personer som riskerar att utveckla psykiska funktionshinder.

## 8.1 Barn och ungdomar i Sverige

En femtedel av Sveriges befolkning är barn och ungdomar under 18 år. År 2005 fanns det närmare två miljoner barn i Sverige, och av dem var 943 000 flickor och 994 000 pojkar. Ungefär 14 procent av alla svenska barn har utländsk bakgrund. Antalet barn som föds varierar stort över åren och därför skiljer sig också storleken på barnkullarna åt. I dagsläget finns störst antal barn i åldrarna 13–14 år, ett resultat av den s.k. babyboomen i början av 1990-talet. Dessa stora barnkullar kommer snart upp i övre tonåren, och ungdomar är en grupp som har ett ökat behov av socialt stöd. Studier har bl.a. visat att det under ungdomsperioden finns en ökad risk för ohälsa, missbruk och kriminalitet.

Ungdomsperioden har blivit längre eftersom etableringen i samhället, familjebildandet etc. sker senare i dag jämfört med tidigare generationer. Erfarenheterna visar att under ungdomsperioden är behovet av stöd ökat och enligt Social rapport 2006 (Socialstyrelsen, 2006a) är unga vuxna en grupp som under de närmaste tio åren kan komma att behöva relativt mycket sociala insatser. En annan aspekt på detta är att en längre ungdomsperiod innebär att åldersgränserna för olika verksamheter bör anpassas.

Antalet barn i förskoleålder kommer att öka de närmaste åren, samtidigt som antalet barn i grund- och gymnasieskola minskar. Trots en uppskattad ökning av den totala befolkningen i Sverige förväntas antalet barn och ungdomar under 18 år att minska den närmaste tioårsperioden (SCB, 2005). Även i fortsättningen kommer det att vara stora storleksskillnader mellan åldersgrupperna, vilket också ställer stora krav på en flexibel samhällsapparat.

### 8.1.1 Hur mår de unga?

Barn och ungdomar i Sverige är i allmänhet nöjda med sin tillvaro i familjen, i skolan och på fritiden (Socialstyrelsen, 2006a). Det är intressant att konstatera att utlandsfödda barn har en starkare framtidstro och är mer optimistiska än barn födda i Sverige. Samtidigt framkommer att klyftorna ökar mellan olika grupper av unga, liksom att utsattheten och ohälsan ökar hos vissa. Barns och ungdomars hälsofrågor domineras i dag av psykiska, sociala och psykosomatiska problem.

Andelen barn och ungdomar som uppger sig ha psykiska och psykosomatiska symtom har ökat, liksom behovet av barnpsykiatrisk vård och förskrivning av antidepressiva läkemedel. Särskilt bland flickor tycks den psykiska ohälsan öka, men entydiga belägg saknas. Unga kvinnor i åldrarna 15–24 år är kraftigt överrepresenterade när det gäller självmordsförsök; andelen som vårdas för självmordsförsök har stadigt ökat sedan 1990-talet. Antalet fullbordade självmord har inte heller minskat för denna grupp i samma utsträckning som för resten av befolkningen. När det gäller fullbordade självmord bland unga är män överrepresenterade. Regeringen gav år 2005 Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för självmordsprevention. Syftet med programmet ska vara att bidra till ett minskat antal självmord och självmordsförsök i befolkningen. Uppdragen ska redovisas senast den 15 december 2006.

Barn och ungdomar i socioekonomiskt utsatta familjer har oftare psykiska störningar samt psykiska och psykosomatiska symtom. Självmord, självmordsförsök och andra självtillfogade skador är mer än dubbelt så vanligt bland ungdomar i nedre tonåren i socioekonomiskt missgynnade grupper (Socialstyrelsen, 2006a).

Mellan tio och femton procent av alla barn söker barnpsykiatrisk konsultation någon gång under uppväxten. Två av tre i denna grupp kan ges en entydig diagnos baserad på symtom. De övriga har mindre tydliga tillstånd och söker hjälp på grund av till exempel relationsproblem eller psykosomatiska problem.

Psykiska problem förekommer hos minst fem till tio procent av alla barn och ungdomar vid en viss tidpunkt, även om man använder mycket strikta och snäva definitioner. Många av de barn och ungdomar som signalerar psykisk ohälsa har också problem av social karaktär. Det handlar om små barn vars föräldrar sviktar i omsorgen om dem på grund av en egen psykisk sjukdom eller missbruk, och om större barn som visar upp egna riskbeteenden i form av allvarliga uppförande- och koncentrationsstörningar, aggressivitet, utagerande beteende, brister i den sociala utvecklingen, skolk, missbruk och kriminalitet. Det här är beteenden som ger dem problem med kunskapsinhämtning och måluppfyllelse i skolan, men som också gör deras övriga liv svårhanterligt.

En grov uppskattning är att vart tionde barn är i riskzonen för en negativ utveckling, och att två till fem procent har mer allvarliga problem. Forskning visar att en av två pojkar och en av fem flickor

som före tretton års ålder har ett allvarligt normbrytande beteende riskerar att begå kriminella handlingar (Andershed m.fl., 2005).

Liksom inom befolkningen i övrigt varierar barns och ungdomars psykiska symtom beroende på ålder, kön och utvecklingsnivå. Även bland barn och ungdomar kan det vara viktigt att skilja på psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. *Psykisk ohälsa* är upplevelsen av eller bristen på tillräckligt god egen förmåga att möta utmaningarna i livet. Psykisk ohälsa utgår från barnets egen upplevelse av psykiskt välbefinnande, psykisk ohälsa och mer psykosomatiska besvär som huvudvärk, sömnproblem eller ont i magen. *Psykisk sjukdom* eller *psykisk störning* är den del av psykisk ohälsa som utifrån symtom eller nedsatt funktionsförmåga kan kännas igen av professionellt utbildade och betecknas som ett psykiatriskt syndrom, beteendestörning eller personlighetsstörning. *Psykiskt funktionshinder* är en aktivitetsbegränsning som är långvarig, medfödd, eller orsakad av sjukdom eller skada, (se kapitel 7).

## 8.2 Barn och ungdomar med komplexa och omfattande behov

Det finns olika orsaker till att barn och ungdomar har ett extra stort behov av stöd och vård. Ofta är det en kombination av faktorer som handlar om omgivningen och barnet eller ungdomen själv. Det kan vara sociala, medicinska och psykiska faktorer. En stor andel av de barn och ungdomar som har komplexa eller omfattande problem, har eller riskerar att få mer eller mindre allvarlig psykisk ohälsa. Funktionshinder, både fysiska och psykiska, ökar risken för psykisk ohälsa, liksom missbruk och social utsatthet. Även psykisk sjukdom i sig själv är en riskfaktor för andra psykiska sjukdomar och för sociala problem. Ju fler problem en människa har, desto större är risken för att få ytterligare problem.

### 8.2.1 Missbruk och psykisk sjukdom

Ungdomar med missbruk och beroende av alkohol och droger har i många fall olika typer av beroendeproblem, psykiska sjukdomar, neuropsykiatriska störningar och psykosociala problem. Missbruk och psykisk sjukdom är ofta tätt sammanflätade och det finns också ett samband med kriminalitet och antisocialt beteende.

En tydlig majoritet av ungdomarna som söker sig till Maria Ungdom i Stockholm har en omfattande psykiatrisk problematik som ofta överskuggar de aktuella missbruksproblemen. En uppföljningsstudie (Tengström m.fl., 2006) av ett antal ungdomar som tagits om hand vid Maria Ungdom visade att 82 procent av pojkarna och 90 procent av flickorna av de 180 ungdomarna (med en medelålder på 17 år) hade eller hade någon gång under sin livstid haft en psykiatrisk diagnos utöver missbruksdiagnos. Depression och uppförandestörning var de vanligaste psykiatriska diagnoserna, vilket överensstämmer med den tillgängliga forskningen. I nästan alla fall hade de psykiatriska problemen funnits innan missbruket utvecklades. Ungdomarna hade ofta en svår social situation med splittrade familjer, missbruk och psykisk sjukdom hos föräldrarna samt omsorgssvikt och brist på tillsyn. Mer än två tredjedelar av föräldrarna hade under sin livstid haft en psykiatrisk diagnos och missbruk.

### 8.2.2 Social problematik och psykisk ohälsa

Personal i förskola och skola beskriver ofta att de tidigt kan identifiera barn som senare får en omfattande problematik. Svårigheter att tidigt få rätt stöd till barn och familjer beskrivs som vanligt förekommande. Samtidigt visar en del forskning att det faktiskt är svårt att förutse vilka barn som kommer att få en positiv eller negativ livsutveckling. Ju fler samtidiga riskfaktorer som finns, desto större risk för en negativ utveckling. Omvänt gäller att om det finns många skyddande faktorer så ökar chansen för en positiv utveckling.

Barn med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder som har föräldrar som har psykiska eller sociala problem är självklart utsatta. Barn med ensamstående och arbetslösa föräldrar som har ekonomiskt bistånd under flera år och som har psykiatriska eller sociala problem, löper hög risk att någon gång under uppväxten hamna i familjehem eller institutionsvård.

De insatser som samhället ger ska minska riskfaktorerna och öka de skyddande omständigheterna. Problemet är att barn och unga med en sammansatt problematik ofta kräver flera helt skilda insatser som helst ska ges i ett sammanhang för att förbättra situationen. I den sociala omsorgen och i vården upplever personalen ofta att de är otillräckliga och ensamma i den praktiska

situationen när det handlar om att hjälpa barn med omfattande problem. Problematiken är inte ny. Flera statliga utredningar har under de senaste decennierna diskuterat stöd och vård till barn och ungdomar med en kombination av psykiska och sociala problem och missbruk. I slutbetänkandet Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (SOU 1985:14) sammanfattas socialtjänstens kritik med att barn- och ungdomspsykiatrin endast hjälper barn och ungdomar med lättare svårigheter och problem, medan socialtjänsten ensam får ansvara för de barn och ungdomar som är aggressiva och utagerande, eller som missbrukar beroendeframkallande medel. Olika sätt att definiera psykisk och social problematik var det största hindret för god samverkan mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin.

Nationell psykiatrisamordning har dock även fått exempel på goda erfarenheter och välutvecklade samarbetsformer. Positiva resultat rapporteras från verksamheter som skapat gemensamma arbetssätt där praktiska sociala insatser kombineras med psykiatrisk behandling, stöd ges till både barn och vuxna i familjen, och man kan hantera problem från olika livsområden.

Trots att tidiga insatser, stöd till barn och föräldrar i deras vardagssituation liksom behandlingsinsatser i öppenvård betonas tycks många insatser och mycket resurser gå till tonåringar och placeringar i dygnsvård. Insatserna till barn med identifierade risksituationer är ofta trevande, och det är vanligt med beskrivningar om utebliven hjälp trots att behoven är påtalade. Insatserna kommer till stånd först när det gått för långt och det är nödvändigt med placeringar i dygnsvård eller inläggning på sjukhus. Inom socialtjänsten råder stor brist på kunskap om vilka metoder som är verksamma för olika varianter av öppenvårdsstöd. Även resurserna för stöd i öppenvård är bristfälliga.

Barn som placeras i social dygnsvård före tonåren har höga överrisker för en rad ogynnsamma utfall i tonåren eller i ung vuxen ålder: självmord, självmordsförsök, allvarlig psykisk sjukdom, låg inkomst och föräldraskap under tonåren. Beskrivningen i Social rapport 2006 (Socialstyrelsen, 2006a) avslutas med konstaterandet att den långsiktiga kompensationskraften i dagens vård verkar vara svag. Utvecklingen för de barn som hamnar i social dygnsvård under tonåren är än mer bekymmersam, särskilt för de pojkar och flickor som placeras på grund av beteendeproblem.

En stor andel av placeringarna i dygnsvård avbryts i förtid, och ungefär hälften av de ungdomar som återvänder hem efter placeringen återkommer inom två år.

För många av de ungdomar som har stora och komplexa behov innebär tonåren början på en serie av olika negativa händelser och samhällsingripanden som sedan fortsätter i vuxen ålder. Av de 20 000 barn och ungdomar som av sociala skäl vårdas utanför sina föräldrahem, placeras cirka 1 100 hos Statens institutionsstyrelse (SiS). En fjärdedel av dessa är flickor. De flesta ungdomar som vårdas på något av SiS 33 särskilda ungdomshem är omhändertagna enligt LVU (lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga) eller enligt SoL (socialtjänstlagen). När ett barn eller en ungdom placeras inom SiS har den kommunala socialtjänsten oftast redan prövat en mängd olika insatser. Det handlar bland annat om placeringar i familjehem och på kommunala eller privata institutioner. De inskrivna ungdomarna i SiS ungdomsvård har en mångfacetterad problembild, ofta med inslag av psykisk ohälsa.

De uppgifter som finns om de placerades psykiska ohälsa från 1997 är ganska stabila mellan åren (SiS, 2005). I ett underlag med intervjuer av 645 ungdomar uppgav närmare hälften av ungdomarna (48 procent) att de hade haft en svår depression, 29 procent att de hade haft självmordstankar och 21 procent att de hade gjort självmordsförsök. 38 procent uppgav att de haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri under uppväxten. Flickorna upplevde mer problem än pojkarna. Personalen som hade intervjuat och skattat resultaten gjorde bedömningen att psykiatrisk hjälp var nödvändig eller absolut nödvändig för 41 procent av ungdomarna. Resultaten från flera undersökningar visar att personer som är eller har varit i social dygnsvård under tonåren har ett jämförelsevis stort behov av stöd från psykiatri.

### 8.3 Svensk barn- och ungdomspolitik

Målet för barnpolitiken i Sverige är att barn ska respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (Rskr 2005/06:206). Med utgångspunkt ifrån de grundläggande principerna i FN:s barnkonvention har politiken följande inriktning:



- Inget barn får diskrimineras på grund av nationellt, etniskt eller socialt ursprung. Inte heller på grund av kön, religion, funktionshinder eller liknande skäl.
- Barnets bästa ska alltid vara vägledande vid allt beslutsfattande, och vid alla åtgärder som rör barn och unga.
- Barn och unga ska tillåtas att utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar.
- Barn och unga ska ges möjlighet att framföra och få respekt för sina åsikter i frågor som berör dem.

Barnkonventionen utgör också en väsentlig grund även för ungdomspolitiken som i huvudsak rör 13–25-åringar.

Insatser inom ramen för den generella välfärdspolitiken är basen för att kunna förverkliga barnkonventionens mål. De välfärdspolitiska insatserna för att garantera flickor och pojkar jämlika uppväxtvillkor inkluderar tillgång till en förskoleverksamhet, skola, skolbarnsomsorg och mödra- och barnhälsovård av god kvalitet och på lika villkor. Föräldrarna har ett gemensamt huvudansvar för barnets uppfostran och utveckling. Samhällets uppgift är att stödja och komplettera föräldrarna så att alla barn garanteras goda och trygga uppväxtvillkor, vilket bl.a. inkluderar olika insatser som gör det möjligt för båda föräldrarna att kunna vara delaktiga i och ta ansvar för barnets uppväxt.

Sverige har en hög ambitionsnivå i sin barnpolitik. Den 20 november 1989 antog FN:s generalförsamling konventionen om barnets rättigheter, den s.k. barnkonventionen. Sverige ratificerade konventionen året därpå, i juni 1990, och strax därefter trädde konventionen i kraft. År 1996 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentarisk kommitté, Barnkommittén, med uppdrag att göra en bred översyn av hur svensk lagstiftning och praxis stämmer överens med barnkonventionens bestämmelser och intentioner. Barnkommittén kunde konstatera att vår lagstiftning i stort överensstämmer med de krav barnkonventionen ställer, men att det krävs förstärkta och samordnade insatser för att omsätta dem i praktiken. Ett direkt resultat av kommitténs arbete var regeringens förslag till en nationell strategi för att förverkliga barnkonventionen (prop. 1997/98:182). Förslaget kom 1998, och en enig riksdag antog det i mars 1999. Sverige lämnade under 2002 sin tredje rapport till Barnrättskommittén, och den behandlades i januari 2005 vid ett offentligt möte i Genève. Kommittén framförde att den uppskattar Sveriges arbete med att förverkliga barnkonven-

tionen, och det tjänar som ett mycket gott exempel för andra länder i världen. Det finns dock situationer och grupper av barn som särskilt bör uppmärksammas i det fortsatta arbetet att förverkliga barnkonventionen.

Kommittén rekommenderar (prop. 1997/98:182) att det i Sverige skapas en permanent struktur av enskilda organisationer och relevanta departement, landsting och kommuner för att kunna samordna alla aktörers åtgärder för genomförandet av konventionen, och deras sammanfattande slutsatser. Regeringen konstaterade att förslaget inte stämmer med Sveriges författningsordning men är dock medveten om behovet av en kontinuerlig och koordinerad dialog med de enskilda organisationerna. Regeringen beslutade därför i juni 2005 att inrätta Barnrättsforum, en plattform för strukturerad dialog mellan regeringen och de enskilda organisationer som arbetar med och för barn. En ny lag (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever trädde i kraft 1 april 2006. Lagen ska främja barns och elevers lika rättigheter i utbildning och annan verksamhet som avses i skollagen, samt motverka diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder. Lagen ska dessutom motverka annan kränkande behandling, som mobbning. Enligt lagen ska den som ansvarar för verksamheten – staten, en kommun, ett landsting eller en enskild – bedriva ett målinriktat arbete för att främja dessa ändamål.

Riksrevisionen undersökte hösten 2004 om regeringen och myndigheterna har följt den nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen (se ovan) samt regeringens information till riksdagen (RIR 2004:30). Granskningen visar att många åtaganden fortfarande inte är infriade, och att man hittills sett relativt små effekter av de vidtagna åtgärderna. Det är exempelvis sällsynt med barnkonsekvensanalyser i samband med beslut som berör barn och unga inom olika samhällssektorer.

I en skrivelse till riksdagen (Rskr 2005/06:206) uttryckte regeringen en tydlig vilja att stärka utvecklingen inom barnområdet. Barnombudsmannen ska även fortsättningsvis vara en spjutspets i arbetet med barnkonventionen i Sverige genom att aktivt verka för att stödja, driva på och bevaka arbetet med att genomföra barnkonventionen. Dessutom ska ombudsmannen kontinuerligt uppmärksamma framsteg och brister i förverkligandet av barns rättigheter och intressen. Samtidigt måste man göra fler uppföljningar

och utvärderingar av resultaten och effekterna av de strategiska insatser som genomförs, för att öka planmässigheten och systematiken i det strategiska arbetet.

Regeringen konstaterade att de flesta av de viktigaste besluten som rör barns livsvillkor och rättigheter fattas på lokal nivå, i kommuner och i landsting. Möjligheterna att förverkliga barnpolitikens målsättning för varje barn som lever i Sverige beror därför i hög grad på kommunernas och landstingens vilja och förmåga att vidta de åtgärder som behövs inom sina respektive kompetensområden. Regeringen konstaterade redan i den vidareutvecklade strategin (skr. 2003/04:47) att en viktig förutsättning för ett framgångsrikt arbete är att den kommunala sektorn involveras i och tar ansvar för utvecklingsarbetet. Regeringen konstaterade vidare att kommunerna och landstingen kan behöva mer stöd och resurser av olika slag för att möta barns och ungdomars behov och ständigt förbättra deras livsvillkor. Den strategiska hållningen är att vid sidan om lagstiftning, fördelning av statsbidrag och stimulansbidrag erbjuda kommunerna och landstingen stödinsatser i form av välfungerade modeller och arbetssätt. Dessutom vill man uppmuntra, tillvarata och stödja den positiva utveckling som pågår på lokal och regional nivå.

### 8.3.1 Barnombudsmannen (BO)

Barnombudsmannens, BO:s, huvuduppgift är att företräda barns och ungdomars rättigheter och intressen med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Myndigheten ska utbilda och informera om barnkonventionen, men också bevaka hur konventionen efterlevs i samhället. BO lämnar till exempel förslag till regeringen på ändringar i svensk lagstiftning och arbetar för att statliga myndigheter, kommuner och landsting ska använda barnkonventionen som en utgångspunkt i sitt arbete. BO:s uppgifter är i korthet:

- Företräda barn och ungdomar.
- Driva på genomförandet av barnkonventionen.
- Bevaka efterlevnaden av barnkonventionen.
- Information och opinionsbildning.
- Kunskapsinhämtning, forskning och statistik.
- Internationellt kunskapsutbyte kring barnkonventionen.

## 8.4 Vem ansvarar för vad?

### 8.4.1 Mödra- och barnhälsovården

Mödra- och barnhälsovården når nästan alla barn och föräldrar i Sverige. Den har hög acceptans i alla socialgrupper och har därför en unik ställning när det gäller att tidigt identifiera och stödja barn i familjer där det kan finnas en förhöjd risk för negativ psykosocial utveckling för barnen. Mödra- och barnhälsovården har både ett medicinskt och ett psykosocialt ansvar. Då ohälsopanoramats i dag förskjutits från traditionellt medicinska till mer psykosociala problem krävs nya arbetssätt och metoder. Generellt stöd, i form av till exempel föräldrautbildning, har vetenskapligt stöd (Folkhälsoinstitutet, 2004), men används fortfarande i begränsad omfattning. Insatser som riktar sig specifikt till psykologiskt och socialt utsatta grupper har visst stöd men det behövs ytterligare utvärderingar och forskning.

Eftersom det saknas strukturerade och väldokumenterade metoder för att upptäcka och avhjälpa psykosocial problematik ser det psykosociala arbetet som bedrivs inom mödra- och barnhälsovården väldigt olika ut. Exempel på det psykosociala arbetet är föräldragrupper, individuellt stöd från barnmorska eller förmedling av kontakt med andra yrkesgrupper, till exempel psykologer.

### 8.4.2 Elevhälsan

I proposition 2001/02:14 föreslår regeringen att skolhälsovården och elevvården ska slås samman och bilda det gemensamma ansvarsområdet *elevhälsa*. Elevhälsan ska ha ett brett angreppssätt på elevens hela situation utifrån ett medicinskt, psykologiskt, psykosocialt och specialpedagogiskt perspektiv. I regeringens remiss till lagrådet med förslag om en ny skollag framgår att elevhälsan främst ska vara förebyggande, hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling. Inom elevhälsans verksamhet ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att de kan möta elevernas behov av förebyggande och hälsofrämjande elevhälsa. För elevhälsans medicinska verksamhet ska det finnas skolläkare och skolsköterska. I lagrådsremissen framgår det också att om lärarna befarar att en elev inte kommer att nå de mål som minst ska uppnås, ska rektorn se till att elevens behov av särskilt stöd utreds. Behoven ska även utredas om eleven uppvisar andra svårigheter i

skolsituationen. Däremot finns det ingen definition av begreppet *särskilt stöd* i förslaget till lagtext.

I riktlinjer för skolhälsovården (Socialstyrelsen 2004g) beskrivs skolhälsovården som en viktig aktör i det hälsopreventiva arbetet och att personalen vid hälsobesöken bör lägga stor vikt vid att få en uppfattning om elevens psykiska välbefinnande och kartlägga hinder för elevens utveckling. Det kan gälla begränsningar i barnets förutsättningar, skolans pedagogik, miljöförhållanden, riskfyllda levnadsvanor och psykiska eller sociala problem. Om det finns riskfyllda levnadsvanor ska skolhälsovården, tillsammans med vårdnadshavare, eventuellt annan skolpersonal och andra resurspersoner inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, kunna erbjuda välplanerade insatser för att motverka en uppenbar riskutveckling. Skolhälsovårdens öppna mottagningar är enligt riktlinjerna en del i ett generellt förebyggande och hälsofrämjande arbete som inte ska blandas ihop med det ansvar som primärvården har.

Under början av 1990-talet minskade resurserna i skolan och antalet elever per anställd i elevhälsan ökade. Den här utvecklingen vände dock under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet då antalet elever per skolkurator blev färre, från 1 495 elever 1997 till 976 elever 2003, enligt Skolverkets statistikdatabas.

### 8.4.3 Socialtjänsten

Enligt socialtjänstlagen ska kommunerna arbeta för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden, följa utvecklingen hos de barn och ungdomar som visar tecken på ogynnsam utveckling, förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdomar, och i nära samarbete med hemmet se till att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd de behöver. När man fattar beslut som rör barn ska barnens bästa särskilt beaktas. Under senare år har kommunerna utvecklat arbetet med öppenvårdsinsatser så att allt mer av det sociala arbetet bedrivs på hemmaplan, och metoderna har också utvecklats. Insatserna kan variera allt ifrån råd och stöd, till målinriktade program där ett barn eller en ungdom och familjen är inskriven dagtid. Utbudet av öppenvårdsinsatser varierar mellan olika kommuner. De större kommunerna kan ibland erbjuda många olika alternativ medan mindre kommuner har mer begränsade möjligheter (SOU 2005:81). Institutionsvården har ökat trots att

många kommuner har haft ambitionen att minska den och i stället erbjuda andra insatser.

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i familjehem eller i ett hem för vård eller boende (HVB). Varje kommun ansvarar för att det finns tillgång till familjehem och hem för vård eller boende för dem som behöver vårdas utanför det egna hemmet. Insatser inom socialtjänsten ska göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare. När samförstånd inte är möjligt, och det finns grund för ett omhändertagande enligt lag (1990:52) om vård av unga (LVU), ska socialnämnden ansöka hos länsrätten om omhändertagande för vård. Det kan antingen vara att den unges föräldrar inte kan ge det stöd som krävs för en bra uppväxt (§ 2, de så kallade miljöfallen) eller att den unge själv lever ett destruktivt liv med exempelvis missbruk eller kriminalitet (§ 3, de så kallade beteendefallen). Missförhållandena ska vara så pass allvarliga att det finns en stor risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas, och att den vård som behövs inte kan ges på frivillig väg.

### Insatser och resurser

Under år 2004 fick cirka 28 600 barn och ungdomar någon gång under året en behovsprövad öppenvårdsinsats från socialtjänsten, en siffra som har varit mer eller mindre konstant under en femårsperiod. Av barnen i åldrarna 0–12 år fick en procent någon öppenvårdsinsats, motsvarande siffra för 13–17-åringarna var nästan två procent och bland ungdomarna 18–20 år drygt en procent.

Vid mättillfället 1 november 2004 var 14 900 barn och ungdomar placerade i dygnsvård. Antalet barn och ungdomar som har fått dygnsvård någon gång under året har ökat mellan en och tre procent för varje år under de senaste fem åren. Det är mest tonåringar som placeras i dygnsvård, men andelen unga vuxna (18–20 år) har ökat på senare år.

Kostnaderna för barn- och ungdomsvården var 10,9 miljarder kronor år 2004. Av dessa användes nästan fyra miljarder kronor till att köpa verksamhet från företag och andra organisationer (SCB, 2005) Det finns stora variationer i de olika kommunernas resurser. Kostnaden per invånare varierar mellan 63 kronor och 2 863 kronor. Kommunernas kostnader för barn- och ungdomsvården ökade

med 18 procent år 2000–2004, och där var det kostnaderna för öppna insatser som ökade mest (Socialstyrelsen, 2006a).

#### 8.4.4 Familjecentraler

Det är oklart hur många familjecentraler det finns i landet i dag. Befintliga uppgifter varierar mellan 100 och 200 stycken beroende på hur begreppet familjecentral definieras och beroende på vem som svarar på frågan. Enligt den definition som Föreningen för familjecentraler använder ska en familjecentral innehålla minst mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst. I Sverige har familjecentraler inte fått något särskilt nationellt stöd och någon större utvärdering av verksamheternas nytta har inte heller gjorts. Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén föreslog därför i sitt betänkande (SOU 2005:81) att Socialstyrelsen skulle ges i uppdrag att kartlägga och utvärdera familjecentralerna och liknande verksamheter i Sverige.

I Norge tillämpas familjecentralskonceptet. Familjecentralerna har där varit en metod för att införa den Opptappingsplan för psykisk helse som genomförs i Norge mellan 1999 och 2006. Där har verksamheten haft nationellt stöd i form av en samordnare och man har gjort en utvärdering (Evaluering av försök med familjecentraler i Norge 2006). Resultatet visar bl.a. att anställda i familjecentraler förstår och vågar mer, både när det gäller att se och handla, när de slipper ta ansvar ensamma. Professionell ensamhet är ett passerat stadium för deltagarna i en familjecentral och ny tvärfacklig metodik håller på att utvecklas.

#### 8.4.5 Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningarna riktar sig till ungdomar och unga vuxna i åldrarna 13–25 år, och arbetar företrädesvis med preventivmedelsrådgivning och rådgivning i sex- och samlevnadsfrågor. Det finns drygt 200 ungdomsmottagningar i landet, varav cirka hälften drivs gemensamt av landsting och kommuner. Verksamheten bedrivs både individuellt och riktad mot grupper, och i form av utåtriktat arbete. I personalgrupperna finns barnmorskor, läkare och kuratorer, men också psykologer förekommer. Det är mest flickor som kommer till ungdomsmottagningarna, främst för preventivmedels-

rådgivning, men många har också psykiska problem. Enligt Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har cirka tio procent av dem som kommer någon form av psykiska problem. Det finns goda exempel på verksamheter med ett utvidgat uppdrag där det finns resurser att även möta psykosociala problem.

#### **8.4.6 Primärvården**

Primärvården har ett ansvar för personer i alla åldrar och alla tillstånd enligt § 5 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), och ska därmed också vara första linjens psykiatri även för barn och ungdomar. Psykosomatiska problem som huvudvärk, sömnproblem, trötthet och magont är vanliga orsaker när barn och ungdomar söker primärvård. Det kan vara tecken på psykisk ohälsa eller sociala problem, lika väl som kroppslig sjukdom, vilket kräver kompetenta bedömningar. Det finns familjecentraler och primärvårdsmottagningar som har ett stort utbud av insatser för barn och ungdomar med psykosociala problem. Bilden är dock mycket skiftande över landet och det finns områden där man anser att primärvården inte har ansvar för barn och unga med psykiska problem, och där barn- och ungdomspsykiatri i stället ser sig som också första linjens psykiatri. Generellt kan noteras att det finns ett stort behov av ökad kompetens och ökade resurser för att på bästa sätt kunna möta barn och ungdomars behov. Dessutom är utökade samarbetsformer med andra aktörer avgörande för att gemensamt kunna hjälpa barn och familjer med sammansatta problem.

#### **8.4.7 Barn- och ungdomspsykiatri**

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en specialistresurs inom hälso- och sjukvården. Den har under 1990-talet och fram till nu genomgått stora förändringar. Antalet slutenvårdsplatser har minskat kraftigt och på många platser i landet finns endast mycket få platser för akuta tillstånd. Antalet platser i hela landet har minskat från 534 platser år 1990 till 236 år 2005.

Öppenvårdsinsatserna har däremot byggts ut i stor omfattning, men tillflödet av barn har också varit kraftigt. Barnpsykiatri möter i dag ett stort antal barn som inte tidigare sökte sig till barnpsykiatri. Skälen till den ökade tillströmningen bedöms bland



annat vara nedskärningar i offentliga verksamheter så som förskola, skolhälsovård och elevvård. Ett annat skäl är en generell attitydförändring i samhället som har bidragit till att det inte längre är lika skamfyllt att söka psykiatrisk hjälp. Kravet på diagnostisering av neuropsykiatriska problem för att få extra resurser i förskola och skola har också bidragit till ökningen.

Utvecklingen mot öppna vårdformer är övervägande positiv. Utrednings- och behandlingsmetoderna har utvecklats och erfarenheterna har visat att många tillstånd behandlas bättre i barnets eller ungdomens närmiljö med öppenvårdsbaserade insatser. Det finns dock en liten grupp barn och ungdomar som är svårt sjuka i psykos, drogrelaterade tillstånd, självskadebeteende och utagerande tillstånd som barnpsykiatrin i vissa lägen har svårt att möta. Anledningen är ibland ren platsbrist men andra gånger för att det inte finns slutenvårdsenheter som klarar av att hantera en stökig, utagerande tonåring. Det innebär att dessa ungdomar i stället hänvisas till HVB eller SiS-institutioner. I vissa fall får barnets eller ungdomens familj bära ett allt för stort ansvar.

### Resurser, prestationer och väntetider

Under den senaste femårsperioden har det blivit allt vanligare med rapporter om barns och ungdomars ökade psykiska ohälsa. Hur barn- och ungdomspsykiatris resurser har förändrats under samma tid går inte att bedöma eftersom det inte finns någon nationell statistik. Verksamheten inom BUP utgör tio procent av psykiatris totala kostnad år 1996, vilket skulle innebära cirka 1,4 miljarder kronor år 2005 (SOU 1998:31).

Nationell psykiatrisamordning har tillfrågat landsting och regioner hur mycket barn- och ungdomspsykiatrin kostade i länet eller regionen år 2005.<sup>1</sup> Alla landsting och regioner svarade, och den sammanlagda kostnaden för barn- och ungdomspsykiatrin uppgick enligt de inkomna svaren till cirka 2,1 miljarder kronor år 2005. Om denna siffra stämmer innebär det att BUP ökat sin andel av den totala kostnaden för specialistpsykiatrin från cirka 10 procent till cirka 15 procent år 2005.

Större delen av arbetet inom BUP utförs numera i öppenvården och är ett teamarbete med många olika yrkesgrupper. Det finns få nationella mått på öppenvårdsprestationer, och främst finns upp-

---

<sup>1</sup> Avser alla kostnader exklusive lokalkostnader.

gifter om besök hos läkare och besök hos övriga personalkategorier. De senare är sammantagna i kategorin *annan personal*. Under 2004 gjordes 69 400 besök hos läkare och 430 300 besök hos andra personalkategorier inom barn- och ungdomspsykiatri i offentlig vård. Barn och ungdomar söker också primärvård och barn- och ungdomsmedicin för psykiska problem, men här finns ingen nationell statistik

En allmän uppfattning inom den sociala barn- och ungdomsvården är att väntetiderna har blivit längre och att möjligheterna att få hjälp från BUP har försämrats. Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (S 2003:06) ställde i sin enkät frågor om väntetider till alla BUP-verksamheterna i landet. Det vanligaste svaret (25 procent) på frågan om vilken väntetid verksamheten hade för första besöket vid planerad mottagning var att det berodde på prioritet. Av övriga svaranden angav 14 procent att väntetiden för ett första besök var mer än en månad, 20 procent cirka en månad och 35 procent två veckor eller kortare väntetid.

## 8.5 Tidigare utredningar och ställningstaganden avseende tidiga insatser till barn och ungdomar

Nationell psykiatrisamordning konstaterar att barns och ungdomars hälsa är ett område där det gjorts många utredningar och presenterats en mängd förslag, strategier och dokument i syfte att förbättra barnens situation i samhället.

Barnpsykiatrikommittén anlade ett folkhälsoperspektiv på barns och ungdomars hälsa och argumenterade för att prioritera förebyggande insatser. I kommitténs betänkande (SOU 1998:31) framhölls att basverksamheterna, dvs. mödra- och barnhälsovården, skolan, förskolan och elevvården har stor betydelse och potential när det gäller att tidigt identifiera och sätta in åtgärder till barn som kan befinna sig i riskzonen för negativ utveckling. Samtidigt konstaterade man att det psykosociala arbetet inom mödra- och barnhälsovården är oklart definierat och att fler strukturerade metoder behövs. Kommittén betonade också vikten av en väl utbyggd elevvård i skolan som är lättillgänglig för eleverna. Elevvården borde innehålla specialpedagogisk, medicinsk, psykologisk och social kompetens.

I rapporten *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa* (Skolverket m.fl.,

2004) betonades vikten av att tänka sektorsövergripande och långsiktigt när man diskuterar prioriteringar av insatser som påverkar barns och ungdomars psykiska hälsa. Både ur ett individ- och samhällsekonomiskt perspektiv är det viktigt att insatser för att förebygga psykisk ohälsa ges tidigt och att huvudmännen samverkar när insatserna planeras och genomförs. För att samverkan ska komma till stånd och fungera krävs politisk styrning. Alla berörda parter behöver se samverkan som ett område som kräver tid och resurser för att ge resultat för de berörda barnen och ungdomarna.

Barn- och ungdomsvårdskommitténs handlingsplan tar fasta på förebyggande arbete och tidigt stöd. Barn, ungdomar och deras familjer ska erbjudas tidigt stöd i sådan omfattning och av sådan kvalitet att deras behov av senare insatser förebyggs samtidigt som deras förutsättningar att utveckla sina egna resurser ökar (SOU 2005:81). Kommittén slog också fast att förebyggande arbete inte främst är en uppgift för socialtjänsten utan för basverksamheterna. Vidare föreslogs bl.a. att regeringen ska ge bidrag till kommuner eller kommuner och landsting som startar verksamheter eller etablerar ett fast samarbete kring förebyggande arbete och tidigt stöd som riktar sig till barn och ungdomar som har lämnat förskoleåldern. Dessutom föreslog kommittén att socialnämnderna tillsammans med polisen, skolan och hälso- och sjukvården en gång om året utvärderar samverkan kring förebyggande arbete och tidigt stöd, samt inventerar behovet av ytterligare samverkan.

BO genomförde 2004/2005 en undersökning av barn- och ungdomspsykiatri till följd av oroande tecken på ökad psykisk ohälsa bland barn och ungdomar. BO konstaterade (BO, 2005) att mer resurser behöver avsättas till samtliga basverksamheter. Det behövdes resurser till föräldrastöd under barnets hela uppväxt för att förebygga psykisk ohälsa. Vidare konstaterades att det är nödvändigt med en ökad satsning på elevhälsan, det vill säga skolhälsovården och elevvården, i form av tydlig lagstiftning. I skollagen bör man skriva att samtliga yrkesgrupper (skolläkare, skolsköterskor, skolkuratorer och skolpsykologer) ska finnas i alla skolenheter. BO menade att det behöver tas fram minimimått på elevhälsans uppgifter och omfattning, och att det behövs en översyn av skolans fysiska och psykosociala arbetsmiljö. Samverkan mellan de olika aktörerna är väsentlig för att motverka den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar. BO betonade också särskilt vikten av att de olika huvudmännen frigör resurser som

möjliggör samverkan. Ytterligare uppföljningar bör göras för att se om de statliga satsningarna har använts för att motverka psykisk ohälsa, samt om dessa satsningar har bidragit till minskade väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri.

I Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) anges att barn och ungdomar som visar tecken på psykiska problem ska erbjudas tidigt och adekvat stöd. Enligt slutrapport av uppföljningen av handlingsplanen har alla landsting redovisat att de har genomfört stora satsningar för att kunna erbjuda tidigt stöd till utsatta barn och ungdomar (Socialstyrelsen 2005i). Däremot framgår det inte huruvida satsningarna har bidragit till att motverka psykisk ohälsa bland barn och ungdomar eller om väntetiderna minskat.

I betänkandet Från dubbla spår till elevhälsa (SOU 2000:19) gjorde utredaren iakttagelsen att barn mår fysiskt ganska bra medan deras sociala, känslomässiga och psykiska problem blivit tydligare. Kommittén föreslog därför att skolhälsovård och elevvård i framtiden sammanförs inom ramen för en samlad elevhälsa med social, psykologisk, medicinsk, omvårdnads- och specialpedagogisk samt studie- och yrkesvägledande kompetens. Kommittén föreslog också en försöksverksamhet i några regioner och landsting för socialmedicinskt hälsoarbete för barn och ungdomar, dvs. en barn- och ungdomshälsovård (Buhv). Buhv:s ansvar skulle vara att utveckla det socialmedicinska hälsoarbetet riktat till barn och ungdomar 0–18 år och finna arbetsätt för barn- och ungdomshälsovårdens hälsofrämjande arbete i skolorna, men också på andra arenor än skolans. Skolläkaren föreslogs tillhöra den tänkta organisationen. Bakgrunden till förslaget var de stora variationerna i skolhälsovården mellan olika skolor och kommuner, både när det gällde hur verksamheten bedrevs och innehållet i verksamheten. Ett annat skäl var behovet av att förändra skolhälsovården och elevvården eftersom ohälsan tagit sig andra uttryck.

Regeringens bedömning i proposition 2001/02:14 var att elevhälsan bör ses som ett eget verksamhetsområde där skolhälsovård, elevvård och specialpedagogiska insatser ingår och där det förebyggande arbetet bör betonas. För elevhälsans verksamhet bör finnas allsidig kompetens inom det omvårdande, medicinska, psykologiska, sociala och specialpedagogiska området, precis som utredningen föreslog. Skolan ska ha kompetens att arbeta med stödsamtal och psykosocial behandling med elever och föräldrar samt handledning och konsultation för lärare. Utredningen läm-

nade ett förslag om försöksverksamheter med ett stärkt socialmedicinskt hälsoarbete för barn och ungdomar 0–18 år, och regeringens bedömning var att man behövde utveckla samverkan mellan kommuner och landsting rörande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete för barn och unga. Efter utredningen och propositionen infördes i skollagen en ändring om att kommunerna var skyldiga att anordna skolhälsovård för eleverna i förskoleklass.

1999 års skollagskommitté överlämnade sitt slutbetänkande (SOU 2002:121) till regeringen i december 2002. Betänkandet har remissbehandlats och nu finns ett utkast till lagrådsremiss med förslag till ny skollag m.m. I skollagskommitténs betänkande liksom i utkastet till lagrådsremissen återfinns förslaget om en samlad elevhälsa. Det kan konstateras att den föreliggande lagrådsremissen inte nämner någon annan organisatorisk modell för elevhälsan och regeringen valde att inte heller skriva in i lagtexten vilka yrkeskategorier som ska utföra de icke medicinska insatserna. Elevhälsans roll att medverka till att eleverna når utbildningsmålen är dock tydlig.

I rapporten Åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården lyftes åter tanken om en gemensam barn- och ungdomshälsovård (Buhv) som en framtidsmodell på både regional och kommunal nivå. Den kommunala Buhv:s ansvarsområde skulle omfatta såväl direkt arbete med barn, ungdomar och föräldrar som elevhälsans arbete i förskolan och skolan (Socialstyrelsen 2000c).

I de kontakter som Psykiatrisamordningen haft med Ansvarskommittén (Fi 2003:02) har erfarits att den delar uppfattningen att hälso- och sjukvården har svårt att möta de hälsoproblem som finns hos barn och ungdomar i skolåldern. Trots att problemet med den psykiska ohälsan hos ungdomar är välkänt har hälso- och sjukvården begränsade möjligheter att möta behoven, och man har också konstaterat att det saknas någon form av tydlig ingång i vården. Primärvården har en mycket begränsad uppgift i ungdomarnas värld medan ungdomsmottagningarna arbetar på ungdomars villkor. Däremot bedrivs de på mycket olika premisser i olika delar av landet och ofta under osäkra förhållanden. I sina slutsatser och överväganden har Ansvarskommittén framhållit elevhälsans unika möjligheter att förebygga och åtgärda ohälsa i ett tidigt stadium. En möjlig lösning för att komma åt barns och ungdomars psykiska ohälsa skulle kunna vara att elevhälsan ägnar sig mer åt primärpreventivt arbete med betoning på psykisk ohälsa,

och att primärvården övertog ansvaret för somatisk vård och vaccinationer. En annan lösning enligt kommittén skulle kunna vara ett tvingande samarbete mellan primärvård, elevhälsa och socialtjänst för att åstadkomma så kallade one-stop-shop-lösningar där barnet och familjen inte behöver söka sig runt i vårdorganisationen.

Vikten av förebyggande insatser har lyfts fram under de senaste tjugo åren. Under den perioden har kunskapen om metodik för tidiga insatser ökat, samtidigt som behovet av psykosociala insatser för barn och ungdomar är minst lika stort som tidigare. Psykiatrisamordningens slutsats är att bristen på ett konkret utvecklingsstöd till de berörda verksamheterna kan vara en orsak till att önskade förändringar inte kommit till stånd. Nedan beskrivs två förslag och en modell om gemensamma arenor som är konkreta strategier för att skapa en förändring.

### **8.5.1 Förslag som tidigare lämnats av Nationell psykiatrisamordning**

#### **Nationellt centrum för kunskaps- och metodutveckling**

Psykiatrisamordning lämnade i mars 2006 ett förslag om att ett statligt nationellt centrum för stöd samt kunskaps- och metodutveckling inrättas, och ett förslag till regeringen om att avsätta pengar till ett stimulansbidrag för att initiera och påskynda förändringsarbetet i kommuner och landsting (Dnr 42/06, Nationell psykiatrisamordning).

Det viktigaste motivet till detta förslag är behovet av gemensamma insatser till barn och ungdomar som nu har funnits i snart tjugo år, samt att det finns en stor efterfrågan på stöd och praktisk hjälp ute i verksamheterna för att genomföra nödvändiga strukturförändringar och den kompetensutveckling som behövs. Enligt Psykiatrisamordningen kan ett nationellt kunskapscentrum vara ett sätt att förverkliga den strategiska hållningen att erbjuda kommunerna och landstingen stödinsatser i form av välfungerade modeller och arbetssätt. Samtidigt kan man uppmuntra, tillvarata och stödja den positiva utveckling som pågår på lokal och regional nivå, och som regeringen uttrycker i Rskr 2005/06:115.

Centrumets uppgifter ska vara att samla, koordinera och föra ut ny kunskap och vetenskap inom det psykosociala fältet rörande

barn och ungdomar. Med det psykosociala fältet menas socialtjänstinsatser, psykiatriska insatser – både allmänna och specialiserade, pedagogiska insatser samt insatser av psykosocial karaktär inom MVC och BVC. Centrumet ska initialt bistå kommuner och landsting i det nödvändiga förändringsarbetet genom att ge metod- och kunskapsstöd. Det ska framför allt ske genom utbildnings- och kompetensutveckling där man för ut aktuell kunskap och kunskapsbaserade metoder, så att alla de aktörer som bör finnas med i de tidigare beskrivna arenorna kan få gemensamma och speciella verktyg för att hjälpa barn och ungdomar.

### **Medel med syfte att stimulera utveckling av gemensamma funktioner**

Nationell psykiatrisamordning bedömer att det behövs ett nationellt stöd för att utveckla och förändra strukturerna för förebyggande psykosocial hälsovård för barn och ungdomar. Därför lämnade Psykiatrisamordningen samtidigt ett förslag till regeringen om att avsätta pengar till stimulansbidrag för att initiera och påskynda förändringsarbetet i kommuner och landsting. Stimulansbidraget ska enligt förslaget användas till utveckling av gemensamma arbetssätt och uppbyggnad av gemensamma funktioner mellan olika verksamheter, inom och mellan kommuner och landsting. En modell skulle då kunna vara barn- och familjehälsa för barn 0–16 år och ungdomshälsa för åldrarna 16–25 år. Psykiatrisamordningen föreslog att 100 försöksverksamheter prövas i ett första skede, och för detta bör 150–200 miljoner kronor avsättas under minst två år. En gemensam kunskaps- och metodutveckling inom området liksom en gemensam uppföljning och utvärdering är en förutsättning för en effektiv resursanvändning i framtiden.

## 8.6 Tidiga insatser

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att det bör ske ett nationellt ställningstagande för en sammanhållen modell för tidiga insatser till barn och ungdomar i syfte att främja ett integrerat och förebyggande arbetssätt. Ställningstagandet kan ske genom att de medel som avsatts i budgetpropositionen för 2007 för satsningar på barn och ungdomars psykiska hälsa fördelas på ett sätt som stimulerar modellen eller genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

### Skäl för bedömningen

Aktuella beskrivningar från olika delar av landet, rapporter och tidigare utredningar visar att det finns allvarliga brister i tillgänglighet, innehåll och kostnadseffektivitet i samhällets insatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Alla nationella aktiviteter och ingripanden bör vara utformade så att de främjar gränsöverskridande gemensamma verksamheter eller funktioner för barn och ungdomar och deras familjer i deras närmiljö.

Samhällets stöd och vård ska komplettera föräldrarnas insatser, och ske i samspel med dem. För detta behövs ett kunskapsbaserat förebyggande arbete. Trots att många har påtalat behovet av förebyggande insatser och samverkan kring detta har inte någon samlad modell utformats. För att genomföra ett framgångsrikt förebyggande arbete behövs resurser och kunskapsbaserade metoder men också arenor för det förebyggande arbetet. Om de satsade resurserna verkligen ska bli omsatta i förebyggande insatser bör dessa resurser vara tydligt skilda från resurserna till utrednings- och behandlingsinsatser, eftersom erfarenheterna visar att det förebyggande arbetet annars lätt hamnar i bakgrunden. Samtidigt är det en fördel om tidiga insatser och vägen in till specialiserade vård- och stödinsatser finns i nära anslutning till varandra så att det inte uppstår hinder mellan verksamheterna. När man har identifierat problem och behov av vård eller stöd, måste dessa kunna mötas snabbt och enkelt.

Sociala och ekonomiska problem samt utsattheten för ensamstående och arbetslösa är faktorer som inte vården kan påverka utan som kräver andra samhällsförändringar. Psykiatrisamord-



ningens förslag handlar bara om hur ett skydds nät kan formas för att bra stöd och behandling ska kunna ges till barn och ungdomar som visar tecken på psykisk ohälsa.

Det finns en stor enighet om vikten av att tidigt kunna åtgärda ohälsosignaler från barn och ungdomar. Hittills har de olika samhällsaktörerna dock inte kunnat åstadkomma verksamhetsformer med en tillräcklig samordning, och inte heller lyckats ge olika verksamheter det innehåll som behövs. De förslag och modeller som Psykiatrisamordningen presenterat har fått mycket positiva reaktioner. Personal som arbetar i olika berörda verksamheter ser ett stort behov av nya organisationsformer, nya metoder och arbetssätt samt resursförstärkningar.

Kunskap om vad som påverkar barns psykosociala hälsa måste finnas med redan under graviditeten. Det innebär att mödrahälsovården måste ges ett innehåll och organiseras på ett sätt som ger blivande föräldrar stöd för att skapa bästa möjliga förutsättningar för barnen. De små barnen glöms ibland bort i diskussionen om barn och ungdomar med psykosocial problematik. Små barn skapar inte lika stora problem för omgivningen som ungdomar med liknande problem, utan små barn signalerar ofta med att uppvisa kroppsliga problem i stället. Pediatriker i barnhälsovården menar att symtomen hos många barn som söker somatisk vård kan förklaras av psykosociala förhållanden. Det är därför angeläget med ett nära samarbete mellan barnhälsovården och den förebyggande hälsovården.

En allmän uppfattning är att förskolan och skolan är den bästa arenan för att tidigt identifiera och vidta åtgärder för barn som signalerar psykisk ohälsa eller andra problem. Däremot råder viss oenighet kring vilket ansvar förskolan, skolan, skolhälsovården och elevvården har när det gäller att åtgärda de problem som har identifierats. Det finns en förväntan på att skolhälsovården ska ta över hälsoansvaret för barn över sex år från barnhälsovården. Samtidigt innehåller åtminstone den aktuella skollagsremissen en tydlig skrivning om den kommande elevvårdens ansvar att vidta åtgärder som främjar elevernas möjlighet att nå kunskapsmålen i skolan, alltså inte klart uttryckt ett totalansvar för hälsoarbetet. I vissa delar av landet verkar det finnas ett glapp i hälsovårdsansvaret för barn över sex år, eftersom det får antas att barn och ungdomar har problem som de behöver hjälp med men som inte nödvändigtvis påverkar deras chanser att nå kunskapsmålen. Det är särskilt allvarligt att detta glapp uppstår just i ingången av den period då

forskningen menar att det är som allra mest angeläget att identifiera och tidigt åtgärda problem för de s.k. "early starters"-barnen, alltså de som i nio-, tio-, och elvaårsåldern påbörjar en bana med snatteri, skolk m.m. Nationell psykiatrisamordning menar inte att skolhälsovårdens uppdrag behöver förändras men att resurserna bör förstärkas så att skolhälsovården kan utföra sitt uppdrag. Skolhälsovårdens uppgift är inte att ge behandling utan att följa upp elever som vid hälsosamtal signalerar psykisk ohälsa, och det ingår i skolhälsovårdens uppdrag att ge dem stödjande och motiverande samtal. Om elevens behov är mera omfattande än så bör man kunna erbjuda lättillgängliga insatser. Det är därför Nationell psykiatrisamordning föreslår att man inrättar en barn- och familjehälsa och ungdomshälsa där elevhälsan finns med.

För att kunna åtgärda vissa mer omfattande psykosociala problem på ett tidigt stadium krävs att socialtjänsten finns lättillgänglig med sina råd- och stödåtgärder. När dessa finns i nära anslutning till hälsovården, på familjecentraler eller liknande, har det visat sig att barnen eller ungdomarna och familjerna har större möjligheter att få snabbt stöd än om verksamheten är belägen i en annan del av staden, i ett annat hus och med handläggare som är okända för hälsovårdens personal. Olika utredningar har visat behovet av att skapa en sammanhållen barn- och familjehälsa. Professionella organisationer, brukarorganisationer och intresseorganisationer ser också nödvändigheten av denna typ av strukturförändring.

Med utgångspunkt från detta har Psykiatrisamordningen dragit slutsatsen att både tidiga insatser och vägen in till vården bör finnas nära verksamheter som naturligt möter de flesta barn och ungdomar. Därför anser Nationell psykiatrisamordning att regering och riksdag bör ta ställning för en sammanhållen modell för tidiga insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Ställningstagandet kan ske genom att de medel som avsatts i budgetpropositionen för 2007 för satsningar på barns och ungdomars psykiska hälsa fördelas på ett sätt som stimulerar modellen eller genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. I de följande avsnitten utvecklar Nationell psykiatrisamordning modellens innehåll.

## 8.7 Förstärkningar, samordning och gemensamma arenor

**Bedömning:** Psykiatrisamordningen anser att basverksamheterna (mödra- och barnhälsovård, förskola, skola och elevhälsa) bör förstärkas för att tidigt identifiera och hjälpa barn och ungdomar som riskerar en negativ utveckling av den psykiska hälsan.

### Skäl för bedömningen

Som tidigare beskrivits är det av yttersta vikt att barn och familjer med behov av stöd identifieras tidigt och därmed får stöd och eventuell behandling innan problemen har blivit stora. Nationell psykiatrisamordning anser att de s.k. basverksamheterna, mödra- och barnhälsovård, förskola, skola och elevhälsa är viktiga aktörer för en sådan utveckling.

Det finns flera skäl till att basverksamheterna har goda förutsättningar för tidig upptäckt. Personalen i dessa verksamheter möter barnen och föräldrarna naturligt och kontinuerligt. De har förutsättningar att se behov tidigt och kan erbjuda stöd och hjälp när problem börjar anas hos ett barn. BVC har ett högt förtroende bland småbarnsföräldrar och verksamheten möter i princip alla barn. Därför är det särskilt viktigt att BVC-verksamheten har resurser, både i form av personal och av kompetens, så att ett barn som identifieras i riskzonen tidigt får lämpligt stöd. Även förskolan och skolan ser och möter barnen i deras vardag.

För att underlätta en förstärkning av basverksamheterna krävs följande:

1. Mödrahälsovården ska ha väl utvecklade strategier och rutiner för att känna igen och kunna ge stöd till föräldrar med psykosociala problem, och att ingripa när man möter mammor med t.ex. missbruk eller psykisk sjukdom. Exempelvis bör mödrahälsovården i sitt kvalitetsregister införa screening av alkoholkonsumtion som en kvalitetsvariabel.
2. Barnhälsovården ska utveckla en kvalitetssäkring som stöder att man uppmärksammar psykosociala förhållanden runt barnet och familjen.

3. Socialstyrelsen ska erbjuda metodstöd och initiera utvecklingsarbete inom mödra- och barnhälsovården när det gäller det psykosociala arbetet.
4. Verksamheterna ska ha resurser och kompetens för att ge psykosocialt stöd.
5. Föräldrautbildningen ska ges ett större utrymme och bedrivas efter aktuell kunskap, och personalen ska utbildas i kunskapsbaserade metoder.
6. Förskola, skola och elevhälsa ska utvecklas i den riktning som framkommer i lagrådsremissen med förslag till ny skollag m.m. (U 2005/5584/S).
7. Elevhälsan ska ha resurser och kompetens att tidigt identifiera och att göra vissa grundläggande utredningar för att kunna avgöra behovet av stödinsatser.

## 8.8 Samarbete, samorganisering och samlokalisering

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att basverksamheterna och primärvården för barn och ungdomar behöver samorganiseras, samlokaliseras och samarbeta bättre. För att förebyggande arbete och tidigt stöd ska bli effektivt behövs en lättillgänglig, samlad, social och medicinsk verksamhet.

### Skäl för bedömningen

För att nå både de barn och familjer som behöver förebyggande insatser, och de som behöver omfattande stöd och behandling bör insatserna finnas i närmiljön. De bör vara lättillgängliga och det ska finnas *en* tydlig väg in till de allmänna stödjande insatserna som också kan användas när barn och familjer behöver mer omfattande sociala stödinsatser eller hälso- och sjukvård. Verksamheterna ska, så långt det är möjligt, samlad kunna möta människors sociala, psykologiska och medicinska behov utifrån ett långsiktigt helhetsperspektiv. Det kan finnas olika sätt att åstadkomma detta, men målet måste vara en sammanhållen verksamhet.

Genom att samla barnhälsovård, mödrahälsovård och öppna förskolan, som alla är verksamheter som besöks av de flesta föräldrar, tillsammans med socialtjänst och primärvård ökar tillgängligheten. Vård- och stödinsatser kan ges i ett naturligt sammanhang

och vid behov kan personalen ordna kontakt med specialister inom såväl socialtjänst som barn- och ungdomspsykiatri. Socialtjänstens medverkan i familjecentralerna är viktig och kan behöva förstärkas. Skolan och elevhälsan får på ett tydligt sätt en anknytning och kan lättare förmedla kontakt med övriga aktörer. Föräldrar och barn slipper leta sig fram i systemet när man behöver hjälp. Denna form av barnhälsa ska kunna erbjuda insatser till barn och ungdomar tills det blir naturligt för nästa verksamhet, som den nedan föreslagna ungdomshälsan, att ta vid. Åldersgränserna som anges här är ungefärliga och indelningarna måste anpassas efter lokala förhållanden. Eftersom verksamheterna befinner sig i samma lokaler skapas naturliga tillfällen för kunskapsutbyte, konsultationer blir lättare och förutsättningarna för att enkelt kunna erbjuda gemensamma insatser ökar väsentligt. Det blir också lättare för familjen om den kan få olika insatser på ett ställe dit man är van att gå. Alla verksamheterna behöver inte finnas i samma lokal hela veckorna, däremot ska de kunna vara tillgängliga delar av tiden.

Familjecentraler framhålls som en bra samverkansform för förebyggande och hälsofrämjande arbete. De kan också vara en bra form för att tidigt identifiera barn och föräldrar med särskilda behov, och utförande av aktiviteter som kan stödja dem. Familjecentralerna är också en viktig arena som mottagare av nya forskningsrön och kunskap om förebyggande arbete och tidigt stöd, liksom införandet av nya metoder.

En annan verksamhetsform som håller på att växa fram är den s.k. närsjukvården. Närsjukvården bör, när det gäller barn och familjer, även den kunna utformas så att kravet på samordning, lättillgänglighet och närhet uppnås.

### En modell för sammanhållna verksamhetsformer

1. *Barn- och familjehälsa* (familjecentraler eller närsjukvårdskoncept) bör omfatta barn från 0 till cirka 16 år och då även omfatta primärvård för psykosociala eller psykiska problem. Den specialiserade psykiatrin bör utföra konsultationer i verksamheterna liksom ge stöd och handledning. Verksamheterna bör också ha ett etablerat samarbete med elevhälsan.

Modellen med en sammanhållen barnhälsa bygger på att basverksamheter, som alla använder, finns i nära sammanhang med

såväl primärvård och socialtjänst som med mer specifika specialistfunktioner.

2. *Ungdomshälsa* bör inrättas för ungdomar och unga vuxna från cirka 15 till 25 år. Förutom de nuvarande ungdomsmottagningar bör ungdomshälsan också innehålla primärvård, socialtjänst och vissa specialistfunktioner. Den specialiserade psykiatrin, med både barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, bör finnas tillgänglig och bistå med konsultation och handledning. Elevhälsan bör finnas i anslutning till ungdomshälsan eller ingå i den.

Ungdomsmottagningarna har visat sig vara en bra modell för att tidigt möta ungdomar med problem. Många ungdomar söker sig dit och det är naturlig verksamhet för dem att gå till. Antalet ungdomar som vid besöken uppger en psykisk problematik har på senare år ökat, samtidigt som det finns signaler i samhället om en ökande psykisk ohälsa bland ungdomar. Det är inte klart om detta verkligen speglar att psykiatriska sjukdomstillstånd har ökat, eller om det mer handlar om att det är svårt att vara ung i dagens samhälle och att vi är mer benägna att tala om vårt psykiska välbefinnande än tidigare. Oavsett om det handlar om psykisk sjukdom, kriser eller svårigheter att hantera sin livssituation så behöver ungdomar lättillgängliga insatser för bedömning och råd.

Även ungdomshälsan bör kunna fylla funktionerna att erbjuda förebyggande och tidiga insatser och att vara en väg in i systemet för att få hjälp även vid mer komplicerade tillstånd. Det ska finnas kompetens att särskilja sociala problem och tillfälliga kriser från starten på omfattande psykiska sjukdomar. Nationell psykiatrisamordning anser att tydliga arenor för olika insatser till ungdomar kan påskynda en gynnsam utveckling inom flera av de aktuella problemområden som ryms inom begreppet psykosocial problematik.

## 8.9 Vård och stöd

### 8.9.1 Gemensamma målsättningar

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning anser att Barnombudsmannen, i samverkan med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting samt övriga aktörer, ska få i uppdrag att formulera konkreta och uppföljningsbara mål för de delar av barnpolitiken som rör barn och ungdomars psykiska hälsa.

#### Skäl för förslaget

Det finns i dag olika åtaganden kring stöd till barn och ungdomar utifrån konventioner och överenskommelser, men dessa har hittills inte skapat tillräckliga incitament för förändring och Sveriges arbete med barnkonventionen fick kritik för att det saknade konkreta mål. Under våren 2005 tecknade dåvarande regeringen en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Barn och ungdomar är en av de grupper som pekas ut som särskilt prioriterad i överenskommelsen (SKL, 2005).

Handlingsplanens inriktning att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar genom ett tidigt och adekvat stöd kvarstår. Regeringen lyfte i överenskommelsen fram insatser för barn och ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk, liksom fortsatt stärkta insatser för samordningen mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Även denna överenskommelse saknar dock tydliga och konkreta mål som kan mätas, liksom förslag till hur överenskommelsen ska utvärderas.

Tillgången på relevanta stödinsatser i skolan eller i samband med fritidsaktiviteter har inte undersökts men är sannolikt inte tillräcklig. Som har konstateras tidigare är inte heller hälso- och sjukvård och socialtjänst organiserade på ett sätt som förmår att möta behovet av tidiga och samordnade insatser. På Internet och genom telefonjourer som t.ex. Bris kan visst stöd ges, men i vilken utsträckning och på vilket sätt förfaller inte tillräckligt kartlagt. Uppföljningen och utvärderingen av ungdomars psykiska ohälsa och vilka samlade strategier samhället har för att motverka den är sammantaget alldeles för dålig. Det saknas också en sammanhållen strategi och tydliga och uppföljningsbara mål inom området.

## Utveckling av gemensamma målsättningar

Barnpolitiken liksom utvecklingsarbetet inom vården har behov av en tydlig och handfast struktur. Ett effektivt förändringsarbete stimuleras av tydliga och konkreta mål som är mätbara. Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen ger Barnombudsmannen i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting samt andra berörda aktörer utveckla mål och strategier för ett gemensamt utvecklingsarbete. Målen ska vara konkreta och uppföljningsbara, vilket innebär att Barnombudsmannen kan följa upp resultaten. Efter framtagandet bör Barnombudsmannen från och med 2007 till 2012 få uppdraget att årligen följa upp och åiterrapportera till regeringen hur arbetet mot att uppfylla målen fortskrider.

### 8.9.2 Särskilda insatser för att förhindra självmord bland barn och ungdomar

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen ger Barnombudsmannen, BO, i uppdrag att utreda möjligheten att tillskapa en nationell kommission för händelseanalyser och gemensamma utredningar när en ung människa tagit sitt liv.

#### Skäl för förslaget

En av de viktiga gemensamma målsättningarna för arbetet med barn och unga är att förhindra att barn och unga skadar sig själva eller andra på grund av psykisk sjukdom. Även för barn och unga måste arbetet inom vården sikta mot en noll-vision, ingen som har kontakt med vård och stöd ska ta sitt liv på grund av att de inte fick de insatser de borde.

Att ett självmord blir ett faktum kan vara beroende på en rad olika händelser eller tillfälligheter. För att förstå och bättre kunna förebygga behövs en bredare analys av händelser än de som sker i och i anslutning till vård och stöd. Nationell psykiatrisamordning bedömer att de utredningar som görs i vården i dag i samband med Lex Maria-anmälningarna inte i tillräcklig utsträckning fyller behovet av att kartlägga alla händelser, utan oftast handlar de enbart om omständigheter i vården. En kartläggning som innefattar



de övriga samhällsaktörerna täcks inte in i den händelseanalys som görs i samband med Lex Maria. Vården saknar kunskap och metoder för att göra en vidare händelseanalys. Dessutom kommer dessa utredningar bara till stånd om personen haft en vårdkontakt inom fyra veckor före dödsfallet. Nationell psykiatrisamordning anser att det är angeläget att metodiken för händelseanalyser utvecklas. Särskilt angeläget är det att förstärka insatserna kring självmord bland barn och ungdomar. Nationell psykiatrisamordning föreslår därför att Barnombudsmannen (BO) får i uppdrag att utreda möjligheterna till en nationell funktion som skulle kunna fungera som en neutral haverikommission. Funktionens uppdrag skulle vara att bistå de lokala aktörerna i arbetet med att göra en händelseanalys när det gäller barn och ungdomar som tagit sitt liv. Syftet med kommissionens insats ska vara att alla inblandade får hjälp att förstå vad som hänt och får en gemensam bild, det gäller såväl närstående som personal från vård, socialtjänst, skola, frivilligorganisationer med flera inblandade. Utifrån denna gemensamma händelseanalys kan sedan olika delar av samhället få hjälp i förbättringsarbetet med målsättningen att minska antalet självmord och andra negativa händelser.

Många anhöriga upplever att de inte fått tillräcklig hjälp och stöd i samband med barnets självmord. Det är ofta ett stort arbete med många kontakter med olika myndigheter för att få händelseförloppet klarlagt och allt för många frågor kvarstår i efterförloppet. Det är förståeligt att så kan bli fallet, när till exempel en tonåring tar sitt liv är det ofta en chockerande och svår händelse för alla inblandade. Även personalen reagerar med sorg och skuld känslor och kan inte alltid hantera situationen. Nationell psykiatrisamordning anser att ett utvecklingsarbete med händelseanalyser ska inkludera utveckling och förbättrad stöd till familj och närstående i samband med att barn och ungdomar allvarligt skadar sig själva.

### 8.9.3 Överenskommelse inom landstinget

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser generellt att alla delar i vårdutbudet behöver förstärkas och att alla landsting bör ta fram lokala program för insatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Tyngdpunkten i programmen ska vara vem som ska ge vilka insatser och hur verksamheterna gemensamt säkrar att det finns en hel vårdkedja som fungerar dygnet runt, som effektivt möter olika typer av problem och vilka tillstånd som ska prioriteras.

#### Skäl för bedömningen

För att de tillgängliga resurserna ska räcka till att möta barns och ungdomars skiftande behov av insatser för psykisk ohälsa måste all vård ges av den lämpligaste verksamheten. Dessutom måste de olika verksamheternas uppdrag överlappa varandra så att inga barn eller ungdomar riskerar att bli utan nödvändiga insatser för att det är oklart vem som har ansvaret för dem.

Det finns inga klara normer för hur stor andel av det totala antalet barn och ungdomar som borde ha kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Fem procent har angivits som en tänkbar siffra utifrån att minst fem till tio procent beräknas ha psykiska problem och störningar vid en viss tidpunkt. I Norge har ett av syftena med Opptrappningsplanen varit att förbättra barn- och ungdomspsykiatri, och ett av de mätbara målen har varit att barn- och ungdomspsykiatri ska nå fem procent av barnen. De barn och ungdomar som kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri har vitt skilda tillstånd och olika behov. De kan ha inåtriktade problem som exempelvis oro, ångslan, nedstämdhet, tillbakadragenhet, eller psykosomatiska problem som ont i magen och huvudvärk, eller utåtriktade beteenden som dålig självkontroll, aggressivitet och normbrytande beteende. En tredje grupp är barn och ungdomar med koncentrationsstörningar, bland dem finns unga med adhd varav cirka en procent har så svåra besvär att de behöver behandling. För en del barn och ungdomar handlar det om tillfälliga besvär som kan vara utlösta av stress, livshändelser eller knutna till utvecklingsperioder i livet. För andra är det långvariga tillstånd som kanske har funnits redan vid födseln. Ett tredje scenario är tonåringar som insjuknar i en allvarlig psykisk sjukdom som schizo-

freni eller bipolär sjukdom. Ungdomar med kombinerade sociala, psykiska och missbruksproblem är ytterligare en grupp. Dessa olika behovsgrupper måste självfallet få olika typ av insatser.

Psykosomatiska besvär, stress och överbelastningstillstånd, lättare ångest och depressionstillstånd kan mötas i primärvården eller på t.ex. ungdomshälsan. Många gånger kan det räcka med en kortare samtalsserie eller ett nätverksmöte med familj, skola med flera, för att hitta åtgärder som underlättar livet.

Ur ett livstidsperspektiv är det självklart att insatser under barn- och ungdomstiden ska vara högprioriterade. För att se till att barn, ungdomar och unga vuxna får en bra vård för sina psykiska problem krävs att det är kontinuitet i insatserna och stabila vårdssystem med så få brott i vårdprocessen som möjligt, och smidiga övergångar mellan barn- och vuxeninsatser. Behovet av åldersövergripande verksamheter lyftes fram i Socialstyrelsens rapport *God psykiatrisk vård på lika villkor?* (Socialstyrelsen, 1997b), och ungdomsmottagningar för åldersgruppen 16–25 år har utvecklats på många platser i samband med Nationella handlingsplanen. Dessutom finns det mer flexibla system som är anpassade efter respektive problematik, t.ex. anorexivård och neuropsykiatriska verksamheter som har team som startar i tonåren och som sedan följer med upp i ålder. De som insjuknar i psykos eller bipolär sjukdom i slutet av tonåren möts också från början av en anpassad vuxenverksamhet där de kan vara kvar. I många sammanhang finns det dock fortfarande problem vid övergången mellan barn- och vuxenverksamheter.

Den plan som varje landsting har för att säkerställa sitt vårdutbud till barn och ungdomar bör innehålla följande: Tillgänglighet till akuta insatser, utredningar och specifika behandlingar enligt aktuell kunskap, samt uppgifter om hur olika övergångar mellan verksamheter är arrangerade, liksom hur ansvaret är fördelat mellan olika verksamheter.

För att resurserna i någon mån ska kunna motsvara behoven måste all vård ske så effektivt som möjligt. Specialistresurser ska användas först när problemen inte kan lösas på en lägre vårdnivå. Samarbete mellan olika verksamheter och kunskapsöverföring till de aktörer som möter barnen i vardagen, kan innebära att utredningar och stöd kan ges i barn och ungdomars närmiljö. Det finns fler exempel i landet på när handledning och stöd från barn- och ungdomspsykiatrin innebär att skolan och elevhälsan kan göra en stor del av utredningarna vid olika neuropsykiatriska tillstånd, och

specialistpsykiatrin bara går in när det behövs mer kvalificerad utredning eller om det blir aktuellt med t.ex. medicinering. Om syftet med utredningen är att ta reda på vilket stödbehov ett barn har, blir utredningen, slutsatserna och åtgärdsförslagen bättre när utredningen görs nära den verksamhet där stödet ska ges. Exempel på utprövad verksamhet med VITS-team (vardagsnära insatser i samverkan) finns i Uppsala. I Boden, Kiruna och Lysekil tar socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatrin gemensamt emot ungdomar med komplicerad problematik som behöver både sociala och psykiatriska insatser m.m. Verksamheterna har kunnat visa att tillgängligheten ökat samtidigt som väntetiderna minskat.

Nationell psykiatrisamordning anser generellt att alla delar i vårdutbudet behöver förstärkas och att alla landsting bör ta fram lokala program för insatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Tyngdpunkten i programmen ska vara vem som ska ge vilka insatser och hur verksamheterna gemensamt säkrar att det finns en hel vårdkedja som fungerar dygnet runt, som effektivt möter olika typer av problem och vilka tillstånd som ska prioriteras.

#### 8.9.4 Förstärkt primärvård

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att primärvården behöver förstärkas för att kunna utgöra första linjens sjukvård, även för psykisk ohälsa, och kunna tillgodose barns och ungdomars behov av vård för psykiska problem.

#### Skäl för bedömningen

I dag varierar det över landet hur barn och ungdomar med psykosocial problematik tas om hand och det är ibland oklart var ansvarsgränserna går mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att primärvården är en del av den öppna vården, och ansvarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvården ska heller inte göra några avgränsningar när det gäller sjukdom, ålder eller patientgrupp. För att kunna erbjuda en lättillgänglig, nära och bred generalistkunskap samtidigt som det vid behov finns

kvalificerade specialistfunktioner, behövs ett varierat vårdutbud. För att uppnå detta måste den första linjen vara kompetent att göra goda första bedömningar, utredningar och behandlingar för okomplicerade psykiska tillstånd. Med den stora andel av psykisk ohälsa som primärvården redan i dag möter behövs en förstärkning för att den ska kunna vara den första linjen för psykisk ohälsa som primärvården förväntas vara. Den rapporterade ökningen av upplevd psykisk ohälsa kommer sannolikt att medföra en fortsatt ökad efterfrågan på psykosociala bedömningar och insatser från primärvården. Om primärvården dessutom i större utsträckning erbjuder goda psykosociala interventioner kommer efterfrågan att öka ytterligare.

När det gäller barn och ungdomar med psykiska problem ser det olika ut i landet, men på många platser har primärvården hittills bara begränsade möjligheter att möta behovet.

### **Nödvändiga förstärkningar inom primärvården**

För att primärvården ska kunna vara ett realistiskt vårdalternativ för barn och ungdomar med psykiska problem behövs tydliga förstärkningar:

1. Förstärkt barnpsykiatrisk kompetens inom allmänläkarkåren. Allmänläkaren ska ges tillfälle att under specialistutbildningen få god grundkunskap om vanliga psykiska tillstånd. Kontinuerlig kompetensutveckling ska säkras genom fortlöpande utbildningsaktiviteter, handledning och konsultationer från specialistpsykiatrin.
2. Samordning av den del av primärvården som ska ta hand om psykiska problem hos barn och ungdomar, med de nedan förordade helhetslösningarna som familje- och ungdomscentraler eller liknade lösningar. Genom att tydligt finnas i ett sammanhang kan allmänläkarnas breda generalistkunskap berika bedömningarna och garantera ett helhetsperspektiv där både kropp och själ beaktas, liksom både barnets och den vuxnes situation.
3. Tillgång till psykosocial kompetens (exempelvis psykologer, socionomer och arbetsterapeuter) inom primärvården. Psykosocial problematik har alltid många dimensioner och för att möta dessa med den nödvändiga bredden av olika metoder och

perspektiv, krävs också ett psykiatriskt primärvårdsteam med tillgång till olika kompetenser.

4. Resurserna inom landstingen måste öka för att möta behovet av psykiatrisk hjälp i första linjens sjukvård. Eftersom det nu handlar om nya grupper av patienter och nya behov som söker hjälp hos primärvården måste resurserna för psykisk ohälsa öka. Primärvården måste inte bara få mer kompetens utan också mer resurser.

Nationell psykiatrisamordning anser att primärvården behöver förstärkas med både resurser och kompetens för att kunna utgöra första linjens sjukvård även för psykisk ohälsa, och kunna tillgodose barns och ungdomars behov av vård för psykiska problem.

#### 8.9.5 Barn- och ungdomspsykiatrin ska vara en specialistverksamhet

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att barn- och ungdomspsykiatrin är en specialistverksamhet som bör koncentrera sina insatser till de mest behövande barnen och familjerna. Verksamheten ska särskilt prioritera barn och ungdomar med risk att utveckla svåra psykiska problem samt ungdomar som lider av eller är i inledningsfasen till att utveckla psykisk sjukdom. För att fullgöra sin specialistroll behöver barn- och ungdomspsykiatrin utvecklas och förstärkas.

#### Skäl för bedömningen

När det gäller utredning och behandling ska barn- och ungdomspsykiatrin vara den specialistfunktion som krävs för komplicerade tillstånd för barn och ungdomar med psykisk ohälsa.

Barn- och ungdomspsykiatrin hör till den specialiserade psykiatrin och är den aktör som har ansvaret för specialiserad och högspecialiserad vård. Ingen annan aktör har uppdraget att vara specialist och stå för den högsta expertkunskapen inom området. Det är därför viktigt att värna om att barn- och ungdomspsykiatrin har möjlighet att fullgöra sin specialistroll. Barnpsykiatrin är en liten verksamhet med ett stort antal vårdgrannar och samhälls-

aktörer som använder deras expertkunskap. Om de får ett allt för brett uppdrag som t.ex. även omfattar första linjens insatser är risken stor att de inte kan uppfylla sin specialistroll, och då kommer den komponenten att saknas i helheten.

Under förutsättning att primärvården fungerar så som beskrivits ovan kan även den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag renodlas. Nationell psykiatrisamordning anser att detta ska vara att

- göra fördjupade utredningar,
- diagnostisera psykiska sjukdomar och neuropsykiatriska tillstånd som kräver specialiserad behandling,
- ge psykiatrisk behandling som inte ges av första linjens sjukvård oavsett var barnen eller ungdomarna befinner sig (i hemmet eller i någon form av dygnsvård som t.ex. familjehem, HVB eller SiS-institution),
- ge konsultation och handledning till basverksamheter, primärvård, i socialtjänstens verksamheter samt till SiS-institutioner.

Behov som inte kräver specialiserad vård bör tas om hand av första linjens sjukvård, men ansvarsgränserna mellan primärvård och specialistpsykiatri behöver utvecklas. Nya behandlingsmetoder och ett förändrat arbetssätt kommer att krävas av båda parter. Det behövs ett betydande resurstillskott för att den psykiska ohälsan ska mötas med lika hög ambitionsnivå som den kroppsliga ohälsan. Övergången mellan barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatri måste bli mer flexibel för att förhindra kontinuitetsbrott.

Den vård som ges ska i så stor utsträckning som möjligt utgå från evidensbaserad kunskap. När det inte finns tillräckligt säker kunskap ska man använda kunskapssammanställningar. Samtidigt ska verksamheterna präglas av klokhet och vanlig människokunskap så att de besökande får ett trevligt bemötande, flexibilitet, inbjudande vårdmiljöer m.m. Ideologiska ställningstaganden eller gamla traditioner kring vilka metoder eller yrkeskategorier som ska finnas i teamen, får inte förhindra att man inför ny kunskap så att moderna behandlings- och utredningsmetoder används.

Den aktuella kunskapen visar att många insatser ger bättre resultat om de ges i personens närmiljö, och därför är det nödvändigt med ett mobilt arbetssätt. Specialkompetens inom nödvändiga områden ska också finnas. Om vårdgivaren själv inte kan tillhandahålla insatserna måste det finnas planer för hur vårdtagarna

ändå ska kunna få tillgång till dem. Samtidigt ska specialistpsykiatrin kunna erbjuda slutenvårdsinsatser när det är påkallat. Det ska vara behoven hos barnen, ungdomarna och deras familjer som styr och inte den befintliga organisationen. Specialistpsykiatrin måste även kunna klara barn och ungdomar med de allra största behoven och svåraste tillstånden. Om den lokala verksamheten inte kan ha beredskap för alla tillstånd, eller kan göra specialarrangemang för ovanliga tillstånd, bör det finnas strategier för hur det ska lösas genom till exempel regionala eller nationella specialverksamheter eller genom överenskommelser med någon annan lokal vårdaktör.

Specialistpsykiatrin har ansvar för att alla medborgare erbjuds de specialistpsykiatriska vårdinsatser som behövs, oavsett om personen vistas i sitt hem eller om han eller hon har placerats av socialtjänsten. Vid vistelse i någon annan kommun än den man är folkbokförd i bör det finnas lokala riktlinjer och nationella överenskommelser om hur detta ska lösas.

Specialistpsykiatrin är i dag en mycket liten verksamhet. Nationell psykiatrisamordning anser att barn- och ungdomspsykiatrin behöver mer resurser för att klara sitt direkta vårdansvar och det konsultativa ansvaret. Bemanningen bör ses över utifrån det aktuella uppdraget så att de barnpsykiatriska verksamheterna har personal med kompetens att ge kunskapsbaserade insatser och att vara konsulter.

Huvudmannen bör se till att de olika vårdgivarna har lokala program som är tillräckligt konkreta för att garantera barn och ungdomar en god och säker vård på lika villkor.

Nationell psykiatrisamordning anser att barn- och ungdomspsykiatrin ska vara en specialistverksamhet, och för att kunna fullgöra sin specialistroll som utredande och behandlande funktion vid komplicerade tillstånd samt vara den högsta expertfunktionen och konsult till andra verksamheter, behöver barn- och ungdomspsykiatrin utvecklas och förstärkas.



### 8.9.6 Förstärkt vårdgaranti

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att den nationella vårdgarantin utökas så att det klart framgår att utredning ingår och att tidsgränserna för barn och ungdomar 0–20 år kortas. Barn och ungdomar ska få tid hos specialistpsykiatri inom 30 dagar, och behandling ska ha påbörjats inom 30 dagar efter beslut om behandling

#### Skäl för förslaget

När primärvården bedömer att en specialistbedömning behövs finns det så stora problem att åtgärderna måste komma snabbt. Detsamma skulle enligt Psykiatrisamordningens förslag gälla även när barn- och familjehälsan eller ungdomshälsan gör samma bedömning. Med dagens vårdgaranti kan det gå 90+90 dagar innan behandlingen är påbörjad, vilket är orimligt i dessa fall. Psykiatrisamordningen anser att detta är alltför lång tid. Ett halvår i ett barns eller en ungdoms liv är lång tid och i ett känsligt läge kan det vara avgörande för framtiden att insatserna ges snabbt.

Även om resultaten från Sveriges Kommuner och Landstings väntetidsdatabas tyder på att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri blir bättre, visar rapporter från patienter, personal och allmänhet att tillgängligheten till bedömning, utredning och insatser enligt det aktuella kunskapsläget i verkligheten inte är tillfredsställande.

Barn- och ungdomspsykiatri är en liten verksamhet och även om rutiner och arbetssätt förändras så att effektiviteten mångdubblas är det troligt att dagens resurser inte är tillräckliga. Resursförstärkningar kommer att behövas, men det är viktigt att dessa tillförs med en långsiktig strategi och att förstärkningarna utformas så att de skapar utveckling av nya metoder och arbetssätt.

För att en utökad vårdgaranti ska skapa ett mervärde på lång sikt måste det samtidigt finnas strategier för att skapa en välutvecklad specialistpsykiatri som tillhandahåller vård med evidensbaserade metoder på ett sätt som är effektivt och positivt för patienter och närstående. Detta kan tillgodose inom arbetet med riktlinjer och kvalitetsindikatorer som pågår inom Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Genom ett gemensamt utvecklingsarbete kan huvudmännen underlätta för de lokala utförarna att

finna effektiva organisationsformer, genomföra kompetensutveckling av personal m.m.

Nationell psykiatrisamordning anser att det vore värdefullt med ett gemensamt utvecklingsstöd från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Psykiatrisamordningen har tidigare föreslagit att Socialstyrelsen ska få ett tydligt uppdrag att stödja utvecklingen inom området vård och stöd för personer med allvarlig psykisk sjukdom och funktionshinder. Regeringen har också gett Socialstyrelsen ett uppdrag att ta fram en handlingsplan för detta. Uppdraget inkluderar även barns och ungdomars vård och stöd för psykisk ohälsa.

Nationell psykiatrisamordning förslår att vårdgarantin förstärks för barn och ungdomar så att specialistbedömningen ska påbörjas inom en månad och behandlingen ha startat inom en månad efter beslut om behandling. Ett barn eller en ung människa ska, såsom fallet är i dag, garanteras att komma i kontakt med vården samma dag som behovet uppstår, och han eller hon ska få träffa läkare inom sju dagar. Enligt Nationell psykiatrisamordnings förslag ska barnet eller ungdomen därefter garanteras en tid hos specialistläkare redan inom 30 dagar, mot nuvarande 90 dagar. En ändamålsenlig behandling ska ha kommit igång senast efter ytterligare 30 dagar, mot nuvarande 90.

Med barn och ungdom menas personer mellan 0 och 20 år.

## 8.10 Komplexa och omfattande behov

Varför är risken så stor att barn och unga med komplexa och omfattande behov inte får den vård och det stöd de har behov av? Nationell psykiatrisamordning har identifierat följande problemområden:

1. Vid sammansatt problematik finns behov av insatser från olika verksamheter, men dagens uppdelade verksamheter förmår inte ge samordnade insatser. Integrerade verksamheter uppbyggda efter barnens behov är sällsynta trots att det finns behov. Dessutom saknas tydliga uppdrag från politisk nivå att samordna och integrera insatserna mellan psykiatri och socialtjänst.
2. Barn och ungdomar som placeras på SiS-institution eller HVB-hem får inte sina behov av psykiatrisk vård tillgodosedda,

därför att landstinget inte uppfattar att det ordinarie ansvaret enligt HSL gäller.

3. När barn och ungdomar som är placerade utanför hemlandstingen t.ex. i HVB och vid SiS institutioner får vård i vistelse-landstinget är betalningsansvaret oklart.
4. Individuella planeringar med alla berörda aktörer barn och familj saknas.
5. Kunskapsläget inom området är bristfälligt och det saknas utvärderade metoder.

### 8.10.1 Överenskommelser om konkreta samarbetsformer och tydliggörande av ansvar krävs mellan huvudmännen

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att det i de gemensamma överenskommelserna mellan kommun och landsting ska framgå hur de konkreta samarbetsformerna ska utformas för att kommun och landsting gemensamt ska möta behoven hos barn och ungdomar med sammansatt problematik.

Nationell psykiatrisamordning anser att det finns behov av att tydliggöra rutiner för ansvar och samarbetsformer, både inom och mellan socialtjänsten, primärvården, psykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin så att barnet, ungdomen och de närstående alltid garanteras samordnade insatser. Psykiatrisamordningen anser att det är särskilt viktigt när barn och ungdomar är placerade för dygnsvård i särskilda ungdomshem eller HVB, och grundöverenskommelser kring konkreta samarbetsrutiner och ansvarsfördelning bör ingå som en del i de överenskommelser som föreslås ska finnas mellan kommun och landsting.

### Skäl för bedömningen

Med barnets bästa i fokus skulle det vara önskvärt att socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatrin, vuxenpsykiatrin, primärvården och andra berörda aktörer kunde fungera som ett gemensamt vårdsystem där utredning och insatser planerades tillsammans. Barn till föräldrar som missbrukar alkohol eller narkotika, barn till föräldrar med en psykisk sjukdom samt föräldrar som på grund av förståndshandikapp har svårt att svara för omsorgen av

barnet är exempel på situationer när samarbete är nödvändigt. Andra situationer när ett omfattande samarbete krävs är för barn och ungdomar med sammansatt problematik, dvs. både sociala och psykiska problem med eller utan missbruk.

### Gemensamma arbetsformer

Eftersom det är så vanligt att sociala och psykiatriska problem förekommer samtidigt är det självklart att socialtjänsten ska få mer stöd av primärvården och psykiatrin. För komplexa problem bör parterna utveckla gemensamma arbetsformer som gemensamma bedömningsteam, gemensamma team för stöd i familjen osv. För att använda de befintliga resurserna effektivt bör man ställa krav på ändamålsenliga former för samspel och samverkan mellan myndigheter och organisationer, eftersom mycket arbete sker mot gemensamma målgrupper. Regeringen har uttalat att "ett synsätt där individens problem och behov betraktas snävt utifrån endast den egna myndighetens perspektiv har alltför länge präglat en stor del av den offentliga sektorn. Detta synsätt måste ändras" (prop. 1996/97:124). Den nationella målsättningen är tydlig men ändå fungerar det inte tillfredställande i praktiken. När det gäller ungdomar med både sociala och psykiska problem ger lagstiftningen ingen entydig vägledning om hur ansvaret ska fördelas. Kontakterna mellan socialtjänsten och psykiatrin riskerar då att fokusera på frågor om gränsdragning och ansvar på bekostnad av målinriktade gemensamma vård- och behandlingsinsatser.

### Överenskommelser om riktlinjer och rutiner för samarbete

Nationell psykiatrisamordning anser att samverkan och samarbete mellan respektive verksamheter måste klargöras på alla nivåer inom kommun och landsting. Frågor om ansvar, ekonomiska gränsdragningar och vilka funktioner som ska ha gemensamma verksamheter, måste först klargöras på politisk nivå så att huvudmännen ger sina respektive utförare synkroniserade budskap och uppdrag kring samverkan. Verksamheterna kan sedan ta fram konkreta samarbetsplaner och slipper tvister om gränser för ansvar och uppdrag.

Nationell psykiatrisamordning föreslår att en skyldighet för kommun och landsting att upprätta gemensamma överenskom-

melser ska införas i HSL och SoL, se kapitel 14. Med hjälp av denna skyldighet ska man utifrån gemensamma mål kunna identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård och stöd till personer med psykiskt funktionshinder. Syftet med de föreslagna reglerna är att stimulera ett gemensamt ansvarstagande för hela psykiatriens område, och för vissa områden där de enskildas behov av helhetslösningar inte tillgodoses i dag. Nationell psykiatrisamordning anser att de lokala överenskommelserna mellan kommun och landsting kan reda ut formerna för hur barns och ungdomars behov av integrerade insatser ska mötas, liksom formerna för att överbrygga oklara ansvarsgränser.

Socialtjänsten och psykiatrin har ansvar för att samverka och följa upp den vård och omsorg som ges. En förutsättning för en bra uppföljning är att det finns en planering att följa. En gemensam vårdplanering ska göras vid behov, och när det gäller barn med så omfattande problematik att det är aktuellt med placering utanför hemmet, anser man att en sådan planering alltid behövs. Barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, primärvården och socialtjänsten är skyldiga att delta när det finns behov av det, enligt det förslag som Nationell psykiatrisamordning beskriver i kapitel 4. Vid vårdplaneringen ska eventuella oklarheter i ansvarsfördelningen klaras ut så att den överenskomna planeringen och påbörjade vården inte riskerar att störas av senare konflikter om betalningsansvar.

Hälso- och sjukvårdslagen upphör inte att gälla när socialtjänsten placerar barn eller ungdomar i HVB eller på annan institution, utan landstinget har kvar det medicinska ansvaret för t.ex. psykoterapi, medicinsk rehabilitering och kontroll av medicinering. Företrädare från landstinget har ibland uppfattningen att socialtjänsten har totalansvaret för barn och unga när de har placerats i dygnsvård. Nationell psykiatrisamordnings tolkning är dock att landstinget har hälso- och sjukvårdsansvaret, oavsett var en person vistas. Det kan ändå uppstå gränsdragningsproblem eftersom socialtjänst och psykiatri kan ha olika tolkningar av om ett problem är medicinskt eller socialt. Ytterst kommer det alltid att bli en fråga om definitioner av problem och ansvar, men det ska alltid vara barnets bästa som står i centrum. Det innebär att huvudmännen måste se till att det finns övergripande överenskommelser som gör det lättare för medarbetarna i vården och omsorgen att sätta barnets bästa främst.

Behovet av helhetslösningar med insatser för sociala problem, missbruk och psykisk sjukdom kommer att vara fortsatt stort med tanke på de senaste årens utveckling i samhället. Nationell psykiatrisamordning bedömer att kommuner och landsting gemensamt måste formulera riktlinjer för hur behoven ska tillgodoses och hur ansvaret och kostnaderna ska fördelas. De lokala lösningarna kan se olika ut, allt från att man bildar en gemensam nämnd, till olika typer av samverkanslösningar eller överlåtande av ansvar till endera parten. Genom gemensamma politiska beslut mellan kommun och landsting som formuleras i överenskommelser, underlättas det konkreta samarbetet mellan personal från olika huvudmän ute i verksamheterna.

Det finns i dag stora brister i uppföljningen av de barn och ungdomar som placeras i dygnsvård. Socialtjänsten har svårt att uppfylla behovet av en tät och kompetent uppföljning på grund av tidsbrist, men också för att man saknar kompetens att bedöma det psykiska tillståndet och om de vårdinsatser som ges är de rätta. Socialtjänsten måste få assistans av psykiatri för att kunna göra fullständiga bedömningar. Psykiatri släpper dock ofta sitt ansvar när en placering blir aktuell och gör ingen uppföljning. Det är särskilt olyckligt för de ungdomar som placeras i dygnsvård på grund av sin psykiska ohälsa. I många fall är det barn och ungdomar med en allvarlig och omfattande psykiatrisk problematik, och det är oacceptabelt att då inte göra kontinuerliga, kompetenta uppföljningar av både de sociala och psykiatriska insatserna. Socialtjänstens och psykiatriens skyldighet att samverka och att följa upp den vård och omsorg som ges måste vara tydlig. Nationell psykiatrisamordning anser att de gemensamma överenskommelserna också bör inkludera hur man ska följa upp de aktuella placeringarna. Både psykiatrisk och social kompetens kan behövas för att bedöma om ett HVB-hem uppfyller de krav på vård som krävs i ett enskilt fall, och därför bör det finnas rutiner för gemensamma uppföljningar.

### **Nationell psykiatrisamordnings förslag till utveckling av konkreta samarbetsformer**

Under de senaste drygt tio åren har dygnsplaceringar av framförallt tonåringar ökat kraftigt. Psykiatrisk vård till ungdomar som är placerade på särskilda ungdomshem eller i HVB är en fråga där

huvudmännens ansvarsgränser ställts på sin spets under senare år. Det är oklart vilket ansvar landstinget har och i praktiken också den specialiserade psykiatrin. Detta har fått till följd att de barn och ungdomar som har de allra största behoven av psykiatrisk vård i vissa fall har sämst förutsättningar att få dem tillgodosedda. Utvecklingen med ett stort antal ungdomar som är omhändertagna enligt tvångslag måste mötas med att erbjuda insatser av högsta kvalitet med tillgång till den bästa sociala och psykiatriska kompetensen i samhället. Nationell psykiatrisamordning anser att detta är ett så allvarligt problem som så länge skapat konflikter och frustration, att kommuner och landsting måste vidta konkreta åtgärder för att finna lämpliga lösningar. Främst bör det ske genom att insatser till barn och ungdomar med omfattande social och psykiatrisk problematik uppmärksammas i de överenskommelser som vi föreslår att landsting och kommuner ska vara skyldiga att upprätta.

### **Samarbete mellan SiS ungdomshem och den psykiatriska vården**

Nationell psykiatrisamordnings bedömning är att personer som är placerade på SiS och HVB inte får tillräcklig tillgång till hälso- och sjukvård av landstingen. Nationell psykiatrisamordning har i betänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) föreslagit att landstingens ansvar förtydligas genom en komplettering i hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget gäller bl.a. den som inom landstinget är intagen på ett särskilt ungdomshem enligt § 12 LVU, och tydliggör att landstinget där den enskilde vistas ska erbjuda både öppen och sluten psykiatrisk vård.

För att trygga de LVU-omhändertagnas möjligheter till rätt vård krävs att vistelselandstinget erbjuder lämpliga vårdinsatser och att hemlandstinget fullt ut accepterar vistelselandstingets bedömning av insatsbehovet. Förslaget innebär ett undantag från de gällande principerna om att hemlandstingets bedömning av vårdbehovet ska gälla. När det gäller barn och ungdomar bör insatserna som vistelselandstinget genomför ha överenskommit med hemlandstinget, och det ska också finnas dokumenterat i den uppgjorda vårdplaneringen. Samtidigt är det viktigt att tillgodose vårdbehovet hos en person som är tvångsplacerad, och alltså inte själv kan välja sin vård. Vistelselandstinget måste därför kunna ge god och säker vård även om det inte finns någon överenskommelse.

Ansvarsfördelningen mellan SiS och landstingen beträffande LVM-omhändertagnas psykiatriska vård belyses i kapitel 9. De problem med ansvarsfördelning och tillgång till psykiatrisk vård som beskrivs gäller även de LVU-omhändertagna ungdomarna inom SiS särskilda ungdomshem. Någon lagstadgad skyldighet för SiS att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet vid institutionerna finns inte. I stället ska den psykiatriska vård som bedrivs vid de särskilda ungdomshemmen, främst genom kontrakterade konsultläkare, ses som öppenvård som bedrivs av institutionerna. Någon tvångsvård enligt LPT får inte bedrivas vid de särskilda ungdomshemmen.

För att studera frågan om samverkan mellan ungdomshemmen och landstingens psykiatriska vård, främst barn- och ungdomspsykiatri, bedrivs ett samarbetsprojekt mellan SiS och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Det finns exempel på hur samverkan kan regleras i särskilt framtagna, lokalt anpassade avtal mellan parterna (Statens institutionsstyrelse, 2006). Syftet med avtalen är att ungdomar med komplexa behov ska få tillgång till psykiatrisk vård där de befinner sig. Företrädarna för psykiatri och ungdomshemmen är också i stor utsträckning överens om att samla insatserna och resurserna kring den unge där han eller hon befinner sig. Det innebär att samarbetet mellan BUP-kliniker och ungdomshem utvecklas så att psykiatern eller ett psykiatriskt team kommer till behandlingshemmet. Erfarenheterna från dessa verksamheter är att samverkan har blivit mycket bättre med dessa avtal, och att förändringarna underlättat och förbättrat möjligheterna för enskilda ungdomar att få psykiatrisk behandling under sin vistelse vid ungdomshemmet. Arbetet med en förbättrad samverkan måste förankras i och stödas av de berörda myndigheternas ledning.

SiS konstaterar att även om det numera finns ett antal exempel på fungerande samverkan mellan ett särskilt ungdomshem och en psykiatrisk klinik enligt denna modell, så återstår det mycket att göra (Statens institutionsstyrelse 2006). Man pekar också på ett antal faktorer som medför att även en välfungerande samverkan kan vara sårbar. En majoritet av de ungdomar som placeras vid ett särskilt ungdomshem vistas under sin behandlingstid inom ett annat landsting än det som de är folkbokförda i. Under år 2005 gällde detta förhållande för sextiosex procent av ungdomarna. Ansvar för hälso- och sjukvården ligger då kvar på hemlandstinget, men vid behov av akut vård ska vistelselandstinget erbjuda vård. De praktiska möjligheterna att etablera en god samverkan är



små eftersom det många gånger handlar om stora geografiska avstånd mellan ungdomshemmet och hemlandstinget. Den psykiatriska behandlingen som erbjuds dessa ungdomar av det tillfälliga vistelselandstinget grundar sig på den vidgade möjlighet att erbjuda hälso- och sjukvård till utomlänspatienter som beskrivs i § 4 andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). En betydande andel av de ungdomar som är intagna på SiS-institutionerna har stora psykiska besvär och psykiatriska vårdbehov. En majoritet av de placerade kommer från andra län, och eftersom ansvaret för vården ligger kvar på hemlandstinget får dessa ungdomar sämre möjligheter till psykiatrisk vård av landstingen än andra. Det geografiska avståndet till det egna landstinget bidrar till detta. För att lösa alla praktiska svårigheter behövs ytterligare förtydliganden, som förändringar i riksavtalet och tydliga samarbetsöverenskommelser mellan kommun och landsting.

### 8.10.2 Översyn av riksavtalet

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att det behövs ett förtydligande i riksavtalet om hur det ska tillämpas för personer som är placerade på SiS-institution eller HVB utanför sitt hemlandsting.

Nationell psykiatrisamordning anser att sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose behovet av psykiatrisk vård för de personer som är placerade på SiS-institution bör konkretiseras i lokala riktlinjer för samarbetet mellan psykiatrin och de aktuella SiS-institutionerna inom upptagningsområdet.

### Skäl för bedömningen

Nationell psykiatrisamordning konstaterar att det fortfarande finns samarbetssvårigheter, och att barn och ungdomar med de största behoven inte får sina behov av psykiatrisk vård tillgodosedda. Det är oacceptabelt att ungdomar som placeras för vård utanför det egna hemmet får sämre tillgång till lämplig psykiatrisk vård när de är en grupp som har ett extra stort behov. Hemlandstinget och vistelselandstinget bör kunna komma överens om lämpliga former för hur vården ska ges i varje enskilt fall, men för att underlätta hanteringen bör det finnas riktlinjer i riksavtalet för utomlänsvård.

Verkligheten visar att det inte räcker att överlåta till de verksamhetsansvariga att finna lösningar i varje enskilt fall utifrån tolkningar av dagens riksavtal.

I Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande (SOU 1998:31) konstaterades att placerade ungdomar, oberoende av hur ungdomarnas problem i första hand definieras, har lika stor rätt och tillgång till psykiatriska resurser som den övriga befolkningen. Ansvaret för att tillgodose ungdomarnas psykiatriska vårdbehov ligger på hälso- och sjukvården och utgör följaktligen hälso- och sjukvårdens kostnadsansvar". Utredningen föreslog också att varje landsting skulle utse en patientansvarig behandlare med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens som skulle etablera kontakt med de särskilda ungdomshemmen och andra HVB i landstingsområdet. I sin rapport Samverkan inom Ungdomsvården (Statens institutionsstyrelse, 2006) konstaterar SiS att dessa och andra förslag från kommittén inte har förverkligats.

### Riksavtalet

Varje landsting ska erbjuda en god och säker sjukvård till alla som bor i landstinget, och tolkningen av bosättningsbegreppet ska utgå från bestämmelserna i folkbokföringslagen. Riksavtalet har bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Där regleras ersättning för vårdkostnaderna mellan de olika landstingen. Avtalet omfattar vård efter remiss från hemlandstinget i kap. 2 (om till exempel specialistvård i öppen eller slutenvård), akutvård i kap. 3 (när någon akut behöver kroppslig eller psykiatrisk vård) samt i kap. 4 övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer (efter att behovet har fastställts och överenskommelse har gjorts med hemlandstinget). Inom ramen för riksavtalet finns alltså möjligheter att tillgodose både akuta och mer långsiktiga vårdinsatser för barn och vuxna som vistas utanför sitt hemlandsting. Om sjukvårdshuvudmännen vill kan de redan i dag göra överenskommelser som innebär att vården kan ges utan problem. Eftersom detta har varit ett stort problem och givit upphov till många strider de senaste tio åren finns det uppenbarligen ett behov av tydligare regelverk. Enligt Nationell psykiatrisamordning är det mycket viktigt att en tydlig grundregel kring detta införs i riksavtalet.

Utgångspunkten för förslagen är att hälso- och sjukvårdslagen gäller på samma sätt för alla medborgare oavsett var i landet man befinner sig. Att bli tvångsomhändertagen eller att placeras enligt SoL på ett HVB eller i en familjehemsplacering får inte innebära en minskad skyldighet för landstinget att erbjuda god och säker vård. En vårdplacering utanför hemlandstingets ansvarsområde får inte försvåra möjligheten att få icke akut psykiatrisk vård som barnet eller ungdomen skulle vara berättigad till i sitt hemlandsting. Huvudmännen måste skapa ett enhetligt system som klart anger vem som ansvarar för vad och hur samverkan ska ske på bästa sätt, både mellan kommun och landsting, och mellan olika landsting för att en person som vistas utanför sitt hemlandsting ändå ska få god vård.

Nationell psykiatrisamordning anser att riksavtalet bör formuleras tydligare med vad som gäller när barn och ungdomar som är placerade på en SiS-institution eller ett HVB får vård utanför sitt hemlandsting. Det skulle göra det lättare för de ansvariga i verksamheterna att hantera ansvarsfrågorna och minska risken för konflikter. Detta skulle vara till fördel för de mest utsatta barnen i heldygnsvård eftersom de har de största behoven av psykiatrisk öppen- och slutenvård. En tydlighet i riksavtalet skapar förutsättningar för att varje kommun tillsammans med de berörda enheterna i landstinget kan skapa rutiner för planering, målformuleringar och uppföljning i samband med att ett barn eller en ungdom placeras i dygnsvård inom SiS eller HVB.

### 8.10.3 Individuella planer

**Bedömning:** Psykiatrisamordningen anser att stöd och insatser till barn och ungdomar med komplex problematik måste planeras och samordnas utifrån den enskildes och hans eller hennes familjs behov. Nationell psykiatrisamordning förslår i kapitel 14 en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att upprätta en gemensam individuell plan när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

## Skäl för bedömningen

Individuell planering är ett exempel på ett framgångsrikt arbetssätt för att förtydliga ansvar och förbättra samverkan när det gäller barn och ungdomar. I regleringsbrev för 2004 och 2005 har länsstyrelserna haft som mål att genom tillsynsinsatser bidra till att öka kommunernas användning av individuella planer för funktionshindrade. För 2005 gäller särskilt att göra fler individuella planer för barnfamiljer. Planerna syftar till en bättre samordning av insatserna och till att främja samverkan mellan olika aktörer.

Resultatet av genomförda analyser och kartläggningar har lett till att Socialstyrelsen i regleringsbrevet för 2006 har fått i uppdrag att, tillsammans med Skolverket och Specialpedagogiska institutet, analysera förutsättningarna för samordning av olika individuella planer som barn, ungdomar eller vuxna med funktionshinder kan ha. Det kan vara en individuell plan enligt LSS, individuell habiliterings- eller rehabiliteringsplan enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), åtgärdsprogram enligt grundskoleförordningen (1994:1194), motsvarande bestämmelser i andra skolformsförordningar eller individuella studieplaner i det offentliga skolväsendet för vuxna. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2006.

## Utformning av individuella planer

När flera vårdgivare eller aktörer ger insatser är det särskilt viktigt att man gör gemensamma planeringar och dokumenterar dessa. Av planen ska framgå:

- På vilket sätt barnet och föräldrarna medverkat i planeringen. Särskilt bör barnets egen uppfattning framgå.
- Målet med insatserna.
- Vem som ansvarar för vad.
- Vem som är huvudansvarig för att planeringen följs upp.
- När uppföljning ska göras.

För att tillfredställa både barnet och föräldrarnas situation behövs flera typer av insatser.

Nationell psykiatrisamordning föreslår förändringar i HSL och SoL för att förtydliga ansvaret för gemensam planering. I kapitel 14 föreslås att individuella planer ska upprättas när så är påkallat. Nationell psykiatrisamordning anser att det är särskilt viktigt med

tydlig planering, tydliga mål, tät uppföljning och klara överenskommelser om ansvar och vem som gör vad.

### 8.11 Kunskapsutveckling och metodstöd

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att forskning och utveckling inom barnområdet bör få starkt stöd. Detta kan delvis åstadkommas med hjälp av den forskningssatsning som förslås i kapitel 11 och med det kunskapscentrum som föreslås. Men även huvudmännen bör se till att det lokala utvecklingsarbetet får tillräckligt stöd.

#### Skäl för bedömningen

Det finns ett stort behov av kunskapsutveckling inom området. I Social rapport 2006 (Socialstyrelsen 2006a) konstateras att kunskapen om i vilken utsträckning socialtjänstens insatser till barn och ungdomar fungerar är bristfällig. Värdet av dygnsplaceringar är inte utvärderat och det kan vara så att de metoder som i dag används inom socialtjänst, ungdomshem och specialistpsykiatri inte är verksamma och i vissa fall till och med skadliga. Forskning, utveckling och utvärderingar inom området är därför en mycket angelägen fråga.

Den lokala utvärderingen måste förbättras. Vården måste också öka användningen av kvalitetsregister och olika strukturerade utvärderingssystem som kan ge underlag till förbättringsarbetet. Utvärdering och förbättringsarbete ska göras på alla nivåer, och huvudmännen har ett stort ansvar för kompetens- och metodfrågor och att säkerställa kvaliteten på vården.

Nationell psykiatrisamordning anser att det finns en mängd angelägna utvecklingsområden, och att samarbete på regional och nationell nivå behövs för att utvecklingsarbetet ska gå tillräckligt fort. Exempel på fler angelägna utvecklingsområden är flickor som skadar sig själva, pojkar med utagerande beteende samt barn med utvecklingsstörning och psykisk sjukdom. Socialstyrelsen slutredovisade i december 2004 sitt uppdrag att belysa de frågeställningar som finns när det gäller flickor som medvetet skadar sig själva, samt att lämna förslag till åtgärder. Av rapporten framgår att det finns stora problem och kunskapsluckor inom området. Social-

styrelsen anser det angeläget att förbättra omhändertagandet och utveckla metoderna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för unga människor med långvariga psykiska besvär och beteendeproblem. Det gäller både öppenvårdsinsatser och behandling inom slutenvård och institutionsvård (Socialstyrelsen 2004f).

För barn och ungdomar med funktionshinder har diagnostiken och kunskapen om hur man lindrar symtom förbättrats. Nya grupper med behov av habilitering har tillkommit, t.ex. barn med neuropsykiatriska funktionshinder. Det verkar dock som om kunskapsutvecklingen inte alltid motsvaras av tillgången till lämpliga insatser för dessa grupper. Samtidigt har man gjort betydande insatser på lokal, regional och nationell nivå för att komma till rätta med problemen.

Barn och ungdomar med utvecklingsstörning eller allvarliga kroppsliga handikapp som får psykiska problem är en grupp som kräver både samverkan och specialkunskap. Erfarenheterna har visat att gruppen riskerar att få otillräckliga psykiatriska vårdinsatser på grund av bristande kompetens och oenigheter om ansvaret. För att klargöra vad som är vad i en komplicerad problembild behövs därför en noggrann och kvalificerad utredning med psykiatrisk specialistkompetens. Psykiska sjukdomar är vanligare hos barn med olika typer av hjärnskador. Symtombilden kan vara annorlunda och de psykiatriska tillstånden kan få andra konsekvenser än för barn utan komplicerande problematik i form av utvecklingsstörning. Det finns en växande kunskap inom området och det har tydligt visats att kompetenta utredningar och specialanpassad behandling och stöd kan förbättra situationen för personen i fråga, men också skapa bättre förutsättningar för omgivningen att ge rätt stöd. Beteendeproblem och utagerande aggressivitet eller initiativlöshet kan vara orsakat av psykiatriska komplikationer eller felaktig behandling som onödig medicinering m.m.

Nationell psykiatrisamordning har initierat ett projekt som ska ta fram förslag på hur man bäst ska arbeta med denna grupp. Lund, Örebro, Linköping och Uppsala har tidigare erfarenheter och sammanställer nu dessa för att ge stöd för andra verksamheter i landet. Nationell psykiatrisamordning anser att det i alla regioner bör finnas tillgång till specialteam eller kompetens som kan bistå med utredningar och behandlingskonsultationer för denna grupp.

Forskningen på området är eftersatt och kunskapen låg i såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst.

Inom både särskilda ungdomshem och HVB ska det finnas kompetens och kunskap som innebär att varje ungdom får vård och stöd med kunskapsbaserade metoder som är anpassade till personens speciella problematik. Eftersom psykisk sjukdom och missbruk ofta kan förekomma samtidigt hos ungdomar är det av största vikt att de får kvalificerade insatser för både missbruk och psykisk sjukdom. Den sparsamma forskning som finns inom området psykisk sjukdom och missbruk omfattar dock inte ungdomar. Olika metoder för att möta utagerande beteende och bristande impulskontroll har tagits fram och i viss mån utvärderats, men det finns inga studier av tillräcklig dignitet för att säga att det är evidensbaserade metoder utifrån just dessa tillstånd som de aktuella och ungdomarna har.

Kunskapen om flickor och pojkars skilda behov behöver öka. När insatser utvärderas och i arbetet att finna bättre metoder ska det alltid göras utifrån både pojkars och flickors perspektiv. Det finns ett stort behov av kontinuerlig utvärdering av de insatser som ges, samt kvalificerad forskning med studier som har en sådan design att de kan ge underlag till behandlingsrekommendationer. Nationell psykiatrisamordning anser att forskningen och utvecklingen inom barnområdet bör få ett starkt stöd från både lokala huvudmän och den statliga nivån, se kapitel 11.

Sammanfattningsvis konstaterar Nationell psykiatrisamordning att psykisk ohälsa hos barn och ungdomar är stor utmaning för vårt samhälle och att det är ett område där många aktiviteter pågått och i dag pågår på olika nivåer. Med tydliga målsättningar och en gemensam nationell struktur och samordning av olika aktörers arbete finns alla förutsättningar för ett framgångsrikt utvecklingsarbete. Vården, stödet och omsorgen till barn och unga kommer att mer kraftfullt kunna bidra till ökad psykisk hälsa i befolkningen.

## 9 Tvångsvård enligt LPT, LRV och LVM

### 9.1 Frivillig vård och omsorg är det normala

Så gott som all vård, rehabilitering och omsorg sker i frivillig form och i enlighet med den enskildes samtycke. Detta är själva utgångspunkten i lagstiftningen, både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Denna princip är så viktig att den skrivits in i de s.k. portalparagrafer som styr verksamheterna. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) sägs det i § 2 att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vidare sägs att god vård bland annat innebär att den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. I socialtjänstlagen (2001:453) framhålls i § 1 att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet.

Det finns dock tillfällen när samhället anser att det måste agera utan den enskildes samtycke. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Bestämmelser om vård utan samtycke finns också i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). I detta kapitel behandlas vissa frågor som rör dessa tvångslagar. I Psykiatrisamordningens delbetänkande Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) behandlas en del av dessa frågor mer utförligt. En kortfattad redovisning av de förslag som läggs i delbetänkandet återfinns i bilaga 2.



### 9.1.1 Vård utan samtycke utgör absoluta undantag

Antalet personer som är föremål för tvångsvård har minskat kraftigt under de senaste årtiondena. Sedan den nuvarande tvångslagstiftningen infördes inom hälso- och sjukvården 1992 halverades nästan antalet patienter som var föremål för psykiatrisk tvångsvård mellan åren 1991 och 1997. Minskningen har därefter fortsatt när det gäller patienter som vårdas med stöd av LPT, medan antalet som vårdas enligt LRV har ökat på grund av längre vårdtider.

**Tabell 9.1** Antal inläggande patienter inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, enligt Socialstyrelsens endagsinventeringar respektive år

Vårdform	1991	1994	1997	2005
LPT	1 922	1 108	931	855
LRV	837	725	770	939
Totalt	2 759	1 833	1 701	1 794

*Anm:* I tabellen ingår inte patienter som vid inventeringsdagen var på permission.

Uppgifterna i tabellen speglar endast förhållandena en viss given dag – och dessutom bara de patienter som var inläggande den aktuella dagen. Det faktiska antalet inskrivna patienter inom den psykiatriska tvångsvården uppgick vid det senaste inventeringstillfället till 3 150 personer, varav alltså drygt 40 procent var på permission. Däremot finns det inga tillförlitliga uppgifter från 2005 som visar hur många personer som någon gång under året varit föremål för psykiatrisk tvångsvård. En grov uppskattning skulle kunna vara att det rör sig om omkring 5 000 personer, varav drygt 1 500 med stöd av LRV.

För vård enligt LVM förfogar Statens institutionsstyrelse (SiS) över 327 platser. Under 2005 togs 1 116 personer om hand inom LVM-hemmen. För vård enligt LVU disponerar SiS över 690 platser. På dessa platser vårdades under 2005 totalt 1 003 ungdomar. Så gott som samtliga togs in med stöd av LVU.

Det sammanlagda antalet personer som under 2005 varit föremål för tvångsomhändertagande kan alltså uppskattas till omkring 7 000 personer. Det totala antalet patienter som vårdades inom den slutna psykiatriska vården (frivilligt eller med tvång) var omkring 45 000, och antalet besök inom den öppna psykiatriska vården uppgick till 625 000 läkarbesök och 3,1 miljoner besök hos andra

personalkategorier. Vad gäller socialtjänstens behandlingsinsatser till personer med missbruk finns tillgänglig statistik som Socialstyrelsen presenterar regelbundet. Denna statistik pekar mot att tvångsvården är relativt liten i förhållande till den vård som ges i frivillig form.

### 9.1.2 Varför tvångsvård behövs i vissa fall

Samhällets insatser till personer med psykisk ohälsa kan till allra största delen ges under frivilliga former. En liten del av insatserna kommer sannolikt alltid, hur väl vi än utformar vården, att behöva ske med tvång. Vid vissa psykiska sjukdomar och störningar är huvuddelen av problematiken att personen inte är kapabel att göra en korrekt bedömning av situationen eller sig själv.

Nationell psykiatrisamordning uppfattar att i stort sett alla i samhället är medvetna om att det finns vissa situationer då det inte är rimligt att personer får bestämma själv. Alla delar dock inte Psykiatrisamordningens uppfattning när det gäller behovet av tvångsinsatser. Det finns personer och organisationer som av ideologiska skäl hävdar att brist på sjukdomsinsikt bara beror på brister i samhällets omhändertagande. Ett annat argument är att behovet att tillgripa åtgärder mot någons vilja är så sällsynt att det inte ska få genomslag i lagstiftningen, eftersom det då kan missbrukas och vara negativt för dem som inte behöver tvångsvård. Nationell psykiatrisamordning anser att samhället inte får svika de människor som i vissa lägen behöver tvångsvårdas eftersom det ofta handlar om de mest utsatta lägen en människa kan befinna sig i.

Den svåra frågan är var gränsen ska dras för personens eget bestämmande och när det ska anses rimligt att någon annan får ta över bestämmandet. Hur illa får en människa fara innan samhället ska ta över? Vem ska bestämma när gränsen är passerad? Personen själv, anhöriga och närstående eller läkare och annan personal inom vården?

### 9.1.3 Tvångsvård ställer stora krav på rättssäkerhet

För att det ska vara legitimt att beröva en annan människa friheten och frånta honom eller henne sin beslutskapacitet krävs att besluten om tvångsingripande fattas på ett rättssäkert sätt. Tvångspsykiatrikommittén diskuterade i sitt slutbetänkande Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård (SOU 1998:32) några villkor som ska vara uppfyllda för att en tvångslag verkligen ska respektera idealet för rättssäkerhet. Till dessa villkor hör att lagen bör vara klar och tydlig, att den bör kännetecknas av konsekvens, att den ska ha en enhetlig utformning och att den ska göra det förutsägbart om i ett konkret fall tvångsåtgärder kan komma i fråga. Vidare anges att den rättsliga processen bör ge utrymme för att pröva tvångsbeslut i en opartisk domstol, och prövningen ska komma till stånd utan oskäligt dröjsmål. Den som blir föremål för tvånget ska ha rätt till ett sakkunnigt ombud som ska ha tillgång till allt beslutsunderlag som rätten har att ta ställning till. Så långt rimlig sekretesshänsyn medger det bör processen också vara öppen för offentlig insyn. Personen som tvångsvårdas ska bli informerad om rätten att överklaga och få den personliga och juridiska hjälp som han eller hon behöver.

När det gäller tvångsingripanden mot psykiskt störda personer finns det enligt Tvångspsykiatrikommittén anledning att se på rättssäkerheten i ett vidare perspektiv än det rent juridiska. Kommittén anför att rättssäkerhet också bör inkludera patientens anspråk på skydd, trygghet samt en effektiv vård och behandling. Det ligger inte alltid i patientens intresse att slippa tvång eller tvångsåtgärder; en tvångslagstiftning får inte vara så snäv att en patient som saknar sjukdomsinsikt inte får den vård och behandling han eller hon behöver. I patientens intresse ligger också att genom tvångsvård hindras från att begå gärningar som kan skada både sig själv, anhöriga eller andra.

När regeringen tog ställning till Tvångspsykiatrikommitténs förslag anförde man att rättssäkerhetsbegreppet bör ges den mera strikta juridiska betydelsen (prop. 1999/2000:44) när det gäller sådana kraftfulla ingrepp i den personliga integriteten som ett tvångsomhändertagande innebär. Den vidare definitionen som bl.a. kommittén hade föreslagit måste däremot självfallet beaktas när lagstiftningen ska utformas, och är en annan fråga som snarare rymms inom begreppet rättstrygghet. Propositionen innehåller sedan inga ytterligare resonemang kring begreppet rättstrygghet, och

trots att Socialstyrelsen har påpekat brister i omhändertagandet av personer med allvarliga problem har inte frågan kommit upp tillräckligt starkt ute i landsting och kommuner. En av del av de brister som finns i dagens tvångsvård är kanske just att det inte finns en säkerhet kring att patienten verkligen får hjälp när han eller hon behöver det.

I diskussionerna om var gränsen ska gå för när tvångsvård krävs, används i LPT begreppet *nödvändig*, och i LVU och LVM talar man om *behövlig* vård. Tvångspsykiatrikommittén ansåg att nödvändig vård var mer precist och mest förenligt med patientens integritet, och att tvångsvård bara får ges om patienten inte samtycker till sådan vård som är nödvändig för att han eller hon ska kunna leva ett värdigt liv. Även värdigt liv är en term som kan bedömas olika. Slutsatsen blir att det till syvende och sist handlar om enskilda läkares och länsrätters tolkningar och bedömningar. En förutsättning för att bedömningarna ska stämma såväl med lagstiftning och etiska överväganden som med medborgarnas åsikter och brukarnas perspektiv, är att det förs en levande diskussion där olika synpunkter får brytas mot varandra. Då kan man enas kring vilka ramar som anses rimliga för när tvångsvård är påkallad.

#### **9.1.4 FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning**

FN:s generalförsamling antog år 1991 en resolution med tjugofem principer för vården av personer med psykisk störning. Principerna anger vissa rättigheter som bara får inskränkas på de grunder som föreskrivs i lag och om det är nödvändigt med hänsyn till patientens eller någon annans hälsa eller personliga säkerhet, eller annars med hänsyn till samhällsskyddet eller andras grundläggande fri- och rättigheter.

Tvångsvård kan enligt resolutionen ges när det från medicinsk synpunkt anses nödvändigt för att förhindra en omedelbar eller stor risk för att patienten eller någon annan ska ta skada. Alla patienters behandling och omvårdnad ska baseras på en individuellt anpassad plan. Vårdplanen ska upprättas i samråd med patienten, utvärderas vid återkommande tillfällen, revideras vid behov och genomföras av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Som huvudprincip slås fast att alla personer med psykisk störning ska behandlas mänskligt och med respekt. Alla psykiskt störda har rätt till den bästa psykiatriska vård som finns att tillgå, och personen ska så långt som möjligt ha rätt att leva och arbeta ute i samhället samt få behandling och omsorg i den miljö där han eller hon lever.

Utöver integritet och rättssäkerhet poängteras vikten av att personer som vårdas mot sin vilja verkligen får bästa tänkbara vård, att största möjliga hänsyn tas till personens egen vilja och att insatserna anpassas så att de så långt som möjligt erbjuds personerna i den miljö där de lever. Kraven på vårdens innehåll och flexibilitet bör enligt Psykiatrisamordningen alltså vara extra stora i samband med tvångsvård. Dagens situation är dock för många långt från detta, eftersom tvångsvården på flera håll bedrivs på avdelningar med dålig vårdmiljö och bristande tillgång på olika behandlingsinsatser. Dessutom finns ibland en tradition av att personer som är besvärliga och inte vill ta emot vård delvis får skylla sig själva och att de därför inte får tillgång till vissa insatser, som t.ex. psykoterapi eller neuropsykiatrisk utredning. Den inställningen strider helt mot syftet med tvångsvård och kan också i förlängningen vara en förklaring till brukarnas ibland negativa inställning till sådan vård.

### 9.1.5 Frivillighet inom tvångsvården

Att bli intagen för vård med stöd av någon av de tvångsvårdslagar som nämndes inledningsvis innebär inte att den intagne fråntas alla möjligheter till att fatta egna beslut. Tvärtom är det extra viktigt att patientens integritet och självbestämmande inte kränks i onödan. Vad tvånget innebär är i första hand att den intagne ska vistas inom en viss vårdenhet utan möjlighet att ta sig därifrån, så länge den som ansvarar för vården inte beslutat att bevilja permission eller någon annan lättnad av restriktionerna. Att vara föremål för tvångsvård kan också innebära att den intagne är tvungen att underkasta sig viss behandling, t.ex. medicinering, samt att den intagne kan avskiljas från de övriga intagna om det krävs för att skydda patienten själv, de medintagna eller personalen från allvarlig skada.

Alkohol och andra droger, innehav av vapen och i vissa fall mobiltelefoner är andra restriktioner som gäller inom tvångs-

vården, antingen med stöd av lag eller lokala ordningsföreskrifter. Men när det gäller frågor om personlig klädsel, val av litteratur, sysselsättning etc. och andra personliga frågor bör patientens egna val så långt möjligt vara vägledande och inte ifrågasättas.

## 9.2 Psykiatrisk tvångsvård (LPT)

### 9.2.1 Bakgrunden till den nuvarande lagen

Fram till 1992 reglerades den psykiatriska tvångsvården av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Med stöd av LSPV:s generalindikation fick den som led av en psykisk sjukdom ges sluten psykiatrisk vård om det var nödvändigt med hänsyn till sjukdomens art och grad. Utöver detta krävdes någon av de följande specialindikatorerna:

- a) Den sjukets tillstånd skulle bli avsevärt förbättrat genom vården, eller att tillståndet avsevärt skulle försämrats om vården uteblev (en medicinsk indikation).
- b) Personen ansågs farlig för någon annans personliga säkerhet, och fysiska eller psykiska hälsa.
- c) Personen kunde inte ta hand om sig själv.
- d) Personen hade ett levnadssätt som var grovt störande för närboende eller andra.  
(b–d utgör tre sociala indikationer)
- e) Personen hade överlämnats till sådan vård av domstol.

I förarbetena till Lagen om psykiatrisk tvångsvård (prop. 1990/91:58) framhölls att trots att avsikten hade varit att avgränsa de situationer som kunde leda till tvångsvård så användes tvånget i praktiken alltför ofta. Tvångsvården skulle i stället mer riktas mot patientens eget behov av vård och omvårdnad och inte mot hur den psykiska störningen tog sig uttryck. Utifrån detta kom den nya lagen att utgå från kravet på att det fanns ett *oundgängligt behov* av intagning på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård och att patienten motsatte sig vård. Det är framför allt risken för att patientens liv ska vara i fara eller att patientens hälsa allvarligt ska försämrats som ska vara avgörande när behovet av tvångsvård ska bedömas. Vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses på något alternativt sätt. Om personen kan få tillräckligt stöd i sin egen hem-

miljö med hjälp av någon anhörig eller kommunens hemtjänst får tvångsvård inte ges.

I förarbetena angavs att syftet med de regler som föreslogs var att anpassa lagstiftningen till den utveckling inom psykiatri som innebar en starkt begränsad användning av tvångsvård. Ändamålet med tvångsvård ska vara att den som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, genom intagning på en sjukvårdsinrättning, ska kunna medverka till fortsatt stöd och ytterligare behandlingsinsatser i frivilliga former.

För att tvångsvård enligt LPT ska bli aktuell måste följande tre förutsättningar samtidigt vara uppfyllda:

- Patienten lider av en allvarlig psykisk störning.
- Patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Det ska också beaktas om personen till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.
- Patienten motsätter sig sjukhusvården, eller att hon eller han på grund av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att avgöra om sådan vård behövs.

### 9.2.2 Konsekvenser av den förändrade lagstiftningen

#### Omfattningen av tvångsvården

Tvångspsykiatrikommittén ansåg i sitt betänkande SOU 1998:32 att tvångsvården, sedan den nya lagstiftningen trädde i kraft, hade minskat i den utsträckning som då var lämplig och möjlig. En ytterligare minskning var i och för sig önskvärd. En förutsättning var dock enligt kommittén att kvaliteten inom den psykiatriska vården skulle höjas, samt att den öppna psykiatriska vården och kommunernas socialtjänst fick resurser och möjligheter att på olika sätt hjälpa och stödja personer med psykiska störningar.

Psykiatrisamordningen kan göra samma konstaterande även nu. Målsättningen måste självklart vara att minska tvångsvården så mycket som möjligt, men det måste ske i balans med att andra vårdmöjligheter tar över annars är risken stor att personer inte får den vård de behöver. Det är svårt att i nuläget avgöra om tvångs-

vården är av rätt omfattning Även om den generella nivån är riktig så framgår det klart av olika exempel att tillämpningen av LPT skiljer sig åt mellan olika delar av landet och även kan variera från tid till annan beroende på vem som är ansvarig läkare.

Många, inte minst anhöriga till vissa personer med psykisk sjukdom anser att det i vissa fall skulle var en fördel om det fanns möjlighet att ingripa tidigare, genom att det fanns en behandlingsindikation som innebar att patienten kunde tas in för tvångsvård om hans eller hennes tillstånd kan bli bättre av vård eller om vården kan förhindra en kraftig försämring. Detta gäller framför allt i situationer när närstående och vården genom tidigare erfarenheter vet att ett abrupt avslutande av medicinering, användning av droger eller självdestruktivt leverne alltid medfört ett allvarligt insjuknande eller svåra negativa konsekvenser som personen själv får lida av efter sjukdomsskoven. Samtidigt finns också beskrivningar av okänsliga, slentrianmässiga tvångsingripanden som kanske skulle ha kunnat förhindras med ett annorlunda arbetssätt och smidigare bemötande.

Det finns alltför många fall med beskrivningar av utebliven vård, eller där vård enligt LPT kommit tillstånd först i sent skede och där detta har fått klart negativa konsekvenser för patienten, de närstående och i vissa fall brottsoffer.

### Synpunkter på tvångsvården

Nationell psykiatrisamordning har i möten med brukar- och anhängigorganisationerna fått kontakt med många enskilda patienter och närstående. Klagomålen på den nuvarande tvångslagstiftningen och kanske framförallt tillämpningen av denna är omfattande, men samtidigt delvis motsägelsefulla.

#### *Synpunkter från brukarna*

Många som har varit med om tvångsvård kan beskriva hur utsatt patienten känner sig och hur kränkande många delar kan upplevas, allt från intagning till bemötande och behandling. Samtidigt kan flera också beskriva hur tacksamma de känner sig efteråt och i vissa fall önskar de att tvångsintagningen hade skett tidigare innan så mycket negativt hade hänt. Många är kritiska till den vårdmiljö patienterna tvingas vara i. Kritiken är också hård mot att så mycket



av vårdtiden bara är förvaring, att det inte finns ett brett behandlingsutbud med aktiviteter som främjar tillfrisknande, att patienternas egna önskemål inte tas till vara och att bemötandet många gånger är bristfälligt på grund av låg bemanning och okunnighet hos personalen.

#### *Synpunkter från närstående*

De anhöriga betonar i högre utsträckning att det är för svårt att få tvångsvård. Det är i många lägen orimligt att personen måste bli så sjuk som reglerna i dag föreskriver innan tvångsvård kommer till stånd. Om den restriktiva lagstiftningen kombineras med restriktiv tillämpning och resursbrister i vården, är risken stor att svårt sjuka personer inte får den vård de behöver.

Brukar- och anhörignätverkets rapport Så vill vi ha det (Nationell psykiatrisamordning, 2006:6) är en vision från de samlade brukar- och anhörigföreningarna, och där framförs följande:

Det är för stora regionala skillnader i hur LPT tillämpas och att det tyder på att det både är över- och underanvändning vilket på olika sätt medför negativa konsekvenser för patienter och närstående. Ett sätt som brukarna förespråkar är att upprätta ett så kallat nätverkskontrakt mellan patient, vårdgivare, anhöriga och vänner. Där ges nätverket kring patienten fullmakt att handla efter en på förhand uppgjord plan när denne är på väg att insjukna. Exempel visar att det kan bespara patienter och anhöriga mycket lidande. Brukarna önskar att psykiatrin i högre grad än vad som i dag är fallet bör medverka till att idén sprids och utvecklas ytterligare.

Nätverket har följande åsikter:

- Tvångsvården ska bli föremål för en grundlig nationell översyn i samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationerna.
- Nationella riktlinjer ska utarbetas för farlighetsbedömning.
- Nationella riktlinjer ska utarbetas för hur tvångsvården ska vara organiserad och bedrivs för att de negativa effekterna ska bli så skonsamma som möjligt för patienten.
- Personal som möter de tvångsvårdade behöver ha kunskaper för att anpassa bemötandet utifrån diagnos och individens specifika behov.
- Psykiatrin bör uppmanas att mer aktivt sprida och utveckla idén med nätverkskontrakt.

## Permission

Före den 1 juli 2000 fanns möjlighet att ge permission till vårdtidens slut vid både LPT-vård och LRV-vård. Permissionen kunde förenas med särskilda villkor, t.ex. skyldighet att gå igenom mediciner eller annan vård och behandling. Permissionen kunde också återkallas om förhållandena krävde det. Syftet med permission för återstoden av vårdtiden var att underlätta en smidig övergång till fortsatt vård i frivilliga former. Regleringen ledde i vissa fall till långa permissioner. Tvångspsykiatrikommittén föreslog att permission till vårdtidens slut skulle avskaffas och att öppenvård med särskilda villkor skulle införas. Kommitténs förslag vann dock inte stöd, utan regeringen föreslog i sin proposition (prop. 1999/2000:44) i stället skärpta permissionsregler. Från den 1 juli 2000 ska all permission tidsbegränsas och endast i undantagsfall kan det vara motiverat med längre tid än ett år. Därefter ska tvångsvården upphöra.

I regleringsbrevet för år 2001 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera de ändrade permissionsreglerna. Uppdraget redovisades år 2002 i rapporten *Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård*. En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering (Socialstyrelsen, 2002c). Uppföljningen visar att användningen av permissioner ökat och att permissioner ges för långa tidsperioder. Av Socialstyrelsens rapport framgår också att det har blivit allt vanligare att tvångsvård enligt LPT avslutas med en längre permission. Tjugo procent av alla på permission har en permissionsperiod som är längre än sex månader. En tredjedel av dem vistas på behandlingshem som ett villkor för permissionen. Socialstyrelsen konstaterar att lagändringen med skärpta regler för permission tydligen inte har haft avsedd effekt.

Socialstyrelsen genomförde en inventering av den psykiatriska vården den 18 maj 2005. Där framgick att antalet patienter som vårdas enligt såväl LRV som LPT och som hade permission, hade fortsatt att öka under senare år. På inventeringsdagen var 474 av totalt 1 412 LRV-patienter (33 procent) på permission. Av de 1 711 som vårdades enligt LPT var 839 (49 procent) på permission.

Tvångspsykiatrikommittén föreslog i sitt slutbetänkande, Rätts-säkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård (SOU 1998:32), att möjligheten att ge permission till vårdtidens slut skulle avskaffas. Permission under tvångsvård borde enligt kommittén användas på samma sätt som vid annan sluten hälso-

eller sjukvård, dvs. för visst tillfälle och viss tid. För de patienter som har behov av en längre tids uppföljning föreslogs en ny tvångsvårdform, s.k. öppen vård med särskilda villkor. Den nya vårdformen skulle användas för patienter som ännu inte kunde skrivas ut från tvångsvården men som inte längre hade behov av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning.

En överföring till öppen vård med särskilda villkor enligt kommitténs förslag skulle innebära att den sjukhusbaserade vården ersattes med öppenvård, dagsjukvård, eller hemsjukvård eller annan vård utanför sjukvårdsinrättningen. Beträffande patienter som vårdades med stöd av LPT förutsatte Tvångspsykiatrikommittén att öppen vård med särskilda villkor skulle komma att bli aktuell endast i undantagsfall. Det gällde även LRV-patienter som vårdades utan särskild utskrivningsprövning.

I direktiven till Psykiatrisamordningen ingick att se över permissionsbestämmelserna i LPT och LRV. Nationell psykiatrisamordning lämnade i mars 2006 (dnr 88/2006) ett förslag till Socialdepartementet om öppenvård med särskilda villkor. Skälet för förslaget var att Nationell psykiatrisamordning anser att öppen vård med särskilda villkor är den i dagsläget bästa lösningen på problemen med de nuvarande permissionsreglerna. Förslaget innebär att en sådan vårdform ska införas vid både LPT-vård och LRV-vård. Liksom vid Tvångspsykiatrikommitténs förslag förutsätts att den nya vårdformen används bara i undantagsfall beträffande LPT-patienter. För att den nya vårdformen ska få avsedd effekt och alltså kunna anpassas efter varje patients behov bör den inte begränsas i tid eller antal tillfällen.

Den nya vårdformen innebär att patienter som ännu inte kan skrivas ut från tvångsvård men som inte längre har behov av psykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning, i stället skall kunna överföras till öppen vård med särskilda villkor. Beslutet om sådan vård ska fattas av länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren och efter en noggrann och dokumenterad utredning. Dessutom ska det finnas krav på en samordnad planering och uppföljning av landstingets och kommunens insatser. För det ändamålet ska en samordnad vårdplan upprättas.

Eftersom det är viktigt att de nya reglerna får genomslag och att en likvärdig tillämpning över hela landet säkras föreslås att Socialstyrelsen får uppdraget att regelbundet följa upp och utvärdera de nya reglerna.

### 9.2.3 Behov av att se över LPT lagstiftningen

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning förslår att regeringen tar initiativ till en översyn av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) för att anpassa denna lagstiftning till de förändringar som skett i samhället och den psykiatriska vården under den senaste tioårsperioden.

Psykiatrisamordningen föreslår dock att öppenvård med särskilda villkor införs omgående och att en översyn och förändring av LPT-lagen kommer som ett andra steg.

#### Skäl för förslaget

Den psykiatriska vården har förändrats kraftigt under de senaste tio åren.

Den nuvarande lagen trädde i kraft 1992 med vissa förändringar 2000. Sedan dess har antalet slutenvårdsplatser minskat och även avancerade insatser görs i allt högre utsträckning i hemmet, vid öppenvårdsmottagningarna eller i dagsjukvården. Andelen av den slutna vårdens resurser som används för tvångsvård har ökat, vilket innebär att dagens dygnetruntvård med sängplats till stor del är anpassad efter de behov som inlåsning och tvångsvård kräver. Helydgnsvårdens utveckling påverkas negativt av detta eftersom utveckling av innehåll och metoder i vården blir koncentrerade kring tvångsvård. Personer med bristande sjukdomsinsikt får inte del av utvecklingen av metoder för att göra utredningar i personens hemmiljö, avancerade behandlingar och rehabilitering i den miljö där personen ska leva och verka. Anledningen är att dessa personers vård i stället sker på sjukhus eftersom vården kan ges först när de har ett oundgängligt behov av en sängplats. Nationell psykiatrisamordning anser att även tvångsvården behöver anpassas efter nya arbetssätt i öppenvård.

Norge har sedan 2001 en lagstiftning (LOV 1999-07-02 nr 62) som ger möjlighet till tvångsvård antingen i dygnsvård eller i dagsjukvård, eller som polikliniska besök eller hembesök. Valet av vårdform avgörs av vad som är bäst för patienten med hänsyn till hans eller hennes egna önskemål, sociala situation och sjukdomstillstånd. I Rapport fra Helsetilsynet 4/2006 rapporteras följande siffror från inventeringar av tvångsvården i Norge 2003 och 2004, 1 051 patienter, vilket är 27 procent av alla inneliggande, vårdades

med tvång, och 600 patienter av 21 500 patienter i öppenvård vårdades med tvång, dvs. 3 procent. Tyvärr finns inte tillräckligt säkra siffror för att bedöma om omfattningen av tvångsvården har minskat.

Socialstyrelsens olika inventeringar och de beskrivningar som Nationell psykiatrisamordning tagit del av från verksamhetens företrädare, patienter och personal visar att det finns skillnader mellan olika delar av landet i hur den nuvarande LPT-lagen tillämpas. Förutom de skillnader som framkommit kring användningen av permissioner, och som kan avhjälpas med Psykiatrisamordningens förslag, finns skillnader i när en person anses vara så sjuk att tvångsvård behövs. Användningen av konvertering, liksom hur beslutet om kvarhållning används, kan ibland bero på hur läkarbemanningen är ordnad under jourtid. Dessa skillnader i tillämpningen av lagstiftningen är otillfredsställande och vissa förtydliganden kan behöva göras. Det kan också behövas anpassning mot andra lagar, som LVM och LVU. Några av problemen med dagens lagstiftning redovisas nedan.

#### *Svårigheter med nuvarande lagstiftning*

Framför allt de anhöriga påtalar att LPT i vissa lägen är för svår att tillämpa, vilket gör att människor far illa innan de får hjälp. Lagens begrepp *oundgängligt behov* av sluten vård gör att det alltid måste ha gått långt innan tvång kan användas. I vissa lägen finns behov av att kunna tillgripa tvångsvård för att förhindra en försämring och att det är uppenbart att behandling kan förbättra patientens tillstånd. När en person upprepade gånger insjuknat i samband med utsättning av medicin kan det verka oetiskt att behöva invänta att försämringen blivit så allvarlig att dygnetruntvård är absolut nödvändig eller oundgänglig.

LPT är också svår att tillämpa på personer som är påverkade av droger eller alkohol. På vissa håll har den praktiska tillämpningen utvecklats till att personer som är berusade eller påverkade inte blir föremål för LPT, utan man menar att patienten bör vårdas enligt LVM. Eftersom personen måste lida av en allvarlig psykisk sjukdom för att LPT ska vara tillämplig behövs en bedömning av personens psykiska tillstånd. När någon är berusad kan det vara svårt att göra den bedömningen och en del läkare anser därför att en drogpåverkad person aldrig kan bli intagen enligt LPT. Vissa

psykiatriska tillstånd är dock bara riktigt allvarliga när personen är påverkad av alkohol eller narkotika. Om han eller hon blir intagen enligt LPT i det akuta läget så kommer patienten efter några dagars medicinering och drogfrihet vara så bra att det är svårt att hävda att det finns ett oundgängligt behov av slutenvård. Så fort personen sedan blir utskriven och åter blir drogpåverkad och slutar medicinera återkommer de allvarliga symtomen och återintagning behövs. Detta problem kan inte sägas vara vanligt, men det blir påfrestande för de närstående, samhället och vården när en person med sådana problem gång på gång försämras i sin sjukdom på grund av missbruket, utan att vården kan vidta kraftfulla åtgärder. Eftersom just psykisk sjukdom eller störning i kombination med missbruk utgör en ökad risk för avvikande beteende, brottslighet och våld är det angeläget att dessa situationer kan hanteras i ett tidigt skede innan något allvarligt hänt personen själv eller andra.

Ett annat problem som lyfts fram är svårigheten när en person med allvarlig psykisk sjukdom också har ett allvarligt missbruk och blir intagen enligt LVM. Om personen då inte vill ta sin medicinering kan han eller hon enligt LVM inte tvinga fram detta. Följden blir att man då måste vänta på att till exempel psykosjukdomen försämras så mycket att det blir möjligt med ett ingripande enligt LPT. Hos vissa personer med en svår dubbel-diagnosproblematik kan man se ett mönster av upprepade tvångsvårdsperioder enligt omväxlande LPT och LVM, och till sist ibland LRV. Genom det förslag som Nationell psykiatrisamordning har lagt om öppenvård med särskilda villkor kan en del av dessa problem hanteras.

Nationell psykiatrisamordning anser att den nuvarande LPT-lagstiftningen i vissa delar behöver förtydligas och anpassas efter de förändrade metoderna i vården och förändringarna i patienternas behovsbilder. Större förändringar av tvångslagstiftningen behöver gå igenom en längre process där såväl brukarföreningar som olika myndigheter och personal i vården bör vara delaktiga, och därför föreslår Psykiatrisamordningen att den föreslagna förändringen av permissionsbestämmelsen och införandet av vårdformen öppenvård med särskilda villkor införs omgående.

## 9.3 Rättspsykiatrisk vård (LRV)

### 9.3.1 Förutsättningar för rättspsykiatrisk vård

Den som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning får inte dömas till fängelse – det s.k. fängelseförbudet (BrB 30:6). Om den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, lider av en allvarlig psykisk störning får domstolen överlämna personen till vård (BrB 31:3) enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). När domstolen beslutar om överlämnande till rättspsykiatrisk vård beslutar den också om denna vård ska ges med eller utan särskild utskrivningsprövning. För att kunna överlämna en gärningsman till rättspsykiatrisk vård krävs att det finns ett medicinskt underlag, i regel ett rättspsykiatriskt utlåtande (RPU), som stöder att den misstänkte lider av en allvarlig psykisk störning.

Häktade och fängelse dömda som är i behov av psykiatrisk vård kan, liksom alla andra medborgare, få denna vård på frivillig väg enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. När den som är häktad eller dömd till fängelsestraff behöver psykiatrisk tvångsvård regleras emellertid denna vård av LRV.

Även om mycket av innehåll och arbetsmetoder är gemensamma inom den rättspsykiatriska vården och annan psykiatrisk vård finns det stora skillnader mellan dessa områden. Det gäller inte minst de formella och organisatoriska förutsättningarna för vården. Inom rättspsykiatrin har dessutom många patienter flera komplicerande tillstånd, vilket bidrar till betydligt längre vårdtider än inom annan psykiatrisk vård. Rättspsykiatrin måste också hantera en dubbel roll – förutom vård och behandling som ska förbättra patientens psykiska hälsa, måste rättspsykiatrin även medverka till att minska risken för förnyad brottslighet till följd av den psykiska sjukdomen eller störningen, samt svara för samhällsskyddsaspekter.

Mot bakgrund av de särskilda frågeställningar och behov av särlösningar som finns när det gäller det rättspsykiatriska området har Psykiatrisamordningen valt att behandla frågorna kring vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare i ett särskilt delbetänkande Vård och stöd för psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91). Flera av de överväganden och förslag som lämnas i detta slutbetänkande är dock relevanta även för gruppen psykiskt störda lagöverträdare. Detta gäller framför allt frågor om samverkan mellan landsting och kommuner i samband med permission och

utskrivning från den psykiatriska tvångsvården, och behovet av kommunala insatser. I bilaga 2 redovisas huvuddragen i de förslag som lämnats i delbetänkandet. Förslagen rör straffrättsliga frågor, sjukvårdshuvudmannens ansvar, rättspsykiatriska vårdens uppgifter, samverkan och kommunernas roll, den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten samt behovet av nationell samordning. Målsättningen med de redovisade åtgärderna är att åstadkomma positiva systemeffekter för vård och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare som helhet, och syftet är att förbättra de berörda lagöverträdarnas psykiska hälsa och så långt möjligt minska risken för att de ska återfalla i brott.

### 9.3.2 Den rättspsykiatriska vårdens omfattning

Sedan den gällande lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård trädde i kraft den 1 januari 1992 har antalet inneliggande patienter inom rättspsykiatrin ökat från drygt 600 till omkring 930 personer. Om man även inkluderar patienter som har varit på längre permission har antalet rättspsykiatriska patienter ökat från 830 till 1 430 under perioden 1992–2005.

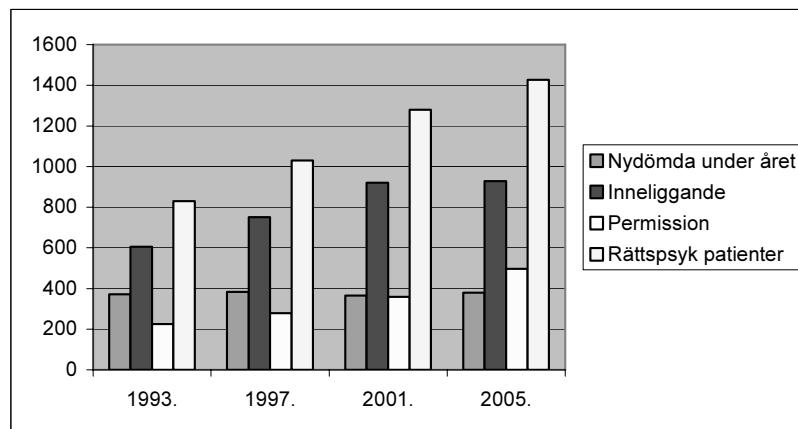
Ökningen av antalet rättspsykiatriska patienter beror inte på att domstolarna har dömt fler till rättspsykiatrisk vård. Detta antal har under den senaste tioårsperioden varit relativt konstant omkring 375–380 personer per år i landet som helhet. För enskilda landsting har dock skillnaderna i vissa fall varit betydande mellan olika år.

En anledning till att fler patienter än tidigare är inskrivna enligt LRV är att vårdtiderna successivt har förlängts, vilket i sin tur hänger samman med att allt fler patienter uppvisar både en psykiatrisk störning och en personlighetsstörning, inte sällan i kombination med olika missbruksproblem. En annan förklaring är att förvaltningsdomstolarna, som i flertalet fall ansvarar för beslut om utskrivning, funnit att risken för återfall i allvarlig brottslighet varit överhängande och därför beslutat om fortsatt vård. En ytterligare anledning, som har framförts från vårdens sida, är att kommunerna ofta haft svårt att i tid få fram bostäder och lämplig sysselsättning för patienter som har bedömts vara klara för utskrivning från vården, vilket i sin tur medverkat till att länsrätten inte har beviljat utskrivning. Det faktum att fler av rättspsykiatrins patienter under senare år kunnat beviljas permission talar för att kommunerna har något bättre beredskap för boendeinsatserna.



Drygt 95 procent av dem som vårdas med stöd av LRV är gärningsmän som domstol har dömt till vård. Härtill kommer i genomsnitt omkring 40 patienter från kriminalvården, varav hälften utgörs av häktade personer och hälften av fängelsedömda i behov av psykiatrisk tvångsvård.

**Figur 9.1 Utveckling av antalet rättspsykiatriska patienter 1993–2005**



*Anm:* Definitionen av permission skiljer sig mellan de olika inventeringarna. Under åren 1993–2001 avsågs permissioner som varade 72 timmar eller mer. År 2005 avsågs alla permissioner. Detta kan eventuellt förklara ökningen av andelen patienter som enligt figuren är på permission, från 27 procent till 34 procent.

*Källor:* Socialstyrelsens inventeringar av den rättspsykiatriska vården, Psykansvarskommittén samt Brås Kriminalstatistik när det gäller antal överlämnade under året.

Kostnaderna för den rättspsykiatriska vården uppgår till omkring tio procent av sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för all psykiatrisk vård eller en procent av deras nettokostnader för all hälso- och sjukvård.

### 9.3.3 Vårdens innehåll

De krav som lagstiftningen och samhället ställer på rättspsykiatrins innehåll och kvalitet är i stort desamma som gäller för andra delar av hälso- och sjukvården och psykiatrin. Det som skiljer är att rättspsykiatrin bedrivs under tvång och bl.a. vårdar patienter som på grund av tidigare brott måste vistas på enheter som är special-

utrustade för att tillgodose samhällsskyddet, samt att behandlingen även är inriktad på att förebygga återfall i brott.

Inom rättspsykiatri gälls också samma grundläggande värderingar som för hälso- och sjukvården i stort. Detta innebär ett humanitärt omhändertagande med respekt för de intagnas självbestämmande och integritet, så långt detta är möjligt med tanke på de begränsningar som det påtvingade frihetsberövandet och den psykiska störningen innebär. Liksom inom all annan vård har patienten rätt till information och möjlighet till inflytande över sin behandling. Verksamhetens karaktär ställer också stora krav på både inre och yttre säkerhet (skalskydd och vid vård av häktade och dömda även perimeterskydd) för att undvika skadegörelse, våld, rymning, fritagningsförsök m.m.

Diagnospanoramats inom den rättspsykiatriska vården är mycket brett. Många patienter har någon av de klassiska psykosjukdomarna schizofreni, affektiv sjukdom och vanföreställningsyndrom, men även hjärnskador kan resultera i att påföljden vid brott blir rättspsykiatrisk vård. På senare tid har gruppen med neuropsykiatriska störningar vuxit till följd av att diagnostiseringen har utvecklats. En majoritet av patienterna med någon av de nämnda diagnoserna har dessutom en eller flera missbruksdiagnoser samt uttalade brister i det sociala nätverket. Därutöver förekommer patienter med svåra personlighetsstörningar. Multi-diagnospatienter, dvs. patienter som lider av både en affektiv sjukdom och en personlighetsstörning och som dessutom missbrukar alkohol eller droger är relativt vanligt förekommande.

Majoriteten av de rättspsykiatriska patienterna är dömda för våldsbrott, som också inkluderar sexualbrott och mordbrand. Det är nästan aldrig möjligt att finna en enkel förklaring eller en orsak till att en person uppvisar ett våldsamt beteende. Ett våldsbrott är resultatet av samspel mellan en rad olika mekanismer knutna till dels personen som utövar våldet, dels faktorer i omgivningen.

Rättspsykiatri är mångdimensionell genom att verksamheten både ska uppfylla kravet på optimal vård utifrån de specifika diagnoser och tillstånd som patienterna har och vidta insatser för att förebygga återfall i brott, samtidigt som den ska se till att säkerhet och juridiska åtaganden uppfylls. Dessa olika mål kan ibland komma i konflikt och det är en svår uppgift att organisera och utföra vården på ett bra sätt. Det finns sannolikt ingen del av hälso- och sjukvården som rymmer så många etiska ställningstaganden och etiska konflikter som rättspsykiatri.

Den rättspsykiatriska vården omfattar inte bara insatser som är kopplade till individens psykiatriska sjukdom som t.ex. olika symtom, självmords- eller våldsbenägenhet mot andra, utan den gäller även brottsbearbetning. Vårdgivaren har också rätt, eller tar sig rätten, att avgöra vad som är bra eller dåligt för den enskilde patienten när det t.ex. gäller umgängesform, personlig hygien, kost, motion m.m. Var gränsen går mellan en rättspsykiatrisk vårdinsats och en kränkning av någons personliga integritet blir därmed svårt att fastställa och är något som präglar den dagliga omvårdnaden på den rättspsykiatriska vårdavdelningen. När man ska utföra insatser som syftar till både samhällets och patientens bästa är det av yttersta vikt att vara lyhörd för patientens egna önskemål. Alla inom vården måste också vara medvetna om att gränsen mellan en etiskt försvarbar behandlingsåtgärd och en kränkande handling kan vara hårfin. En etiskt känslig fråga är också var gränsen går mellan sanktionerat tvång, icke-sanktionerat tvång och det som kan kallas "lirktvång", manipulation eller övertalning.

Vårdgivaren har också befogenhet att inom ramen för det yttre tvånget använda sig av direkta tvångsåtgärder, såsom isolering och tvångsmedicinering om patienten inte frivilligt går med på de vårdinsatser som anses påkallade. Den tydligaste åtgärden vårdgivaren har att tillgå för att uppnå vårdens intentioner är att hindra fri-förmåner eller utskrivning av patienten. Vanligen görs detta med hänvisning till patientens potentiella risk för sin egen eller andra människors säkerhet. För att inte detta skall bryta mot de internationella etiska principer som formulerats i den s.k. Hawaii-deklarationen och senare i Madrid-deklarationen<sup>1</sup> krävs att patienten samtidigt uppfyller kriterierna för allvarlig psykisk störning.

Kraven på innehållet i vården, det vill säga att metoderna och arbetssätten som används bygger på aktuell kunskap och att patienterna tillförsäkras insatser efter behov och med hög kvalitet, är extra höga inom rättspsykiatrin eftersom patienterna inte har möjlighet att välja sin vård. Aktivt utvecklingsarbete kring metoderna och de etiska frågorna måste pågå kontinuerligt för att vården ska kunna bedrivas på en tillfredsställande nivå.

Den rättspsykiatriska vården bedrivs under lång tid, ibland mycket lång tid, och vårdenheten kan därmed bli som ett hem för patienten under många år. Många av de rättspsykiatriska patienter-

---

<sup>1</sup> Etiska riktlinjer för psykiatrer som ursprungligen antagits av World Psychiatric Associations i Hawaii 1977 och uppdaterats i Wien 1983, samt därefter reviderats i Madrid 1996 för att bättre svara mot ändrade attityder och den medicinska utvecklingen inom psykiatrin.

na saknar ett ordnat familjeliv och ett personligt nätverk, vilket i förening med den långa behandlingstiden medverkar till att en närhet etableras mellan de intagna och personalen på ett sätt som inte är lika uttalat inom annan psykiatrisk vård.

Patienterna har ofta svårbehandlade tillstånd och dålig eller ingen behandlingsmotivation. En hög andel av patienterna har utöver rent psykiska sjukdomar även missbruksproblem och personlighetsstörningar av olika slag. Medan en del av de rättspsykiatriska patienterna har levt ett ”hyggligt” liv trots sin psykiska störning fram till dess att de begått och fällts för en brottslig handling, så har det stora flertalet levt ett liv i välfärdssamhällets utkanter. Många har haft en svår och orolig uppväxtmiljö och saknar arbete eller annan fast försörjning, permanent bostad samt, som nämnts ovan, familj och ett ordnat socialt nätverk. Rättspsykiatrins patienter är också mer riskutsatta än andra grupper av patienter, med en överrepresentation av skador och för tidiga dödsfall som en följd av bland annat missbruk, olyckor och självmord.

Syftet med den rättspsykiatriska vården är att hjälpa patienten att förstå och hantera sin psykiska störning så att man minimerar risken för återfall i allvarlig brottslighet på grund av denna störning. Detta är samhällsskyddsaspekten på vården. En väsentlig del i arbetet med patienten är brottsbearbetning, dvs. att förstå den utförda handlingen och dess konsekvenser, liksom att komma underfund med och hantera de förhållanden (triggers) som kan vara utlösande för t.ex. ett våldsbrott. Men syftet är också att som vid all annan sjukvård förbättra hälsan och öka livskvaliteten genom att främja ett självständigt liv i samhället på samma villkor som för andra. För att detta ska lyckas krävs insatser från många olika håll och kunskap om de problem och förutsättningar som kännetecknar en stor del av rättspsykiatrins patienter.

Under vårdtiden utvecklas strategier som kan användas efter utskrivning, och man prövar ut insatser som syftar till att behålla förbättrad psykisk hälsa och förhindra återfall i brott. När patienten inte längre behöver den omhändertagandenivå som den slutna institutionen ger, planerar man i stället för utskrivning. Denna process är lång och börjar egentligen redan när patienten skrivs in i vården, och innefattar färdighetsträning som gör att patienten så småningom ska kunna bo och leva i samhället som andra. Redan vid inskrivningen bör kontakt tas med patientens hemkommun, som informeras om klinikens uppdrag och den samverkan med kommunen som uppdraget innebär.

Förutsättningen för utskrivning är att patienten har en ordnad social situation, dvs. ett boende i missbruksfri miljö med tillräckligt personalstöd utifrån patientens handikapp, sysselsättning i den omfattning som patienten kan klara av och ha glädje av samt ordnad ekonomi. Patienten behöver också, i de flesta fall, få hjälp med att påminnas om att ta sin medicin. Om patienten delvis har medicinering i tablettform bör man åtminstone till en början göra täta koncentrationsbestämningar för att verifiera intaget, och vid eventuella försämringar kunna bedöma om försämringen är kopplad till för låga koncentrationer av läkemedlet. Allt för att förebygga ett återinsjuknande. Återfallsprevention är givetvis en väsentlig del i vården och vid och efter utskrivningen måste det finnas kontinuitet i vårdinsatserna. En annan viktig del av återfallspreventionen är att kontrollera att personen är drogfri.

Om sjukhusvistelsen inte följs av en god öppenvårdskontakt riskeras hela den investering som den långa vårdtiden är, både för samhället och för patienten. God psykiatrisk öppenvård, ordnade sociala förhållanden med bostad, stöd i vardagen och sysselsättning borde vara en självklarhet för alla dem som skrivs ut från rättspsykiatrisk vård, men tyvärr är detta av olika skäl inte alltid fallet.

#### 9.3.4 Psykiatrisamordningens förslag och bedömningar

Psykiatrisamordningen har i sitt delbetänkande Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) lämnat en betydligt fylligare beskrivning av förhållandena inom den rättspsykiatriska vården. Delbetänkandet tar även upp frågor som rör psykiskt störda lagöverträdare som dömts till kriminalvårdspåföljd eller som överlämnats till slutna ungdomsvård. I bilaga 2 redovisas i korthet de förslag som lämnats i delbetänkandet.

Förslagen i delbetänkandet berör straffrättsliga förutsättningar, sjukvårdshuvudmannens ansvar för psykiatrisk vård åt intagna inom kriminalvården och vid SiS:s institutioner m.m. samt behovet av att vidga rättspsykiatrins ansvarsområde. I delbetänkandet föreslås att rättspsykiatrin bör utgöra ett kompetenscentrum inom sjukvårdsområdet när det gäller identifiering, riskbedömning och omhändertagande av personer med utåtriktad aggressivt beteende, och att varje vårdenhet och öppenvårdsmottagning bör ha en plan för hur man ska agera vid en risksituation. Vidare lämnas i delbetänkandet förslag om ett ökat omhändertagande från rätts-

psykiatrins sida i samband med utskrivning av patienterna så att dessa inte hamnar i ett "ingenmansland" efter utskrivningen. Psykiatrisamordningen uppmärksammar även kommunernas roll och understryker det kommunala ansvaret i samband med permission och öppen vård med särskilda villkor. Slutligen diskuteras behovet av nationell samordning med en samordningsmyndighet för såväl rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet som rättspsykiatrisk vård samt statlig medfinansiering av den rättspsykiatriska vården.

#### 9.4 Missbruksvård enligt LVM

Missbruksvården bedrivs av staten (missbruksbehandling inom kriminalvården samt tvångsvård enligt LVM), landstingen och kommunerna. Landstingen svarar främst för avgiftning (abstinensbehandling) och läkemedelsassisterad behandling för både alkohol- och narkotikaproblem vid beroendekliniker eller psykiatriska kliniker. Kommunernas socialtjänst bedriver vård både i öppna former och på institutioner inriktat på behandling och psykosocialt stöd. Socialtjänsten ger också stöd i boende, sysselsättning, försörjning och genom budgetrådgivning. Kommunal socialtjänst upphandlar ofta privat vård och behandling. Frivilliga organisationer är framförallt engagerade i boende för hemlösa, sysselsättning och eftervård, men bedriver även vård och behandling.

För personer som vårdas med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska det finnas särskilda LVM-hem. Statens institutionsstyrelse (SiS) är huvudman för de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Vistelsen på ett LVM-hem ska pågå under högst sex månader och ska så snart som möjligt övergå till öppnare former. Vistelsen inleds ofta med avgiftning och en utredning av missbrukarens problem och behov. Utredningsfasen kan omfatta samtal med psykolog, färdighetstester samt social och psykiatrisk utredning och mynnar ut i en individuell behandlingsplan. SiS har 14 LVM-hem med inriktning mot olika målgrupper, och kvinnor och män vårdas så gott som alltid vid olika institutioner. De personer som bedöms ha allvarliga psykiska problem eller sjukdomar samt ett utagerande beteende placeras vid särskilda institutioner eller avdelningar. Samtliga institutioner vårdar dock personer med missbruk i kombination med psykisk ohälsa. Behovet av psykiatriska insatser tillgodoses genom att institutionerna anlitas

psykiater, antingen i form av konsult eller som anställd. Sjuksköterskor finns på samtliga LVM-hem och psykologer vid de flesta.

År 2005 togs 1 176 personer in för vård vid LVM-hemmen, varav 364 kvinnor. Uppgifter från SiS:s dokumentationssystem, DOK, visar att den grupp som vårdas vid LVM-hemmen har en utsatt situation och stora problem inom i stort sett livets alla områden. Endast varannan person har egen bostad. Närmare en fjärdedel av de vårdade uppgav att de haft kontakt med psykiatrisk öppenvård, nästan lika många uppgav kontakt med psykiatrisk slutenvård samt tolv procent uppgav att de tvångsvårdats inom psykiatrin någon gång i livet.

Det är inte ovanligt att SiS får ta emot klienter med behov av sluten psykiatrisk vård, inte enbart i inledningsskedet av omhändertagandet då de flesta har behov av abstinensbehandling, utan även under LVM-vistelsen då det visar sig att klienterna har svåra psykiska problem. SiS:s institutionschefer uppger att det är svårt att få psykiatrin att ta emot LVM-hemmens klienter och att i de fall de tas in på avdelningen, skrivs de ofta ut efter några timmar och återförs till SiS-institutionen. Särskilt svårt är det att få ta del av psykiatriska insatser när klienten agerar ut och är våldsbenägen (SiS, 2004). Någon tvångsvård enligt LPT får inte bedrivas inom LVM-vården.

Samarbetet och ansvarsfördelningen mellan SiS och den psykiatriska vården har diskuterats alltsedan SiS 1994 tog över ansvaret för institutionerna från kommuner och landsting. I SiS:s regleringsbrev för budgetåret 1999 fick myndigheten uppdraget att i samarbete med Landstingsförbundet undersöka möjligheten att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan SiS och landstingen när det gäller sjukvårdsresurser. Uppdraget redovisades i november 1999. Då klargjorde SiS att de bekostar i stort sett allt samarbete inom ungdomsvården och missbrukarvården, där något samarbete finns. På grund av bristerna inom hälso- och sjukvården hade SiS också tagit ansvar för att klienterna ska få den vård de behöver genom att knyta till sig eller bygga upp egna sjukvårdsresurser.

SiS har utformat riktlinjer för den hälso- och sjukvård som bedrivs vid de egna institutionerna. Beträffande ansvaret för hälso- och sjukvård sägs följande i riktlinjerna: "Landstingen har skyldighet att erbjuda nödvändig hälso- och sjukvård även till SiS:s patienter. Skulle landstingen vägra att ställa upp med nödvändig hjälp kan institutionen kontakta Socialstyrelsens regionala tillsyns-

enhet som skall se till att landstinget uppfyller sina skyldigheter. Någon lagstadgad skyldighet för SiS att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet vid institutionerna finns däremot inte.”

LVM-utredningen (SOU 2004:3) belyser ansvarsfrågan mellan SiS och hälso- och sjukvården, bland annat beträffande kravet att LVM-vården ska inledas på sjukhus ”om förutsättningarna för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i örigt” (§ 24 första stycket LVM). I den inledande fasen är sjukhusvård oftast liktydigt med abstinensbehandling, avgiftning, som kräver specialiserad vård. En större andel av klienterna, uppskattningsvis knappt 70 procent, kommer till institutionerna utan föregående läkarundersökning. Eftersom en stor andel av klienterna omedelbart blir omhändertagna enligt LVM har de ett stort behov av abstinensbehandling eller annan medicinsk bedömning. Den behandlingen ombesörjs av SiS i samband med intagning på LVM-hem eftersom klienterna inte får nödvändig sjukhusbaserad abstinensbehandling inom hälso- och sjukvården.

I förarbetena till LVM förutsågs att LVM-hemmen alltid måste kunna utföra viss hälso- och sjukvårdsverksamhet, eftersom det kan finnas klienter som inte vill genomgå abstinensbehandling på sjukhus. Det har dock aldrig varit lagstiftarens mening att LVM-hemmen mer eller mindre regelmässigt ska överta en uppgift som är landstingets ansvar. Tvärtom måste det enligt LVM-utredningen vara en självklar utgångspunkt att landstinget tillhandahåller medicinsk bedömning och abstinensbehandling liksom annan medicinsk behandling. ”Det är ett oeftergivligt krav att landstinget fullgör uppgiften att tillhandahålla erforderlig medicinsk vård” (SOU 2004:3). LVM-utredningen menade att kostnadsansvar och andra frågor i första hand bör lösas i samförstånd mellan SiS och landstingen. Genom att LVM-hemmet tillhandahåller abstinensbehandlingen och psykiatriska läkarinsatser, överförs kostnaden för vården i praktiken från landstingen till kommunen. SiS har möjlighet att ”mot avgift utföra uppdrag åt kommuner och landsting i samband med bland annat avgiftning av missbrukare” (SFS, 2003). LVM-hemmet har möjlighet att debitera landstinget för att man utför denna tjänst, förutsatt att det finns ett avtal mellan SiS och det enskilda landstinget. LVM-utredningen betonade vikten av sådana avtal så att frågan om kostnadsansvar skulle kunna lösas.

Ett problem är att de flesta klienterna ofta placeras vid LVM-hem inom ett annat landsting än det som de är folkbokförda i. Hemlandstinget har ansvaret för hälso- och sjukvården, och det är



svårt att upprätthålla en effektiv samverkan som gynnar den enskilde, eftersom den ansvariga kliniken är lokaliserad långt ifrån SiS-institutionen.

För att studera frågan om samverkan mellan ungdomshemmen, samt i viss mån LVM-hemmen och landstingens psykiatriska vård, bedrivs ett samarbetsprojekt mellan SiS och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I ett av projekten (Uppsala) som redovisades i rapporten har samverkan reglerats i ett särskilt framtaget, lokalt anpassat avtal mellan parterna, Beroendekliniken Akademiska sjukhuset och Östfora behandlingshem. Syftet är att de LVM-omhändertagna ska få tillgång till psykiatrisk vård där de befinner sig. Riksavtalet för utomlänsvårdade tillämpas för de personer som är folkbokförda inom annat landstingsområde än Uppsala. Avtalet har helt nyligen trätt i kraft och har ännu inte utvärderats (SiS, 2005).

Nationell psykiatrisamordnings bedömning är att personer som är omhändertagna enligt LVM inte får tillgång till psykiatrisk vård av landstingen i den utsträckning som de är i behov av. Nationell psykiatrisamordning har i betänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) föreslagit att landstingens skyldigheter förtydligas genom en komplettering i hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget gäller inte bara den som är föremål för kriminalvård utan också den som är intagen på ett LVM-hem eller ett särskilt ungdomshem.

Det är vanligt att vård enligt LVM ges vid en institution utanför den intagnes eget sjukvårdsområde. För att trygga dessa intagnas möjligheter till psykiatrisk öppen- och slutenvård krävs det att landstinget där den enskilde vistas erbjuder lämpliga vårdinsatser, och att hemlandstinget fullt ut accepterar den bedömning av insatsbehovet som görs av vistelselandstinget. Förslaget innebär ett undantag från principerna om att det är hemlandstingets bedömning av vårdbehovet som ska gälla. Det faktum att personerna befinner sig på institutionen under tvång motiverar ett sådant undantag. Psykiatrisamordningen bedömer att det även behövs ett tillägg eller justering i dagens Riksavtal för utomlänsvård för att det ska bli tydligt för verksamheterna vad som gäller för kostnadsansvaret i samband med vård av personer som befinner sig på SiS-institutioner och LVM-hem.

## 9.5 Vissa gemensamma frågor

### 9.5.1 Behov av utveckling och ändrad inställning

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att sjukvårdshuvudmannen och chefsöverläkaren har ansvar för att den vård som ges till personer som vårdas med tvång är den bästa tänkbara och att vårdmiljön är så god att den främjar återhämtning. På varje enhet som bedriver tvångsvård bör det finnas tydliga rutiner och lokala föreskrifter för hur god kvalitet i vården ska säkerställas, men det behövs också ett utvecklingsprogram kring hur vård, bemötande samt praktisk och etisk förmåga ska utvecklas hos personalen.

Socialstyrelsen bör få ett uppdrag att tillsammans med andra berörda aktörer skapa en gemensam utvecklingsplan med riktlinjer och förhållningssätt för hur tvångsvården bör bedrivas med inriktning mot att så långt som möjligt undvika tvångsåtgärder.

#### Skäl för bedömningen

När samhället vidtar en så integritetskränkande åtgärd som att vårda någon mot dennes vilja är det ett absolut krav att den vård och omsorg som ges är den bästa tänkbara. När en patient tvingas att vara på en vårdenhets som han eller hon inte har valt eller kan lämna när han eller hon vill, ska den vårdmiljön vara den bästa tänkbara. En patient som fråntas olika rättigheter och kanske tvingas till medicinering eller annan tvångsåtgärd har rätt att kräva att den personal som ger vården ska vara välutbildad, mogen och med stor etisk lyhördhet. Så är inte alltid fallet i dag. Den vård och miljö som erbjuds patienterna är ofta långt ifrån den bästa, på grund av bristande resurser och svårigheter att rekrytera personal.

Tvångsvård är ett förtroendeuppdrag som ska skötas med stor omsorg. Att sätta sig över en annan människas vilja är ett oerhört stort steg även om personen är svårt sjuk och det är för hans eller hennes bästa. De personer som arbetar inom psykiatrisk vård som vårdar enligt tvångslagar bör vara extra kompetent med teoretiska kunskaper om lagstiftning, psykologiska mekanismer och etiska aspekter, men bör också ha stora färdigheter i att möta människor i

utsatta positioner och utföra eventuella tvångsåtgärder med så liten kränkning som möjligt.

Sjukvårdshuvudmannen har ansvar för att följa upp vårdens kvalitet och det är extra viktigt att just den vård som ges med stöd av tvång uppmärksammas i uppföljningar och revisioner av vården.

Statusen kring att arbeta med tvångsvård behöver höjas. Det är ett av psykiatrins svåraste områden som behöver den mest kompetenta personalen. Ett brett utvecklingsarbete behövs för att förbättra arbetsmetoder, vårdinnehåll och bemötande samt att successivt minska behovet av tvångsåtgärder. Målet ska vara att alla tvångsvårdade patienter ska ha möjlighet att få bästa vård med evidensbaserade metoder. Vårdtiden ska utnyttjas till behandling, rehabilitering och stöd med positiva insatser så att tvångsvården blir så meningsfull som möjligt för patienten. Vården måste också samarbeta med närstående, socialtjänst, boendevårdare, kriminalvård och andra aktuella aktörer för att förebygga en återupprepning av tvångsvården.

Som en del i den norska uppdragsplanen presenterade Social- och helsedirektoratet en utvecklingsplan, Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helesevern, 2006. Där beskrivs ett antal målsättningar, ökad frivillighet, kvalitets-säkrad användning av tvång, ökad kunskap och bättre dokumentation av tvångsvården samt ett antal åtgärder. Den innehåller också ett antal åtgärder för att öka den frivilliga vården, som mobila team för att ge bättre stöd till patienter och närstående i krissituationer och förbättrat långtidsstöd till personer med allvarliga psykiska sjukdomar. För att förbättra följsamheten till de ordinerade behandlingarna ska vård och behandling utformas utifrån brukarnas erfarenheter, så att det bättre överensstämmer med brukarnas önskemål. Åtgärder för att öka kvaliteten och kunskapen handlar bland annat om att stimulera till utvecklande av rutiner, systematisering av kunskap och ökad forskning. Social- och helsedirektoratet kommer också att utarbeta en handlingsplan för att säkra en komplett registrering och rapportering av basdata kring tvångsvårdade patienter.

Nationell psykiatrisamordning anser att sjukvårdshuvudmannen och chefsöverläkaren har ansvar för att den vård som ges till personer som vårdas med tvång är den bästa tänkbara och att vårdmiljön är så god att den främjar återhämtning. På varje enhet som bedriver tvångsvård bör det finnas tydliga rutiner och lokala föreskrifter för hur god kvalitet i vården ska säkerställas, men det

behövs också ett utvecklingsprogram kring hur vård, bemötande samt praktisk och etisk förmåga ska utvecklas hos personalen.

Nationell psykiatrisamordning anser att det behövs en nationell kraftsamling för att utveckla användningen av tvångsvården, och att ta fram strategier och goda exempel på hur behovet av tvångsinslag i vården kan minskas.

### 9.5.2 Vårdavgifter vid tvångsvård

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att patienten kan drabbas negativt av att vårdavgifter tas ut från patienter som tvångsvårdas. Det upplevs som en dubbel börda av patienterna att både tvingas till vård och att vara tvungen att betala den. Obetalda vårdavgifter kan också medföra stora problem för patienten i samband med utskrivning efter en längre tids vårdvistelse.

Psykiatrisamordningen föreslår att bestämmelserna i sjukvårdslagstiftningen ses över i samband med översyn av lagstiftningen för att skapa ett system som förhindrar att någon patient skrivs ut med vårdskulder efter tvångsvård.

#### Skäl för bedömningen

Nationell psykiatrisamordning har från vården och brukarna uppmärksammat på de många problem som kan uppstå när en patient får betalningsanmärkningar till följd av obetalda vårdavgifter. Det innebär stora svårigheter att få bostad, ger en dålig start vid utskrivning och inte minst gör att personen själv blir negativ till vård. Många patienter upplever det ologiskt att samhället både kan tvinga dem till vård och sedan tvinga dem att betala för vården. För den som tas in för vård enligt LPT finns ofta de ordinarie kostnaderna kvar för hyra, samt andra kostnader som mat som sedan förstörs och så vidare. För de rättspsykiatriska patienterna, som i många fall saknar inkomster, kan vårdavgifter i förening med mycket långa vårdtider innebära att en anseilig skuld finns vid tiden för utskrivningen. Landstingen hanterar inte heller vårdavgifterna på samma sätt, vilket också innebär att det inte finns likhet över landet kring detta.

Av Psykiatrisamordningens rapport *Vad kostar vård och stöd för personer med psykiskt funktionshinder?*, rapport 2006:4, framgår att i 17 av 21 landsting är dygnsavgiften 40 kronor för personer som är under 40 år och har hel sjukersättning, åtminstone de första 30 vårddygnen. I tre landsting är dygnsavgiften 80 kronor för alla och i ett landsting varierar dygnsavgiften efter årsinkomst. Ett antal landsting kan bevilja lägre dygnsavgift till patienter över 40 år som ansöker om detta.

### *Gällande reglering*

Enligt § 26 första stycket HSL får vårdavgifter tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, om inget annat är bestämt. Det finns ingen särskild reglering när det gäller rättspsykiatrisk vård.

Landstingsförbundet och regeringen genom Socialdepartementet träffar årligen överenskommelser, de s.k. Dagmaravtalen, där man bl.a. bestämmer en högsta avgift i sluten vård för dem som uppstår sjuklön och sjuk- eller föräldrapenning. Denna avgift är för närvarande 80 kr per vårddag. Även de som saknar inkomster är i vissa landsting avgiftspliktiga, men avgiften är då nedsatt.

Staten står för kostnaderna för hälso- och sjukvård för häktade och intagna i en kriminalvårdsanstalt. Detta innebär att personer som bereds rättspsykiatrisk vård enligt § 1 andra stycket 2 och 3 LRV (dvs. personer som är anhållna, häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt) inte betalar någon vårdavgift. Inte heller den som är intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning betalas någon vårdavgift. Däremot när det gäller den som bereds rättspsykiatrisk vård enligt § 1 andra stycket 1 LRV, dvs. den som ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol, står landstinget eller kommunen för vården. Dessa patienter debiteras vårdavgift på samma sätt som andra patienter i sluten vård.

Det finns emellertid regler inom socialförsäkringen som medför att de ekonomiska skillnaderna mellan de olika kategorierna inte blir så stora. Till exempel föreskrivs i kap. 10 § 2 AFL att en pensionsberättigad som under en hel månad är intagen på en kriminalvårdsanstalt eller är häktad inte får något högre månadsbelopp i folkpension än vad regeringen har bestämt. I en särskild kungörelse har fastslagits att folkpensionen inte får överstiga ett belopp som motsvarar 30 procent av folkpensionen för en gift ålderspensionär

tillsammans pensionstillskott. Vidare föreskrivs i kap. 3 § 15 AFL att sjukpenning inte betalas ut medan den försäkrade är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt. Dessa bestämmelser i AFL gäller även personer som bereds rättspsykiatrisk vård enligt § 1 andra stycket 2 och 3 LRV.

När det gäller sjukhusvård för pensionärer föreskrivs i kap. 2 § 12 AFL att försäkringskassan ska ta ut en avgift för varje dag när en pensionsberättigad får sådan vård. Denna avgift får för närvarande inte överstiga 80 kr per vård dag. Före den 1 januari 1992 tog försäkringskassan även ut avgift vid sjukhusvård för den som uppbar sjukpenning, föräldrapenning eller smittbärapenning. Den 1 januari 1992 överfördes emellertid administrationen av avgifterna för sjukhusvård till sjukvårdshuvudmännen. När det gäller missbrukare som vistas på t.ex. behandlingshem ska dock sjukpenningen enligt kap. 3 § 15 AFL minskas med 80 kr, dock högst med en tredjedel av sjukpenningens belopp. Sänkningen görs på begäran av den som ska betala vårdkostnaden.

#### *Tidigare arbeten kring vårdavgifter*

Tvångspsykiatrikommittén redovisade i sitt delbetänkande Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård, m.m. (SOU 1996:141) de delar av uppdraget som rör patientens skyldighet att betala patientavgift vid rättspsykiatrisk vård, och kostnadsansvar för rättspsykiatrisk vård av asylsökande.

Kommittén föreslog bland annat ett tillägg i kap. 3 § 15 lagen (1962:381) om allmän försäkring som innebar att för den som får rättspsykiatrisk vård ska sjukpenningen minskas med 80 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Detta görs på begäran av den som betalar för vårdkostnaderna. En sådan ordning gällde sedan tidigare även för den som bereds vård i ett hem för vård eller boende, eller i familjehem enligt socialtjänstlagen, eller ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika. Kommittén vill också införa en ny bestämmelse i lagen om rättspsykiatrisk vård med följande lydelse.

Avgift för vård enligt denna lag, om patienten vistas inom sjukvårdsinrättningens område, får tas ut endast genom avdrag från förmån enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring i den mån det följer av 2 kap. 12 § eller 3 kap. 15 § tredje stycket nämnda lag.

Kommitténs förslag i dessa delar har dock hittills inte lett till någon ändring av de gällande bestämmelserna.

### *Psykiatrisamordningens bedömning*

I samband med tvångsvård är det inte ovanligt att personen befinner sig i en situation så att de inte klarar att sköta sitt liv och sin ekonomi på ett bra sätt. Det betyder att personen redan före inläggningen befinner sig i en utsatt position. Personer med psykiskt funktionshinder har generellt en svag ekonomisk ställning, och sjukdom och funktionshinder innebär en ökad kostnad (se kap. 7). För att en person som tvångsvårdas ska ha en så god position som möjligt vid utskrivningen är det viktigt med ett professionellt stöd från vården som ser till att bostad och ekonomi sköts under vårdtiden, tillsammans med andra åtaganden som personen har. I det ingår då att bevaka att personen inte får betalningsanmärkningar eller drar på sig en ohanterlig vårdskuld.

Nationell psykiatrisamordning anser att systemen med vårdavgifter för tvångsvård behöver ses över. I ett första steg bör de vårdenheter som bedriver tvångsvård se över sina rutiner kring hur patienternas ekonomiska situation bevakas. Som ett nästa steg föreslår Psykiatrisamordningen att bestämmelserna i sjukvårdslagsstiftningen ses över i samband med översyn och förändring av lagar. Dygnsavgifter för rättspsykiatrisk vård eller annan psykiatrisk vård får inte motverka vårdens syfte, nämligen att patienten ska ha goda möjligheter att etablera sig i samhället eller återgå till det efter att vården avslutats.

## 9.6 Skadeståndsskyldighet för personer med psykisk störning

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att regeringen bör uppmärksamma frågan om skadeståndsskyldighet för personer som lider av en psykisk störning och i det sammanhanget överväga om en särskild utredning krävs.

### Skäl för bedömningen

Nationell psykiatrisamordning har under utredningstiden kontaktats av brukare, närstående och vårdpersonal som beskrivit hur personer som åsamkat skada t.ex. under inverkan av psykossjukdom blivit skadeståndsskyldiga. I flera fall har handlingen begåtts mycket kort tid innan personen tagits in för psykiatrisk tvångsvård. Ofta leder skadeståndsskyldigheten till att personens ekonomiska situation försvåras avsevärt under mycket lång tid. Nationell psykiatrisamordning anser att detta är olyckligt samtidigt som det inte är rimligt att personer som lider av en psykisk sjukdom generellt skulle förklaras icke ansvariga för sina handlingar. I praktiken blir det fråga om en komplicerad intresseavvägning mellan den skadelidandes rätt till ersättning och den psykiskt stördes möjligheter till rehabilitering och skälig levnadsnivå. Det bör dock finnas utrymme att ta hänsyn till omständigheter i det enskilda fallet och särskilt i de fall när tvångsvårdslagstiftningens höga krav för ingripande har ansetts uppfyllda bör det noga prövas om personen ska bära hela det ekonomiska ansvaret för den skada som han eller hon vållat under inverkan av psykisk störning.

I skadeståndslagen § 2:5 finns en jämkningsregel som gör det möjligt för domstolen att sätta ner skadeståndet eller helt efterge det om handlingen begåtts under inverkan av en psykisk störning. Avgörande blir en skälighetsbedömning där hänsyn ska tas till skadevållarens sinnestillstånd, handlingens beskaffenhet, föreliggande ansvarsförsäkring, andra ekonomiska förhållanden samt övriga omständigheter. Psykiatrisamordningen har inte gjort någon analys av hur ofta och på vilket sätt bestämmelsen används.

Av de kontakter som Psykiatrisamordningen har haft kan dock slutsatsen dras att ansvaret för skada som vållats under inverkan av psykisk störning bör uppmärksammas vidare. Flera av de fall som samordningen tagit del av gäller en skada som en hyresgäst vållat i



sin lägenhet. I dessa fall förefaller rättsläget oklart när det gäller huruvida jämkningsregeln i skadeståndslagen kan användas. Psykiatrisamordningen anser att det är av intresse att detta klargörs.

Det finns sammantaget skäl för regeringen att uppmärksamma frågan om ansvar för skada som vållats under inverkan av psykisk störning och i det sammanhanget överväga om frågan behöver utredas i särskild ordning. I den processen bör naturligtvis även den skadelidandes rätt till kompensation beaktas. Möjligtvis kan det finnas skäl att undersöka om detta kan ske på andra sätt än genom skadestånd, till exempel genom att försäkringsvillkor utformas på ett sådant sätt att ersättning till den som drabbats av en skada som vållats under inverkan av psykisk störning regleras i särskild ordning. Skadestånd som uppkommer till följd av brottslig handling som varit föremål för rättslig prövning har diskuterats i Psykansvarskommitténs betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3). Nationell psykiatrisamordning har därför inte studerat den aspekten vidare.

## 10 Personalförsörjning

### 10.1 Personalsituationen nu och framöver

Personalen är kommunernas och landstingens viktigaste tillgång. Detta gäller inte minst inom vård, stöd och rehabilitering av personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Det finns emellertid inga uppgifter på nationell nivå som direkt utvisar hur många som är verksamma inom alla delar av detta breda fält. Totala antalet anställda inom landsting och kommuner uppgår till omkring 900 000 personer, varav 250 000 inom landsting och 650 000 inom kommuner. Detta innebär att var tionde svensk arbetar inom någon av dessa organisationer.

Nationella uppgifter avseende personaltillgång utgörs av den personal- och lönestatistik som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) årligen samlar in och sammanställer. Av denna statistik kan antalet anställda av olika personalkategorier inom den specialiserade psykiatriska vården respektive inom t.ex. primärvården utläsas. Däremot framgår inte hur många primärvårdsanställda som arbetar med patienter som sökt för psykisk ohälsa. För kommunernas del återfinns personal som arbetar med målgruppen psykiskt funktionshindrade främst under verksamheten vård och omsorg. Där återfinns dock även personal som arbetar med till exempel äldreomsorg. Inte heller här kan således den personal som specifikt arbetar med personer som har psykiskt funktionshinder eller psykisk sjukdom anges.

#### 10.1.1 Inventering av aktuell personalsituation

Psykiatrisamordningen har inom ramen för ett särskilt projekt kring utbildnings-, personal- och rekryteringsfrågor under 2006 genomfört en inventering av aktuell personalsituation inom de områden som i första hand kommer i kontakt med personer med

psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Inventeringen har genomförts i form av en urvalsundersökning i syfte att ge underlag för planering, utformning och genomförande av olika personalstrategiska insatser och utbildning. I urvalet ingick 22 rättspsykiatriska enheter, 48 allmänpsykiatriska enheter, 18 barn- och ungdomspsykiatriska enheter, 21 enheter inom kriminalvården, samtliga 45 enheter inom Statens institutionsstyrelse, 23 enheter för vård eller boende HVB, och 23 privata behandlingshem samt 80 kommunala verksamheter inom individ- och familjeomsorg, handikappomsorg och boende/boendestöd. Totala antalet tillfrågade enheter uppgick till 260, vilket motsvarar omkring 36 procent av samtliga enheter i landet av nämnda kategorier.

De uppgifter som projektledningen önskade svar på gällde i första hand antal anställda per personalkategori, födelseår och utbildningsnivå. Svarsfrekvensen varierade mellan olika typer av verksamheter. Medan alla utom en av de rättspsykiatriska enheterna besvarat enkäten, var svarsfrekvensen inom allmänpsykiatrin endast 41 procent. Övriga svarandekategorier fördelade sig däremellan. Totala antalet svar på individnivå var drygt 7 800. Inför detta betänkande hade ännu inte samtliga enkätsvar sammanställts.

### 10.1.2 Personaltillgång

Inom den specialiserade psykiatriska vården anger SKL att omkring 25 000 personer är anställda. Detta motsvarar 10 procent av samtliga anställda inom landstingen. Inom primärvården var antalet anställda 36 000, dvs. omkring 14 procent av alla landstingsanställda. Fördelningen av de anställda inom den specialiserade psykiatriska vården på olika personalkategorier framgår av följande tabell.

**Tabell 10.1** Antal anställda inom specialiserad psykiatrisk vård 2005

Kategori	Antal	Kategori	Antal
Läkare	2 100	Sjuksköterska	6 100
Psykolog	2 100	Skötare	8 700
Sjukgymnast	250	Läkarsekreterare	1 900
Arbetsterapeut	500	Adm. och övrig pers	1 700
Kurator	1600	SUMMA	25 000

*Källa:* Landstingsanställd personal 2005, SKL. Avrundade tal.

Av det totala antalet var 18 000 kvinnor, 72 procent, och 7 000 män. Andelen kvinnor respektive män varierar dock mellan olika personalkategorier. Medelåldern bland samtliga anställda inom den specialiserade psykiatriska vården var 46 år. Denna medelålder gäller i huvudsak för flertalet personalkategorier, men för läkare med specialistkompetens var medelåldern 51 år.

Inom den kommunala verksamhetsgrenen vård och omsorg arbetar omkring 222 000 personer, dvs. en tredjedel av samtliga kommunalt anställda. De största personalgrupperna inom denna gren är undersköterskor och vårdbiträden med vardera omkring 80 000 anställda, övrig vård- och omsorgspersonal utgör 30 000, t.ex. skötare, samt sjuksköterskor 11 000 och arbetsledande personal 10 000 personer. Härutöver finns måltidspersonal, socialsekreterare och kontorspersonal m.fl. personalkategorier registrerade inom området Vård och omsorg.

### 10.1.3 Kompetens- och utbildningsnivå

I den rapport som kommer att redovisas från Psykiatrisamordningens projekt om personal-, utbildnings- och rekryteringsfrågor kommer detaljerad information att lämnas när det gäller dessa områden. I det följande redovisas mer översiktliga data. Beträffande grundutbildning anges således här endast tre kategorier, nämligen högst gymnasial utbildning, eftergymnasial kompletterande utbildning samt högskoleutbildning för de olika verksamheterna.

**Tabell 10.2** Antalet svarande samt procentuell fördelning efter utbildningsnivå

Verksamhet	Antal svar	Fördelning i procent efter utbildningsnivå		
		Gymnasium	Eftergymnasial utbildning	Högskola
Allmän psykiatri	1 202	14	31	55
varav öppen vård	512	11	13	76
varav sluten vård	642	17	43	40
Rättspsykiatri	1 951	19	48	33
Kriminalvård	579	13	50	37
Statens inst. styrelse	1 473	45	18	37

Uppgifter saknas om utbildningsnivå för barn- och ungdomspsykiatri, kommunal verksamhet, HVB-hem och privata behandlingshem.

Andelen med högskoleutbildning är högst inom den öppna psykiatriska vården, drygt 75 procent, medan den för övriga redovisade verksamhetsområden är relativt likartad, omkring eller drygt en tredjedel av samtliga anställda. Andelen anställda med endast grundutbildning på gymnasial nivå är någorlunda likartad mellan flertalet verksamhetsområden, med undantag av SiS-enheter, där närmare hälften av personalen endast redovisar gymnasial utbildning.

Den eftergymnasiala utbildningen, som inte omfattar högskoleutbildning, är av varierande slag. Hit räknas i detta sammanhang skötarutbildning, fritidsledarutbildning, kvalificerad yrkesutbildning, KY, samt kriminalvårdens grundutbildning.

Sammanfattningsvis kan konstateras att undersökningen pekar på att inom rättspsykiatrin, den slutna allmänpsykiatriska vården och kriminalvården är utbildningsnivåerna i huvudsak likartad, medan utbildningsnivån generellt sett är högre inom den öppna psykiatriska vården och lägre vid SiS-enheter. I enkäten gavs även möjlighet att precisera vilken typ av högskoleutbildning som den anställde hade. Resultatet av denna del av undersökningen redovisas för allmänpsykiatrin och rättspsykiatrin samt kriminalvården i följande tabell.

**Tabell 10:3 Procentuell fördelning av de högskoleutbildade på olika kategorier av högskoleutbildning, avrundade tal**

Verksamhet	Högskola (totalt)	Läkare	SSK+	SSK-	Psykolog psyk.ter	Arb ter	Socionom	Övr
Allm. psyk	55	8	19	12	8	3	4	5
öppen	76	14	20	4	17	7	8	
sluten	40	3	17	18	1	0	1	2
Rättspsyk	33	3	12	11	2	1	2	4
Kriminalvård	37	0	1	1	2	0	15	20
SiS	37	0	4		3	0	8	22

Anm: SSK+ = sjuksköterska med psykiatrisk specialistutbildning

SSK- = sjuksköterska utan psykiatrisk specialistutbildning

I gruppen övriga ingår beteendevetare, sjukgymnaster, lärare, fritidsledare m.fl.

För SiS redovisas sjuksköterskor med resp. utan specialistutbildning gemensamt.

### 10.1.4 Rekryteringssituationen

Rekryteringsläget för vissa personalkategorier inom det psykiatriska vårdområdet har studerats inom ramen för Psykiatrisamordningens särskilda projekt om personal-, utbildnings- och rekryteringsfrågor. Denna del av enkäten har besvarats av 91 verksamhetschefer inom organisationer som kommer i kontakt med personer med psykiskt funktionshinder. Bland de svarande fanns 19 allmänpsykiatriska enheter, 12 rättspsykiatriska enheter och 7 enheter inom barn- och ungdomspsykiatri, 17 av Statens institutionsstyrelses enheter, 5 privata behandlingshem och 31 kommuner.

I enkäten lämnades sju svarsalternativ, vilka i den följande redovisningen har reducerats till tre kategorier. Svarsalternativen "medelbra", "god" samt "medelsvår" har här sammanförts under begreppet varken/eller. Som framgår bekräftar enkätsvaren uppfattningen att ju mer specialiserad psykiatrisk kompetens som efterfrågas desto svårare är det att rekrytera.

**Tabell 10.4 Rekryteringssituationen för olika personalkategorier, procentuell fördelning av svaren**

Personalkategori	Ganska bra/Bra	Varken/eller	Svår/ganska svår	Antal svarande
Läkare	6 %	34 %	60 %	54
Sjuksköterskor med specialistutb i psykiatri	7 %	54 %	39 %	69
Sjuksköterskor utan specialistutb i psykiatri	38 %	54 %	8 %	66
Övrig vård- eller omsorgspersonal med psykiatri	44 %	48 %	8 %	90
Antal	73	134	71	91

#### *Rekrytering av läkare och specialistsjuksköterskor*

Mest bekymmersam är situation när det gäller att få tag i läkare med specialistkompetens inom psykiatri. Här uppger sex av tio att det är svårt eller ganska svårt att rekrytera. Nästan lika svårt bedöms det vara att få tag i sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri, medan annan personal i regel inte synes innebära några större rekryteringsproblem. Situationen är likartad oavsett vilken

typ av verksamhet som avses, men allra svårast tycks det vara att rekrytera specialistkompetenta läkare till allmänpsykiatrin.

**Tabell 10.5** Situationen beträffande läkarrekryteringen inom olika verksamhetsområden

Läkarrekrytering	Ganska bra/bra	Varken/eller	Svår/ganska svår	Antal svarande
Allmän psykiatri	1	2	16	19
Rättpsykiatri	0	3	9	12
Barn- och ungdomspsykiatri	0	4	2	6
Statens institutionsstyrelse	2	6	4	12
Privata behandlingshem	0	3	0	3
Antal	6 %	34 %	60 %	54

*Sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri.* För kommunernas del är svårigheterna störst för de minsta kommunerna.

**Tabell 10.6** Situationen beträffande rekrytering av sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri inom olika verksamhetsområden

Sjuksköterskor med specialutbildning i psykiatri	Ganska bra/bra	Varken/eller	Svår/ganska svår	Antal svarande
Allmän psykiatri	0	10	9	19
Rättpsykiatri	0	8	4	12
Barn- och ungdomspsykiatri	2	3	2	7
Statens institutionsstyrelse	1	7	4	12
Privata behandlingshem	0	1	2	3
Kommuner	2	8	6	16
Antal	7 %	54 %	39 %	69

*Sjuksköterskor utan specialistutbildning i psykiatri***Tabell 10.6** Situationen beträffande rekrytering av sjuksköterskor utan specialistutbildning i psykiatri inom olika verksamhetsområden

Sjuksköterskor utan specialutbildning i psykiatri	Ganska bra/bra	Varken/eller	Svår/ganska svår	Antal svarande
Allmän psykiatri	8	10	1	19
Rättspsykiatri	4	8	0	12
Barn- och ungdomspsykiatri	5	1	1	7
Statens institutionsstyrelse	4	8	1	13
Privata behandlingshem	2	0	1	3
Kommuner	2	9	0	11
Antal	38 %	54 %	8 %	66

Sjuksköterskor utan specialistutbildning i psykiatri är betydligt lättare att få tag på än specialistutbildade sjuksköterskor, oavsett vilken verksamhet det är fråga om.

*Övrig vård- och omsorgspersonal med psykiatrivelevant kunskap*

Det är få enheter som anser det vara svårt eller ganska svårt att rekrytera vård- och omsorgspersonal med kompetens i psykiatri. Detta är också den kategori som de flesta kommuner rekryterar.

**Tabell 10.7** Rekryteringssituation beträffande övrig vård- och omsorgspersonal inom olika verksamhetsområden

Övrig vård- och omsorgspersonal med kunskap i psykiatri	Ganska bra/bra	Varken/eller	Svår/ganska svår	Antal svarande
Allmän psykiatri	10	9	0	19
Rättspsykiatri	8	3	1	12
Barn- och ungdomspsykiatri	4	3	0	7
Statens institutionsstyrelse	6	9	3	18
Privata behandlingshem	2	1	2	5
Kommuner	10	18	1	29
Antal	44 %	48 %	8 %	90



### 10.1.5 Åldersfördelning

Inom Psykiatrisamordningens särskilda projekt har även de anställdas åldersfördelning kartlagts inom berörda verksamheter.

**Tabell 10.8** Åldersfördelning inom olika verksamhetsområden

Verksamhet	Antal svar	20–49 år	50–54 år	55–59 år	60– år
Allmän psykiatri	302	53	16	19	13
Rättspsykiatri	1 941	59	17	14	9
Kriminalvård	575	77	10	10	4
SiS	1 463	68	11	11	10

Inom en tioårsperiod faller omkring 25–30 procent av de nuvarande anställda inom de psykiatriska verksamheterna för åldersstrecket. Som tidigare framgått är totala antalet anställda inom den specialiserade psykiatrin omkring 25 000 personer. För att täcka pensionsavgången kommer alltså 6 000 till 8 000 personer att behöva rekryteras till detta område före år 2015.

Personalens åldersfördelning ter sig något mer gynnsam för SiS och Kriminalvården i detta avseende.

En studie av ålderssituationen för olika personalkategorier inom den psykiatriska vården (allmän psykiatri och rättspsykiatri) visar följande:

**Tabell 10.9** Åldersfördelning i procent för olika personalkategorier inom den specialiserade psykiatrin

Personalkategori	Antal svar	20–49 år	50–54 år	55–59 år	60– år
Läkare med spec.komp	167	31	20	30	19
Läkare utan spec.komp	35	66	9	14	11
SSK med spec utb	594	53	21	20	7
SSK utan spec utb	489	74	10	8	9
Skötare	1 934	52	20	18	10

Läkare med specialistutbildning är av naturliga skäl som grupp äldre än läkare utan specialistkompetens. Hälften av specialisterna går i pension inom den närmaste tioårsperioden, medan endast en fjärdedel av dem som inte har specialistkompetens. Inom rättspsykiatrin kommer 35 av de nuvarande 70 läkarspecialisterna att pensioneras inom den kommande tioårsperioden.

Omkring en fjärdedel av samtliga sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård går i pension inom den närmaste tioårsperioden. För sjuksköterskor utan specialistutbildning är motsvarande andel drygt 16 procent.

Närmare 30 procent av de skötare som omfattats av inventeringen kommer att pensioneras inom en tioårsperiod. Det totala antalet skötare i kommuner och landsting uppgår enligt Sveriges Kommuner och Landsting till omkring 13 600. Härtill kommer omkring 1 400 skötare vid andra enheter, dvs. totalt 15 000 skötare samt 2 000 timanställda skötare. Detta innebär att omkring 4 000 tillsvidareanställda skötare och 800 timanställda kommer att pensioneras före 2015.

## **10.2 Behov av åtgärder**

### **10.2.1 Personaltillgång – den avgörande faktorn**

Tillgången till kompetent personal är avgörande för att arbetet på psykiatriområdet ska fungera. Betydelsen av att rätt utbildad och tillräckligt stor personalstyrka, vars arbete organiseras på ändamålsenligt sätt överträffar betydelsen av alla andra typer av resurser. Vård och stöd till personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder kan i princip bedrivas överallt, och med hjälp av blygsam utrustning, men aldrig utan tillgång till personal. Frågor om personaltillgång har ofta lyfts fram i Nationell psykiatrisamordnings kontakter med representanter för kommunernas och landstingens verksamheter, liksom av företrädare för den organiserade anhörig- och brukarrörelsen.

### **10.2.2 Psykiaterbrist – svält i överflöd?**

Den mest brännande frågan synes vara bristen på specialistläkare inom psykiatrin. Denna bristsituation omvittnas inte bara av landstingsverksamheternas företrädare, utan får återverkningar också i kommunernas verksamhet, inte minst inom missbruksvården. Underbemanning och vakanser driver fram otillfredsställande kortsiktiga vikarielösningar, vilka medför höga kostnader, bristfällig kontinuitet och skadliga väntetider i vården. Läkarbristen tenderar dessutom att starta negativa spiraler vid de drabbade klinikerna. Eftersom specialistläkare saknas, blir tillgången till handledning av

läkare under vidareutbildning bristfällig, och rekryteringen försvåras. Arbetsbördan blir tung på specialisterna, och många överväger att byta arbetsplats till en klinik med bättre bemanning. Övrig personal i vårdteamen får ett otillräckligt läkarstöd i arbetet, och implementeringen av evidensbaserade metoder som kräver läkarmedverkan försenas. Bilden kompliceras av att ålderssammansättningen hos specialistläkarna medför betydande pensionsavgångar under den närmaste perioden.

Samtidigt har det aldrig funnits så många läkare per invånare i Sverige som idag. Inom landet utbildas läkare i relativt hög takt, många svenska ungdomar söker sig utomlands för att studera till läkare med siktet inställt på att återvända till Sverige, och det sker en ökande invandring av utrikes födda och utbildade läkare till Sverige. Tillströmningen av nyutbildade läkare som önskar specialisera sig inom psykiatri eller i någon av grenspecialiteterna kunde visserligen vara högre, men befinner sig trots allt på en klart jämförbar nivå med de flesta stora medicinska specialiteterna. Den alarmerande bild av läkarbrist som flera verksamhetschefer förmedlar kan därför upplevas vara paradoxal. Förklaringarna till den rådande läkarbristsituationen inom psykiatrin är mångfacetterad. De verksamma psykiatrerna är ojämnt fördelade över landet, och mellan olika kliniker. Det finns kliniker som årligen avvisar ett flertal lämpade sökanden till specialistutbildningstjänster eftersom man saknar tjänsteutrymme för att inrätta fler utbildningsblock, medan en klinik belägen på blott några mils avstånd kämpar med en svår bristsituation, och man förmår där inte locka några sökanden till sina utbildningsblock. En regional obalans är även skönjbar över landet, där storstadsområdena och universitetsorterna förefaller vara mer attraktiva orter att arbeta på, jämfört med andra delar av landet. Till bilden hör också indikationer på en generellt låg produktivitet i vården, i alla fall sett med det grova måttet patientbesök per läkare. Detta reser frågor om arbetet kunde organiseras på ett mer ändamålsenligt sätt, och om den begränsade läkarresursen utnyttjas optimalt i vårdarbetet. En tätare koppling mellan forskning och klinik, och åtgärder som ökar status och prestige på psykiatriskt arbete kan allmänt antas vara rekryteringsbefrämjande.

### 10.2.3 Framtida behov av personal inom psykiatriområdet

En prognos för det kommande personalbehovet borde grunda sig på en analys i flera steg, där det först klargörs vilka uppgifter de olika verksamheterna ska utföra utifrån ett definierat behov av insatser. Nästa steg borde vara att analysera vilken kompetens och vilka färdigheter som behövs och i vilken volym. Därefter skulle en bedömning kunna göras av hur många tjänster som behövs inom respektive yrkeskategori. I nuläget grundas analysen väsentligen på den befintliga bemanningen.

Nationell psykiatrisamordnings slutsatser på personalförsörjningsområdet grundar sig på enkäter och diskussioner med verksamhetsansvariga i vård och omsorg, vilket vägts samman med Psykiatrisamordningens bedömningar av förändringsbehov i insatserna till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder.

#### *Behov av nya kompetenser*

De insatser som behövs för att möta behoven är av skiftande karaktär. I teampsykiatri och i socialtjänstens verksamheter har hittills framför allt funnits personal med kompetens inom de medicinska, sociala och psykologiska områdena. Under senare år efterfrågas allt mer insatser som har ett pedagogiskt innehåll och många stödprogram till personer med psykiskt funktionshinder och deras närstående, liksom hjälp att hantera livsproblem i kursform, är pedagogiska program med fokus på beteendeförändring. Olika tekniska hjälpmedel, som IT-baserade insatser tillkommer i allt större utsträckning, och används även direkt i behandlingsarbetet. Detta ökar behoven av teknisk kompetens och kunskaper i informatik.

#### *Personalbehov utifrån Nationell psykiatrisamordnings förslag*

I framtiden kommer behovet av olika specialkompetenser att öka, och multidisciplinära arbetssätt att vara regel.

- Förslagen om ett tydligare landstingsansvar för utredningar i samband med arbetsrehabilitering (kapitel 6) kommer att innebära ett ökat behov av utredningar av begåvningsprofil, kogni-

tiva svårigheter, aktivitetsförmåga, resurser och svårigheter i förhållande till aktuella arbetsuppgifter.

- Personer med stora och omfattande behov (kapitel 4) konstateras behöva utredningar för adekvat diagnostik, vilket innebär behov av kvalificerade neuropsykologiska utredningar med bedömningar av funktionsnivå och aktivitetsförmåga. Slutenvård för personer med omfattande eller svår psykiatrisk problematik ställer krav på omvårdnadsmässig specialkompetens.
- Användning av evidensbaserade metoder kommer att öka behovet av personal med specifika kunskaper i olika metoder och grundutbildning som innebär kompetens att bedöma och tillägna sig nya behandlingsmetoder och tekniker, samt även lära ut och handleda i dessa.
- Kapitel 9 behandlar tvångsvårdsfrågor. Rättspsykiatrins uppdrag föreslås utökas till att bland annat även omfatta öppenvårdsinsatser för LRV-patienter samt konsultstöd till kriminalvården. Detta innebär behov av stärkt öppenvårdskompetens, som bör uppnås genom rekrytering av behandlingspersonal med sådana erfarenheter och vidareutbildning av befintlig behandlings- och baspersonal.
- I kapitel 5 konstateras att den personal som arbetar med boendestöd förutom grundläggande kunskaper om psykiska tillstånd och psykiskt funktionshinder, bör ha kunskaper om psykiatrisk rehabilitering och stöd till återhämtning, tillämpning av psykosociala arbetsmetoder och färdigheter i att möta en person i dennes egen miljö. Kompetensen att ge ett gott bemötande bör prioriteras.
- Ökad användning av hjälpmedel och anpassningar av arbets- och bostadsmiljöer (kapitlen 4, 5, 6 och 7) ökar behovet av personal med kunskap kring detta. Det innebär bland annat behov av arbetsterapeuter med kunskap om psykiskt funktionshinder och förskrivningsrätt för hjälpmedel.
- Förstärkningar i primärvården (kapitel 4) med personalkategorier som socionomer, psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster med psykiatrisk kompetens innebär ett ökat behov av dessa personalgrupper. Vissa av dessa kommer lämpligen att rekryteras från psykiatrin, vilket ökar rekryteringsbehoven inom denna organisation.

### *Baspersonal*

Med baspersonal menas de professionella grupper som kan benämnas t.ex. skötare, vårdare, undersköterska, boendestödjare, rehabiliterare och behandlingsassistenter. Nationell psykiatrisamordning genomförde tillsammans med SKL ett seminarium om vård och omsorgspersonal. Vid seminariet uttrycktes önskemål om att etablera den gemensamma benämningen baspersonal. Baspersonal kan arbeta i verksamheter av vitt skilda slag. Arbetsuppgifterna och därmed kompetensbehoven kan delvis vara likartade, delvis skilja sig åt beroende på om arbetet bedrivs inom kommunen, lands-tinget, kriminalvården, Statens institutionsstyrelse eller i privat verksamhet. Vissa kunskaper och färdigheter är gemensamma när det handlar om insatser till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. Även inom en huvudman kan arbetsuppgifterna variera om det handlar om att arbeta i ett kommunalt boende, i personens eget hem, eller i en sysselsättnings- eller rehabiliteringsverksamhet. Den baspersonal som ska arbeta i slutenvården behöver delvis andra kunskaper och färdigheter än den som arbetar i den psykiatriska öppenvården. I slutenvård handlar det framför allt om psykiatrisk omvårdnad, att kunna hantera intensiva känslor, rädsla, oro, aggressivitet, förvirring och ibland tvångsvård som kräver ett välutvecklad etiskt förhållningssätt och god färdighet i gott bemötande. Baspersonal i heldygnsvård bör även ha viss somatisk omvårdnadskompetens.

### *Sjuksköterskor*

En seminariedag om specialistsjuksköterskor inom psykiatri genomfördes tillsammans med SKL. Från att det för några år sedan varit svårt att rekrytera sjuksköterskor över huvud taget, är det nu god tillgång på legitimerade sjuksköterskor. Det finns vissa svårigheter att intressera sjuksköterskor för att genomgå specialistutbildningen inom psykiatrisk vård. Några orsaker till detta angavs vara:

- specialistsjuksköterskans arbetsuppgifter skiljer sig inte från den icke specialiserade sköterskans, och denna vidareutbildning innebär inte någon stor förändring av lönenivån.
- arbetsgivarna efterfrågar inte specifikt specialistutbildade sjuksköterskor.

- specialistutbildningen har inte haft ett tillräckligt intressant och verksamhetsanpassat innehåll.

Några utbildningsorter har förnyat sin specialistutbildning och beskriver att de nu har en mer aktuell klinisk anknytning, bland annat med hjälp av lärare som också är praktiskt verksamma på verksamhetsfältet.

Synpunkter som kommit fram i andra sammanhang är att de nyutexaminerade sjuksköterskorna inte har tillräcklig praktisk erfarenhet för att klara ett krävande ansvar i slutenvården. I flera landsting har man löst detta genom olika traineeprogram med en längre praktisk introduktion inom olika delar av psykiatriverksamheten. Balansen mellan nyutexaminerade sjuksköterskor och efterfrågan är i dag god. Inom de närmaste femton åren kommer dock fyrtio procent av de i dag verksamma sköterskorna att gå i pension, och det kan då finnas risk för brist.

### *Arbetsterapeuter*

Arbetsterapeuten ska i samråd med patienten ansvara för arbetsterapeutiska utredningar av aktivitet, delaktighet och funktion på samtliga livsområden, fastställa mål för förebyggande, förbättrande eller kompenserande arbetsterapeutiska åtgärder och följa upp dessa. Deras kompetens behövs i specialistpsykiatri, primärvården och kommunen, liksom hos verksamhet med annan driftsform och annat ägande. Arbetsterapeuterna har även ofta god färdighet när det gäller att arbeta med grupper, och ett psykoedukativt arbetssätt känns naturligt för många av dem. De flesta arbetsterapeuter på psykiatriområdet, cirka femhundra personer, arbetar i specialistpsykiatri, och drygt ett hundratal arbetar inom kommunens verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder. Endast ett mindre antal är verksamma inom primärvården. Med ökad ambitionsnivå kring rehabilitering och funktionshinderanpassningar kommer behoven av arbetsterapeutisk kompetens sannolikt att öka. Om efterfrågan på arbetsterapeuter under de närmaste femton åren fortsätter att öka i samma takt som den gjort de senaste femton åren, kommer efterfrågan att växa snabbare än tillgången. Det skulle då behövas en snar utökning av utbildningen med cirka tjugo procent för att upprätthålla balansen.

### *Psykologer*

Psykologer är verksamma inom många olika områden, men det är framför allt inom vården som den ökade efterfrågan väntas uppstå. Ett stort antal psykologer är verksamma inom specialistpsykiatri, men även inom primärvård och somatiska specialiteter ökar antalet. Rekryteringsbehovet beräknas till cirka 800 nya psykologer årligen, medan drygt 500 studenter påbörjat psykologutbildningen årligen under de senaste åren. Antalet platser på psykologutbildningen skulle alltså behöva öka med drygt 300 platser, för att efterfrågan skulle motsvaras. Efterfrågan på psykologer med kognitiv eller kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) inriktning är stor inom sjukvården. Specialistpsykiatri efterfrågar psykologer med kompetens att ge behandling med dessa metoder eftersom dessa psykoterapiformer har vetenskapligt stöd för sin effektivitet, och med eller utan samtidig farmakabehandling rekommenderas vid flera psykiatriska sjukdomstillstånd i dag. Primärvården vill ha psykologer som kan göra kliniska bedömningar, och behandlingar med främst korttidsterapeutiska metoder. Psykologernas utredningskompetens efterfrågas allmänt. Det finns kliniska specialistutbildningar till bland annat klinisk psykolog och neuropsykolog.

### *Socionomer*

Enligt Socialstyrelsens förslag till kompetensbeskrivningar (Socialstyrelsen 2004j) fordras adekvat kompetens och personlig lämplighet för socialt arbete. Socionomer finns inom en mängd olika områden. I specialistpsykiatri finns sedan länge kuratorer anställda, dessa har socionomutbildning. Många av dessa har vidareutbildat sig till psykoterapeuter med olika inriktningar. Många socialsekreterare, biståndsbedömare, familjerådgivare, skolkuratorer, frivårdsinspektörer och rehabiliteringshandläggare är socionomer. Boendestödjare och personliga ombud kan också ha sådan grundutbildning. Medelåldern är relativt hög bland de verksamma socionomerna och de närmaste 15 åren kommer fyrtio procent att gå i pension. Under de senaste fem åren har antagningarna till socionomutbildningen ökat med femtio procent. Det innebär att socionomkåren år 2020 kommer att ha en relativt låg medelålder. Varje år påbörjar drygt två tusen personer socionomutbildningen.



#### 10.2.4 Innehållet i utbildningarna

Sveriges Kommuner och Landsting och Nationell psykiatrisamordning skickade ut en enkät till ett antal högskolor och universitet med frågor om bland annat vilken omfattning psykiska hälso- och ohälsfrågor har i deras sjuksköterske-, socionom-, arbetsterapeut- och sjukgymnastprogram. Svaren visar att det fanns stora skillnader i innehåll och omfattning mellan de olika utbildningsorterna.

För sjuksköterskeprogrammet är omfattningen av det psykiatriska området – den teoretiska delen - i grundutbildningen allt från en dag om psykiska sjukdomar till cirka 10 universitetspoäng (motsvarar cirka 10 undervisningsveckor) i psykiatri och psykiatrisk omvårdnad. Något lärosäte erbjuder möjlighet till valbar klinisk kurs för fördjupning. Den verksamhetsförlagda utbildningen inom psykiatrisk vård är obligatorisk på vissa lärosäten, medan den är valbar på andra. Praktiken varierar i omfattning mellan 3 till 6 veckor. Flera lärosäten framhåller att psykiska aspekter finns med som en dimension i de flesta diskussioner om patienter.

Inom arbetsterapeututbildningen ges utbildning om personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder relaterat till olika kurser i samband med inslag om aktivitet och aktivitets hinder. Mer specifika inslag finns även, till exempel delkurser i psykiatri om en till sex universitetspoäng, i medicinsk vetenskap, i sjukdomslära, rörande psykiska tillstånd och i psykologi. Hjälpmedel vid kognitiva funktionshinder berörs i kursmomentet om aktiviteter i det dagliga livet, och den valbara kursen individuell design av miljön. Ett lärosäte framhåller att en genomgående intention är att integrera teori och praktik. Beroende på studentens önskemål finns möjlighet att som mest genomföra 12 veckors verksamhetsförlagd utbildning inom psykiatrisk arbetsterapeutverksamhet.

Sjukgymnastutbildningarna innehåller moment som psykisk ohälsa, psykisk sjukdom, funktionsnedsättningar orsakade av psykosomatiska och psykiska tillstånd. Momentens omfattning rör sig om tre till fem universitetspoäng. Psykisk ohälsa berörs i flera sammanhang. Utbildningen, den teoretiska och kliniska, är framför allt inriktad mot patienter inom primärvården. Vid ett av lärosätena finns också möjlighet till en valbar kurs (6 poäng) kring psykosomatik och praktik (4 poäng) inom psykiatrin eller primärvården.

Socionomutbildningarna inslag om det psykiatriska området varierar mellan de olika lärosätena – allt ifrån valfria moment á 5 poäng, föreläsningar 9–15 timmar, studiebesök med uppföljande seminarium, till en kurs i socialpsykiatri (5 universitetspoäng). Flera lärosäten har moment som indirekt berör området psykiatri. Ett lärosäte pekar på svårigheter att få tillgång praktikplatser för de studerande inom psykiatriområdet.

Psykologutbildningen ingick inte i enkäten till universiteten och högskolorna, men intrycket är att utbildningarnas psykiatrirelaterade innehåll även i detta fall skiljer sig avsevärt mellan de olika undervisningsorterna. Den teoretiska inriktningen på psykoterapiområdet skiljer sig åt, och jämfört med efterfrågan på arbetsmarknaden är det fortfarande en förhållandevis stor andel kursorter där en psykodynamisk inriktning dominerar.

Psykoterapeututbildningen är en påbyggnadsutbildning för yrkesverksamma, öppen för bland annat psykologer. Den omfattar 60 universitetspoäng.

### 10.3 Nationell psykiatrisamordnings förslag för stärkta personalresurser

#### 10.3.1 En samlad strategi för personal till psykiatriområdet

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning anser att personalförsörjning är en fråga för huvudmännen, men med hänsyn till detta områdes synnerliga betydelse för en framgångsrik utveckling av insatserna till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder föreslår Nationell psykiatrisamordning att staten överenskommer med Sveriges Kommuner och Landsting att tillsammans med Kriminalvården, Statens Institutionsstyrelse och Socialstyrelsen utarbeta ett nationellt handlingsprogram för personalrekrytering inom området vård, stöd, behandling och rehabilitering vid psykisk ohälsa.

#### Skäl för förslaget

Nationell psykiatrisamordning anser att tillgång till kompetent personal inom kommuner och landsting, men även hos andra myndigheter och vårdgivare som möter personer med psykisk

sjukdom och psykiskt funktionshinder är en så viktig fråga att alla samhällsaktörer bör engageras. Lösningen på problemet personaltillgång ligger inte enbart inom rekryteringsområdet, utan en förutsättningslös omprövning av vad respektive yrkeskategori används till, och om arbetsuppgifterna kan omfördelas från bristyrkesgrupper till yrkesgrupper med adekvat grundkompetens och som finns tillgängliga. På samma sätt måste organisationerna fråga sig om det finns sätt att underlätta arbetssituationen, och om det går att effektivisera arbetet för personalkategorier som det råder brist på. Arbetssätt och organisation ska anpassas till brukarnas behov och önskemål, men ändamålsenlighet utifrån optimalt utnyttjande av personalresursen, måste också vägas in.

Rekrytering och resursutnyttjande av personal, liksom arbetsgivarna och statens hantering av utbildnings- och kompetensfrågor sker på ett förhållandevis traditionellt sätt. Den akuta bristsituation som föreligger inom delar av landet och för vissa yrkesgrupper innebär att nya och okonventionella lösningar måste prövas. När en bristsituation uppstår med vakanser på känsliga positioner inom en organisation är det stor risk att en negativ spiral uppstår och ansvariga blir full upptagna med att lösa de akuta bemanningsproblemen. Från de verksamheter som upplever en krissituation reses krav om nationella strategier och långsiktiga åtgärder för att lösa personalförsörjningsfrågan. Dessutom finns önskemål om sammanställningar av tips för rekryteringsfrämjande åtgärder som visat sig framgångsrika för andra verksamheter.

Rekrytering av kompetent personal med kunskap om psykisk ohälsa är inte bara en utmaning för kommuner och landsting, utan högst aktuellt också för kriminalvården och Statens Institutionsstyrelse.

Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen tar initiativ till en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om att initiera ett programarbete kring personalrekrytering för verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. Medel från den nationella utvecklingsatsningen kan användas för detta programarbete.

### 10.3.2 Strategi för stärkt läkarrekrytering

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning konstaterar att huvudansvaret för rekrytering av nödvändig personal inklusive läkare vilar på sjukvårdshuvudmännen, som bör öka sin samverkan och aktivitet i denna fråga. Det måste göras attraktivt att arbeta som läkare i psykiatri. Okonventionella lösningar som extra AT-månader inom psykiatri bör erbjudas intresserade. Nationell psykiatrisamordning föreslår rekryteringsbefrämjande åtgärder i form av inrättandet av sex regionala rekryteringsansvariga studierektorer för ST-läkare i psykiatri, vilka ska disponera ett statligt anslag för utbildningsinsatser.

#### Skäl för förslaget

Läkarbristproblemet är mångbottnat, och inte lösbart med någon enstaka åtgärd. Huvudansvaret för personalförsörjningen kan endast bäras av huvudmännen, med vilka Psykiatrisamordningen haft upprepade kontakter, och kunnat konstatera en ökande planering i samverkan för att underlätta rekryteringssituationen. Huvudmännen kan på flera sätt positivt bidra till att det blir attraktivt att arbeta som läkare i psykiatri. Okonventionella metoder bör prövas, som till exempel att erbjuda intresserade läkare under allmäntjänstgöring (AT) en eller flera extramånader utöver den vanliga tremånadersplaceringen, och uppmuntra detta val genom att erbjuda något högre månadslön för denna tjänstgöringstid. De psykiatriska klinikerna bör aktivt erbjuda läkarstuderande under den senare delen av studierna att under ferierna arbeta som läkarassistenter inom psykiatri. På så sätt kan de blivande läkarna få insyn i verksamheten och deras intresse kan fångas för specialiteten. Verksamhetscheferna har ett ansvar för att tillse att läkare under utbildning, de som gör klinisk praktik under grundutbildning, de som fullgör AT eller är under specialisttjänstgöring (ST-läkare) ges en optimal studie- och arbetssituation. Att som relativt oerfaren ST-läkare placeras som enda läkare i ett psykiatriskt team, utan ett starkt överläkarstöd sätts att sköta en akutavdelning, eller ensam skickas som konsult till primärvården, är mindre lämpligt, och kan medföra avhopp till annan specialitet.

Sjukvårdshuvudmännen bör i samråd med universitetens medicinska fakulteter verka för inrättandet av kombinerade forskar-ST-

block. Därmed stärks både läkares forskningsaktivitet, och rekryteringen till specialiteten kan stärkas. Även de färdiga specialister eller läkare under specialistutbildning som utan klar målsättning att avlägga doktorsexamen önskar bedriva forskning inom psykiatriområdet bör ges sådan möjlighet genom generösa lösningar i samarbete mellan fakulteterna och huvudmännen.

Nationell psykiatrisamordning bedömer vidare att inrättandet av funktionen sex regionala rekryteringsansvariga studierektorer för läkare under specialistutbildning i psykiatri, bör kunna bidra till att förbättra rekryteringsläget. Studierektorerna finansieras upp till halvtid under maximalt sju år inom det riktade anslag till psykiatriområdet som föreslås i kapitel 12. De regioner eller landsting i samverkan som önskar inrätta regionala studierektorer ansöker om detta till Socialstyrelsen, som efter bedömning av ansökan beviljar medlen. Studierektorerna bör erhålla en gentemot huvudmännen fristående ställning, och disponera ett anslag för att med informations- och utbildningsinsatser underlätta rekrytering till specialiteten, och medverka till regionala utbildningsträffar för ST-läkare. Kostnaden för sex studierektorer beräknas årligen uppgå till 3 miljoner kronor för löne medel inklusive påslag, därtill ges varje studierektor ett årligt anslag på 0.5 miljoner kronor, vilket medför en årlig total kostnad på 6 miljoner kronor. Studierektorerna rekryteras bland erfarna psykiater med starkt engagemang för yrket och gärna med erfarenhet från att ge handledning och utbildning. Genom att studierektorernas rekryteringsbefrämjande uppdrag under den sjuåriga perioden av särskild satsning på psykiatriområdet finansieras av staten förväntas de kunna verka fristående från de enskilda huvudmännen, och därigenom bidra till en positiv rekryteringssituation i ett regionalt perspektiv. De regionala studierektorernas uppdrag innebär vidare att samverka med de samordningsfunktioner och studierektorer för AT- och ST-läkare som många kliniker eller landstingsområden har inrättat, och ersätter inte dessa.

### 10.3.3 En kliniskt inriktad psykologutbildning

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att en satsning bör göras för att öka antalet kliniska psykologer med inriktning psykisk ohälsa. Nationell psykiatrisamordning anser att förutsättningarna för att tillskapa psykologprogram med klinisk inriktning är en angelägen satsning, som skulle kunna finansieras inom ramen för nationella utvecklingsatsningar.

#### Skäl för bedömningen

Psykologer, med hög klinisk kompetens kring psykiska sjukdomstillstånd och psykiskt funktionshinder, är en yrkesgrupp som skulle kunna användas mer i specialistpsykiatri för bedömningar och diagnostisering, vilket skulle kunna minska trycket på specialistläkarna. Problemet är att även psykologer är en bristkategori. Behovet av psykologer med klinisk inriktning och kompetens kring utredning, diagnostik och färdighet i för specialistpsykiatri och primärvården relevanta psykologiska och psykoterapeutiska metoder, är större än tillgången. Beskrivningarna från brukare och verksamhetsföreträdare är att det finns ett betydande behov av utredningar och psykoterapi som inte är tillgodosedda. En ökad ambitionsnivå kring livskvalitet för personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder, liksom målsättningen rehabilitering till arbete för personer sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa, ökar ytterligare behovet.

Psykologutbildningen är en femårig grundutbildning med ett års praktik (praktisk tjänstgöring för psykologlegitimation, PTP) för att uppnå legitimation. För att sedan bli legitimerad psykoterapeut krävs en påbyggnadsutbildning i psykoterapi. Denna omfattar 60 universitetspoäng eller tre år på halvfart. Tillträde till denna utbildning har den som har ett antal års yrkeserfarenhet. Det betyder att det i dag tar minst 9 år för att producera en psykoterapeut som kan arbeta självständigt. Med ökad efterfrågan på psykologer från primärvården och den somatiska vården, kommer dagens bristsituation att förvärras. Det finns därför anledning att överväga olika möjligheter för att öka antalet platser på psykologprogrammen, och för att stimulera utbildningsvarianter som ger kvalificerade kliniska psykologer med kompetens som direkt passar och behövs inom psykiatriområdet. Det finns också anledning att se om

det går att komprimera utbildningstiden med bibehållen kvalitet och ordinarie omfattning av utbildningsinnehållet. Nationell psykiatrisamordning finner att den nyligen initierade psykologutbildningen vid Institutionen för Neurovetenskap på Karolinska Institutet kan vara intressant i detta avseende. Utbildningen innehåller och att den ingår i ett medicinskt sammanhang där de studerande dagligen möter lärare, kliniker och studenter från andra vårdutbildningar bör möjliggöra en ökad klinisk relevans. Om den typen av utbildning dessutom kopplas ihop med en möjlighet till kliniska auskultationer och en tidig öppenvårdsanknytning, kan rekrytering till psykiatriområdet främjas. Intresset för att studera till psykolog har varit stort under de senaste åren, varför det inte bör vara något problem att besätta ett ytterligare antal studieplatser. Söktrycket uttryckt som antal sökanden per utbildningsplats är starkt – det varierade år 2003 mellan 5,2 (Örebro) och 19,9 (Stockholm).

En utbildningsplats på psykologprogrammet kostar cirka 70 000 kronor per helår vilket skulle innebära att en utbildning med 40 platser kostar 2,8 miljoner kronor per år. För att tillgodose den kliniska handledningen skulle ett antal handledartimmar behövas ute i landet, vilket kan kostnadsberäknas till cirka en miljon kronor årligen.

En förändrar utbildningsväg som leder fram till legitimerad psykoterapeut bör övervägas för legitimerade psykologer. Psykoterapistudierna skulle kunna komprimeras till heltidsstudier under ett års tid, vilket skulle leda fram till färdig självständigt verksam psykoterapeut inom 7 år mot dagens minimitid på 9 år.

Den nya utbildningen på Karolinska institutet startar nu och om de initiala erfarenheterna av den blir positiva finns anledning att se om ytterligare liknande utbildningar kan startas. Ansvariga inom de medicinska fakulteterna och de ansvariga för psykologprogrammen uppmanas att söka ett närmare samarbete. Nationell psykiatrisamordning anser att förutsättningarna för att tillskapa psykologprogram med klinisk inriktning är en angelägen satsning, som skulle kunna finansieras inom ramen för nationella utvecklingssatsningar.

### 10.3.4 Innehållet i relevanta grundutbildningar

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att de grundutbildningar som leder till arbeten inom vård, stöd och serviceverksamheter ska innehålla kunskaper om psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder som överensstämmer med aktuellt kunskapsläge i tillräcklig omfattning, och ge kompetens för att möta personer med psykisk ohälsa på ett ändamålsenligt sätt.

#### Skäl för bedömningen

Nationell psykiatrisamordning har funnit att undervisningen om psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder inom ett antal högskoleutbildningar som socionomutbildningen, sjuksköterskeutbildningen, sjukgymnastutbildningen, läkarutbildningen, polisutbildningen, arbetsterapeututbildningen och psykologutbildningen är av ibland väsentligt skiftande innehåll och kvalitet. I vissa fall gör Psykiatrisamordningen bedömningen att utbildningsinnehållet i dessa avseenden är helt otillräckligt. För att människor med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder ska få ett adekvat bemötande och effektiva insatser måste personalen förstå och kunna hantera olika uttryck och beteenden relaterade till den psykiska ohälsan. Ett effektivt teamarbete ställer förutom krav på specifik yrkeskunskap, även krav på gemensamma grundvärderingar och ett gemensamt språk. Vissa gemensamma komponenter i utbildningen om psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder i de olika högskoleutbildningarna kan tjäna detta syfte. Eftersom det inom många yrken är en hög medelålder kommer en stor del av arbetskraften att ersättas under de närmaste femton åren. Förbättringar av innehållet i grundutbildningarna kommer därför att kunna få ett tydligt genomslag under en nära framtid.

Nationell psykiatrisamordning anser att gemensamma önskemål om grundutbildningsförändringar kan formuleras och framföras till landets högskolor av den programgrupp som föreslås ovan (10.3.1), och detta kan bli en del i det gemensamma programmet.



### 10.3.5 Modulbaserad basutbildning för baspersonal

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att arbetet med att utveckla verksamhetsanpassade och adekvata utbildningsprogram för baspersonal inom psykiatriområdet bör fortsättas, och det statliga resurstillskottet till psykiatriområdet för utvecklingsåtgärder, som huvudsakligen ska administreras av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, kan utnyttjas för detta ändamål. Utbildningarna bör utformas så att de är påbyggbara och flexibla.

#### Skäl för bedömningen

De ökade behoven av högskoleutbildad personal inom specialistpsykiatri är uppenbara, men det kommer även att finnas ett fortsatt behov av baspersonal inom denna organisation. Slutenvårdens behov av kvalificerad bemanning dygnet runt kommer att kvarstå. Det finns tider på dygnet och situationer när behoven av behandlingspersonal är begränsat, men då det behövs personal med stor färdighet i att ge kvalificerad omvårdnad. Behovet av ökad teoretiska kunskaper får inte betonas så starkt att det konkurrerar ut den viktiga komponenten praktiska färdigheter. Kunskap och färdigheter kan uppnås genom praktik och lärlingsförfarande. Det finns en risk att en del av den praktiska yrkeskunskap som tidigare var närmast självklar hos psykiatrins skötare inte finns hos dem som nu anställs efter utbildning vid vårdgymnasium. Det finns behov av en nationell utbildningsmodell för baspersonal med gemensamma basmoduler, och påbyggnadsmoduler med inriktningar som förbereder för arbete inom t ex psykiatrisk slutenvård, boendestöd, sysselsättningsverksamhet och kriminalvårdsarbete. Ett riktat projekt initierat av Psykiatrisamordningen arbetar med en utbildningsplan för baspersonal, som är utformad så att den studerande är anställningsbar redan efter ett års studier och att man kan läsa vidare till 80 universitetspoäng, samt därefter gå vidare i akademiska studier. Denna utbildning planeras ges som en yrkesutbildning på högskolenivå. En modul ska anpassas till behoven inom t.ex. rättspsykiatri, kriminalvård och Statens Institutionsstyrelse. Andra inriktningar som kan väljas av den studerande kan riktas mot allmänpsykiatrisk öppen och slutenvård, boendestöd eller arbetsrehabilitering. Nationell psykiatrisamord-

ning anser att arbetet med att utveckla verksamhetsanpassade och adekvata utbildningsprogram för baspersonal inom psykiatriområdet bör fortsättas, och det statliga resurstillskottet till psykiatriområdet för utveckling som huvudsakligen ska administreras av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (kapitel 11) kan utnyttjas för detta ändamål.

### 10.3.6 Kompetenshöjning / vidareutbildning för redan anställda

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att det statliga resurstillskottet till psykiatriområdet för utveckling som huvudsakligen ska administreras av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (kapitel 11) bör utnyttjas för utveckling av fort- och vidareutbildningsprogram för personal anställd inom psykiatriområdet.

#### Skäl för bedömningen

Som det finns skäl framhålla inom ett flertal av de frågeområden som legat inom Nationell psykiatrisamordnings uppdrag, föreligger ett omfattande vidare- och fortbildningsbehov för personal som möter personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Detta gäller inom landstingens, kommunernas, kriminalvårdens med flera verksamheter. I prop. 1993/94:218 framhålls att kommunerna ska förstärka och utveckla sin kompetens när det gäller vård, stöd och service till personer med psykiskt funktionshinder. Detta berör alla de personalkategorier som arbetar indirekt eller direkt med målgruppen personer med psykiskt funktionshinder, vilka bör erbjudas utbildning, handledning och metodstöd. Den personal som arbetare närmast brukarna i kommunernas verksamheter har i många fall en kortare formell grundutbildning, som dessutom kan ha genomgått för många år sedan. Därför är fortbildningsbehovet omfattande. Motsvarande förhållanden gäller också delvis inom landstingsdriven verksamhet. Även personal med akademisk grundutbildning, som till exempel socionomer som arbetar med biståndsbedömning behöver utbildning för att kunna göra rättssäkra och goda bedömningar av personer med psykiskt funktionshinder. Nationell psykiatrisamord-

ning har initierat ett utvecklingsarbete mellan ett par högskolor/universitet för att ta fram en distansutbildningsmodell just riktad till denna grupp. Personal med uppgift att bedriva boendestöd har ett stort fortbildningsbehov, som beror av att verksamhetsområdet i sig är under utveckling. Utbildning för boendestödjare kan bidra till en stärkt professionalisering i arbetet.

Det är arbetsgivaren som har ansvar för att personalens kompetensutvecklingsbehov tillgodoses. Eftersom behoven på detta område är så markerade, bedömer Nationell psykiatrisamordning att staten har anledning att understödja utvecklingen av anpassade utbildningsprogram för anställd personal. Detta arbete bedrivs lämpligen inom ramen för det samlade strategiarbete som beskrivs under 10.3.1 ovan.

# 11 Forskning och utveckling

Systematisk kunskapsinhämtning och analys med hjälp av teorier är ett viktigt led i sökandet efter förståelse av den värld vi lever i. Sådant kunskapssökande bedrivs med en mångfald av olika metoder och utgångspunkter, och kan samlas under paraplytermen forskning. Forskningen på de sociala och medicinska områdena är av stor betydelse för tillgången på evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, liksom för förståelsen av hur olika livsomständigheter påverkar människors liv och hälsa.

Den psykiska ohälsan utgör en betydande del av ohälsan i världen, och även i vårt land. En bättre förståelse av sambanden mellan biologiska verkningsmekanismer, livsstil, miljö och sociala faktorer kan innebära stora vinster för folkhälsan. Den medicinska forskningen har tillsammans med förbättrade sociala och ekonomiska förutsättningar spelat en stor roll för att förbättra hälsa och livskvalitet för personer med psykiskt funktionshinder. Även inom området psykisk ohälsa är det nödvändigt att forskningen utvecklas för att kunna ge svar på hur den psykiska hälsan kan förbättras. Det kommer att behövas stora mång- och tvärvetenskapliga forskningsinsatser för att förse samhällets vård- och stödinsatser med effektiva metoder och guida samhällsplaneringen med nödvändig kunskap.

En väl utvecklad forsknings- och utvecklingsaktivitet inom ett område innebär inte bara att resultaten kommer till direkt nytta i vård och omsorg, utan bidrar också till att höja områdets status, intressera kompetenta människor att arbeta där, samt bidra till ett ökat förtroende i samhället.

## 11.1 Behov av forsknings- och utvecklingsarbete

I flera rapporter, i Sverige och internationellt, har det under de senaste femton åren framhållits att forskningsaktiviteten inom såväl specialistpsykiatri, som inom området sociala insatser till

personer med psykisk ohälsa behöver öka (NIHM 1991, WHO 1991, SBU 1992, MFR 2000). Socialstyrelsens inventering av svensk psykiatrisk forskning visade att av de totala forskningsmedlen som fördelades av de vetenskapliga forskningsråden var det bara fem procent som rörde socialpsykiatrisk forskning eller psykiatrisk forskning (Socialstyrelsen, 1997b). Anslagen till psykiatrisk forskning har varit fortsatt låga och många beskriver att det är svårt att få ansökningar beviljade. Den andel av de totala forskningsmedlen som går till området är opropotionerligt liten med tanke på det lidande och den belastning för samhället som psykisk ohälsa innebär.

### **11.1.1 Behov av grundforskning, tillämpad forskning och utvecklingsarbete**

Orsakerna till psykisk sjukdom är ofullständigt klarlagda. Ärftliga faktorer, händelser under fosterutveckling och förlossning har visats bidra till risken att utveckla vissa psykiska sjukdomar. Traumatiska erfarenheter som tidiga förluster, sexuella övergrepp, misshandel, social isolering, katastrofer, migration, institutionalisering liksom utsatthet i form av fattigdom, arbetslöshet eller långvarig stress och överbelastning kan ge upphov till, eller förvärra psykisk ohälsa. Vissa kroppsliga sjukdomar som virusinfektioner, hormonella rubbningar och olika hjärnsjukdomar kan också orsaka psykisk ohälsa. Vår motståndskraft, förmåga att hantera livet, sätt att lösa problem och bemästra svårigheter har visat sig vara av stor vikt för att tillfriskna eller återhämta sig liksom för att kunna leva med en allvarlig psykisk sjukdom eller ett funktionshinder. Sambanden mellan en människas biologi, sociala liv och interaktionen med omgivningen i relation till risken för psykisk ohälsa är dock långtifrån klarlagda, och påvisar ett avsevärt behov av forskning med grundforskningskaraktär. Sådan forskning besvarar frågor av inomvetenskaplig betydelse, vars tillämpning i form av vård- och stödinsatser inte behöver vara direkt, utan kan uppstå i ett andra eller tredje led.

Av mer direkt praktisk nytta är forskning och utvecklingsarbete som syftar till att beskriva och förbättra vården och stödet. Utvärdering är en bred term för kunskapssökande med klart uttalat mål att värdera effektivitet och olika aspekter av nytta. Skillnader i hur en insats verkar för kvinnor och män, yngre och äldre måste

beaktas vid utvärdering. I en SBU rapport (SBU, 1992) pekas följande psykiatrirelaterade områden ut som angelägna för utvärdering:

- *Missbruksvården* – prospektiva randomiserade studier där olika behandlingsmetoder och kostnader jämförs. Dessa bör innefatta kombinationer av sociala, psykologiska och medicinska åtgärder. Primär- och sekundärpreventiva program (paket av insatser och åtgärder som avser att minska risk för att missbruk uppkommer, respektive att förebygga återfall i missbruk) bör utvärderas.
- *Långtidssjuka* – rehabilitering av långvariga psykossjukdomar bör ha hög prioritet för utvärdering både av humanitära och av kostnadsskäl. Man bör ta fasta på erfarenheterna av arbetssättet case manager, dvs. individualiserade vårdprogram där den starka relationen mellan vårdgivare och klient betonas.
- *Psykisk ohälsa bland patienter inom icke psykiatrisk vård* – många människor med psykisk ohälsa söker hjälp och behandlas utanför den specialiserade psykiatrin. Konsultationstjänster från psykiatrin bör i större utsträckning optimeras med hjälp av utvärderade försök, utbildning av allmänläkare i diagnostik av depression och ångesttillstånd tycks positiva, och bör utvärderas.
- *Subspecialisering* – värdet av specialiserade vårdenheter inom psykiatrin bör utredas. Resultaten från traditionella allmänpsykiatriska team vad gäller en rad utfallsmått som patientens grad av tillfredsställelse med vården, vårdresultat i termer av symtomminskning och funktionsförbättring och kostnader bör jämföras med resultaten från subspecialiserad verksamhet.
- *Underhållsbehandling med läkemedel* – det är angeläget att läkemedlens plats i underhållsbehandlingen regelbundet utvärderas. Det bör omfatta inte bara symtomreduktion utan också biverkningar, funktionsnivå, välbefinnande och kostnader.
- *Psykoterapi* – effekter och biverkningar liksom kostnader för olika terapiformer bör jämföras.

Nationell psykiatrisamordning konstaterar att behovet av forskning och utvärdering kvarstår för ovanstående områden och har identifierat ytterligare ett antal områden.

- *Boende och stöd i vardagen* – kunskapen om boende och boendestöd för personer med psykiskt funktionshinder är bristfällig, trots att detta är ett grundläggande behovsområde och att kommunernas insatser på detta område är kvantitativt betydande. Evidensbaserade metoder saknas.
- *Psykiskt funktionshinder och hjälpmedel* – kognitiva svårigheter är en del av funktionshindret för många men kunskapen om vad svårigheterna innebär och hur de bäst hanteras och kompenseras är inte tillräcklig. Användning och utveckling av hjälpmedel vid psykiskt funktionshinder har bara börjat.
- *Arbete och sysselsättning* – kunskaperna om effektiva insatser för rehabilitering till arbete behöver öka.
- *Barn och ungdomars psykiska hälsa* – visar tecken på försämring men underlaget för att fastställa detta och eventuella orsaker är bristfälligt. Det saknas studier som säkert kan slå fast olika behandlingars effekter på barn. Majoriteten av socialtjänstens insatser till utsatta barn och deras familjer är inte utvärderade. Mycket lite av den institutionsvård som finns i Sverige har utvärderats. Det är oklart om behandlingen har positiva, skadliga eller inga effekter alls. Pojkar och flickors skilda behov och eventuella skillnader i resultat av behandling behöver studeras.
- *Tvångsvård* – inom rättspsykiatrisk vård och övrig tvångsvård finns stora behov av ökad kunskap och utvecklade metoder för att förbättra innehållet i vården, utveckla bedömningsinstrument och förebygga återfall.
- *Psykisk sjukdom och samtidigt missbruk* – de behandlings- och stödprogram som finns är inte prövade i svenska förhållanden.
- *Äldre och psykisk ohälsa* – allt fler äldre behöver insatser för psykisk ohälsa. Kunskapen om äldre mäns och kvinnors psykiska hälsa och behov av behandling vid ohälsa är bristfällig.

## 11.2 Goda förutsättningar för forskning – men svårigheter finns

Sveriges befolkningsregister är unikt och det innebär goda möjligheter för hälso- och sjukvårdsforskning, däribland epidemiologiska studier. Välutvecklade administrativa system inom den offentliga sjukvården innebär att uppföljningsstudier på individnivå kan göras. I vissa landsting finns vårdregister med uppgifter om diagnoser och vårdtider, men det saknas oftast uppgifter om kostnader och vårdinnehåll. Problemet med olika datasystem som försvårar kommunikationen mellan olika vårdgivare kommer förhoppningsvis snart att vara löst, och då förbättras förutsättningarna att kunna göra nationella studier.

Rapporten Svensk psykiatrisk forskning (Socialstyrelsen, 1997c), visar att mellan åren 1994 och 1995 avsatte MFR (Medicinska Forskningsrådet), SFR (Socialvetenskapliga Forskningsrådet) och FRN (Forskningsrådsnämnden) ca 20,8 miljoner kronor till psykiatrisk forskning. Landstingen avsatte tillsammans 20–47 miljoner kronor, där cirka hälften av satsningen gick till mer renodlade forskningsprojekt. Den största andelen av medlen gick till breda kliniska projekt. Den överbetoning av biologisktmedicinska forskningsprojekt som befarades kunde inte beläggas, men samtidigt ingår inte i sammanställningen den avsevärda andel av psykiatrirelaterad forskning som läkemedelsindustrin finansierar och driver. Det är av avgörande betydelse att de psykiatrirelaterade forskningsfrågeställningar som saknar kommersiellt intresse, men som ofta är av stor humanitär och samhällsekonomisk betydelse, stöds med offentlig finansiering.

Den kliniskt orienterade brukarnära forskningen brottas med olika svårigheter. Det är ett ökat tryck på sjukvården, vilket har medfört att tiden för utvecklingsarbete har minskat. Antal slutenvårdsplatser har minskat, vårdtiderna är kortare och vården sker alltmer i öppna former och det innebär att patienterna inte är tillgängliga för att delta i studier på samma sätt som tidigare. Den nödvändiga omställningen och utvecklingen av metoder för att kunna bedriva forskning där forskningspersonerna vårdas i öppen vård och mestadels visats i miljöer andra än på sjukhuset, har inte skett i tillräcklig omfattning. Där bristen på psykiater är stor tvingas vårdgivaren använda hyrläkare för att täcka upp för vakanserna, vilket gör att genomförandet av kliniska studier försvåras,



eftersom kontinuiteten blir låg, och de överenskomna behandlingsprogrammen och forskningsprotokollen inte blir fullföljda.

### 11.3 Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård?

I Ansvarskommitténs skriftserie, (Ansvarskommittén, 2005) konstateras att det är de stora folksjukdomarna som kommer att ta mest resurser i anspråk i framtiden och därmed behöver forskningen fokuseras på dem snarare än på de mera sällsynta förekommande sjukdomarna. Konklusionen är att vi i framtiden på grund av förbättrad prevention, tidig diagnostik och tidig behandling kommer att leva friskare och längre, men vi kommer fortfarande att behöva vård under livets senare delar.

De flesta sjukdomars uppkomstmekanismer är komplexa, varför vi trots stor tilltro till den molekylärbiologiska utvecklingen med till exempel kartläggning av det humana genomet inte kan räkna med att primärprevention<sup>1</sup> av sjukdomar kommer att spela en betydande roll inom en snar framtid. Det stora hoppet står till sekundärprevention, dvs. att vi genom diagnostik kan sätta in tidig, starkt individualiserad behandling, som kan förhindra sjukdomsutvecklingen hos patienten. Framtidens sjukvård kommer att bli mer individcentrerad än vad vården är i dag, både vad gäller diagnostik och behandling.

Utifrån dagens utveckling kan antas att hälso- och sjukvårdens tyngdpunkt kommer att ligga mer på sekundärprevention än primärprevention. Hälso- och sjukvården kommer att kunna lindra och skjuta upp sjukdomsförlopp men inte helt förhindra att sjukdom uppkommer. Patienterna kommer huvudsakligen att behandlas inom öppenvården. Detta kräver ett gott samarbete mellan vårdens olika delar. Detta kommer att innebära utmaningar för samhället i form av;

- ökade krav på hälso- och sjukvårdens förmåga att samarbeta utifrån den enskilda patientens behov, samt
- krav på behov av viss befolkningsstorlek för att kunna ge god medicinsk vård och skapa utvecklingskraft. Utredningen om högspecialiserad vård (Ds 2003:56).

---

<sup>1</sup> Primärprevention innebär förhindrande av uppkomsten av sjukdomar, möjliggörs bland annat genom att uppkomstmekanismerna är kända.

Den statliga utredningen, Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU, 2000), poängterade den förskjutning som hade påbörjats av allt mer avancerade medicinska insatser till de områden som tidigare setts som mer lågteknologiska. Allt kortare vårdtider i specialiserad slutenvård, och fortsatt förskjutning mot öppna vårdformer väntades ställa allt större krav på att övrig vård kan ansvara för avancerade medicinska insatser. Ansvarskommitten gör motsvarande bedömning, att de ökade medicinska möjligheterna, i kombination med en offentlig ekonomi som är begränsad, kommer att innebära en anspänning på samhällsorganisationen. Kommittén gör också bedömningen att medborgaren framöver kommer att ha mycket större möjligheter och förutsättningar för att göra aktiva val, bearbeta information och ställa krav, inte minst på den offentliga verksamheten. Medborgarna kommer att ha större kunskap om vad som är god vård och vilka förväntningar som kan resas på vårdens resultat. Det kommer att innebära ett kostnadstryck på vården, vilket bland annat innebär att frågor om prioritering och utbud kommer att bli allt viktigare inom hälso- och sjukvården.

Den upplevda psykiska ohälsan i samhället har ökat och behovet av insatser är långt ifrån tillgodosedda. I framtiden kommer därmed ökade krav och en ökad efterfrågan på vård sannolikt att gälla även psykiatriområdet, en tendens som Psykiatrisamordningen tyckt sig kunna iaktta i sina kontakter med landets psykiatri.

Även om genomsnittet av medborgarnas kunskap, medvetenhet och krav ökar, medför detta inte självklart att personer med nedsatt autonomi och de personer som inte själva upplever sig lida av någon sjukdom och därmed inte efterfrågar hjälp, också blir medvetna och kunniga konsumenter av vård och stöd. Utan en tydlig styrning från samhället av insatser till de svagaste och mest utsatta finns en påtaglig risk att efterfrågan på insatser för mindre allvarliga hälsoproblem tränger ut insatser för de mest omfattande och svåra problemen, både vad gäller vårdresurser och resurser för forskning och utvecklingsarbete.

Kunskapen om hjärnan, hur den fungerar och hälsoproblem kopplade till detta förutspås av många vara ett av de mest expansiva forskningsfälten inom den närmaste tiden. Det gäller då inte bara inom det biomedicinska området, utan kanske än mer inom sociologi, pedagogik, beteendevetenskap och informationsteknik. För att främja psykisk hälsa i samhället kommer det att krävas tvärvetenskapliga angreppssätt, vilket också kommer att gälla insatser

mot psykisk ohälsa. Här krävs ett integrerat omhändertagande av såväl social och psykologisk, som medicinsk, art. Även vidareutvecklade pedagogiska kunskaper och teknologiska hjälpmedelslösningar behövs.

#### 11.4 Behovsanalys, forsknings- och utvecklingsarbete

Området insatser mot psykisk ohälsa har trots stor aktualitet och omfattande behov inte förmått dra till sig nödvändiga forsknings- och utvecklingssatsningar. Detta gäller generellt, såväl inom medicinsk- som samhällsvetenskaplig grundforskning som inom tillämpade verksamhetsnära kliniska studier eller psykosocial metodutveckling. Detta gäller också hela spannet mellan molekylärbiologisk forskning om orsaksmekanismer vid allvarliga psykiska sjukdomar, till förståelsen av orsakerna till ökad upplevd psykisk ohälsa i samhället. När det gäller insatser till personer med psykiskt funktionshinder behövs ett intensivt tillämpat forskningsarbete och utveckling och utvärdering av metoder.

Inom området psykosociala insatser finns det tre huvudproblem:

- Att det inom flera viktiga insatsområden saknas systematisk kunskap om resultat och om vilken insats som passar för den individuella brukarens behov.
- Att den forskningsbaserade kunskap som finns rörande insatsområden som missbruksvård, arbetsrehabilitering, familjestöd och case management inte tillämpas i verksamheterna.
- Att det inte finns en organisation och modeller för hur ny kunskap med tillräcklig snabbhet ska anpassas till svenska förhållanden, föras ut och implementeras i vardagsarbetet.

Inom området psykosociala insatser finns i dag ett stort intresse av att öka kunskapen om vilka insatser som är effektiva och hur de ska utföras för att ge bästa resultat och bäst hjälpa människor med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder att leva ett självständigt liv som de själva valt och är nöjda med.

## Stöd för forsknings- och utvecklingsarbete

Nationell psykiatrisamordning har under sin verksamhetstid initierat en rad lokala utvecklingsprojekt, samt initierat en handfull riktade projekt. Psykiatrisamordningen har även gjort ansträngningar för att knyta ihop lokalt utvecklingsarbete i nationella och regionala nätverk. Nationell psykiatrisamordning har tillsammans med Socialstyrelsen utlyst ett större initieringsstöd för ett centrum för socialpsykiatrisk tillämpad forskning. Sju centrumbildningar sökte i konkurrens anslaget, och en kommitté av sakkunniga prioriterade mellan ansökningarna. Detta centrum förväntas bli en viktig nationell motor för att stärka detta forskningsområde. Satsningen är dock av måttlig storlek (fyra miljoner kronor per år under fem år), och man kan inte förvänta att detta centrum ska kunna initiera och rekrytera till nya forskningsmiljöer. Det socialpsykiatriska forskningscentret ska snarast ses som en ansats för att stärka och knyta samman verksamma forskare, samt skapa modeller för systematiskt forsknings- och utvecklingsarbete inom det psykosociala fältet för personer med psykiskt funktionshinder. Nationell psykiatrisamordning har även identifierat behovet av att i större skala implementera evidensbaserade metod i Sverige, och som kan fungera inom såväl landstingets som kommunernas verksamheter. Dessa två satsningar har gjorts inom ramen för de särskilda stimulansmedlen.

Den specialiserade psykiatriska vården har på senare år tagit till sig en rad kunskaper om verksamma behandlingar, men mycket återstår innan all vård och behandling sker med stöd i aktuella evidensbaserade metoder och modeller. Att så ska ske, ska vara en målsättning, även om mycket talar för att det alltid kommer att vara så att den mer eller mindre beprövade erfarenheten får vara ledande i valet av behandling i vissa situationer. I dag finns evidensen punktvis. De studier som ligger till grund för vårdprogram och behandlingsrekommendationer utgår ofta från renodlade sjukdomstillstånd och studierna är utförda i specifika miljöer, vilket medför att generaliserbarheten till aktuell vårdsituation kan vara begränsad. I det praktiska kliniska arbetet är sällan patienternas tillstånd renodlade, utan vården möter personer med komplicerande både sociala och medicinska faktorer, samsjuklighet mellan olika psykiska och kroppsliga sjukdomstillstånd. Det saknas ännu systematisk kunskap om hur kombinerade insatser t.ex. psykopedagogik, psykoterapi, läkemedel, träning och rehabilitering i

olika kombinationer förmodligen kan ge bättre resultat och vara långsiktigt mer kostnadseffektivt.

På grundforskningsnivå ska noteras att orsakerna till olika psykiska sjukdomar är ofullständigt klarlagda och att det behövs omfattande forskning för att öka kunskapen om bakomliggande och utlösande faktorer. Sverige har med sina heltäckande befolkningsregister unika möjligheter att undersöka multifaktoriella samband. Den närmare förståelsen av kopplingarna mellan människans psykologi – psykopatologi – biologi – ärftlighet – miljö innebär stora forskningsmässiga utmaningar, som på sikt kan leda fram till bättre behandlingsformer och adekvata insatser för att förebygga psykisk ohälsa.

På 1960-talet när det konstaterades att psykiatriområdet behövde utvecklas och att kunniga forskare med god kompetens i forskningsmetodik behövdes, gjordes en strategisk forskningssatsning i form av att tre statliga forskningskliniker inrättades: en i Lund, en i Göteborg och en i Uppsala. Dessa kliniker bedrev en framgångsrik forskning och många nya forskare rekryterades till psykiatriområdet via dessa satsningar. Resultatet blev en statushöjning av psykiatriområdet.

### **11.5 Inventering av akademiska tjänster inom specialistpsykiatri**

Inom ramen för ett riktat projekt, se bilaga 3, har en sammanställning gjorts över verksamma professorer inom psykiatri samt deras huvudsakliga verksamhetsområde. Även en inventering av läkare med specialistkompetens i psykiatri som är docenter eller har medicine doktorsgrad och som är under femtio år gamla har gjorts för att ge en bild av rekryteringsläget för framtiden. Inventeringen som gjordes våren 2006 visar att för närvarande upprätthåller 43 personer 36,6 akademiska tjänster. Om tio år kommer endast elva av dessa att vara i aktiv tjänst, vilket betyder att 32 personer kommer att behöva rekryteras.

**Tabell 11.1** Antalet professurer och lektorat uppdelat på tjänster, antal personer som innehar tjänsterna och antalet som uppnår ålderspension inom 10 år

Specialiteter	Antal personer	Antal tjänster	Pensionsavgångar inom 10 år
Allmänpsykiatri	29	25,8	22
Barn och ungdom	8	7,2	6
Rättpsykiatri	2	0,4	1
Geropsykiatri	2	1,2	2
Beroendepsykiatri	2	3	1
Summa	43	36,6	32

Antalet yngre lovande disputerade psykiater är inte så stort. Det finns ett antal disputerade läkare och docenter mellan femtio och sextiofem år som kommer att upprätthålla en del av de aktuella tjänsterna, men ett betydande rekryteringsproblem är att vänta om inte aktuell situation drastiskt förändras.

Medicinska forskningsrådet (MFR) initierade en översyn av svensk psykiatrisk forskning år 2000. Fyra internationella, högt meriterade forskare inom psykiatriområdet ingick i granskningskommittén. De konstaterar i sin rapport att svensk psykiatrisk forskning har varit och är bland de främsta i Europa speciellt inom områdena neurokemi, psykofarmakologi och epidemiologi (MFR 2000). I rapporten konstateras i likhet med den ovan beskrivna mer nyliga sammanställningen att medelåldern är hög bland svenska psykiatriska forskare. Detta gäller även jämfört med andra europeiska länder och att det kommer att bli kris i svensk psykiatrisk forskning om förmågan att attrahera unga forskare till området inte förbättras. Mer samarbete mellan olika medicinska forskningscentra förordas för att kunna finansiera dyr utrustning och för att utnyttja resurserna maximalt. Granskningskommittén är förvånad över den relativt låga andelen svensk hälso- och sjukvårdsforskning jämfört med det växande intresse som finns i många andra länder. Mer fokus på rättspsykiatrisk forskning rekommenderas, och det låga antalet psykoterapiforskningsprojekt noteras också.

Både tidigare granskningar och den aktuella inventeringen av psykiatriprofessorer lyfter fram behovet av nyrekryteringar till det psykiatriska forskningsområdet. Redan i dag finns begränsningar i handledarkapacitet när det gäller såväl enklare forsknings- och utvecklingsprojekt som inom avancerad forskning.

För att skapa ett positivt klimat ute i verksamheterna för att delta i forskningsprojekt men också för att ta till sig ny kunskap behövs klinisknära projekt som innebär att medarbetarna får uppleva att forskningen är till nytta för dem i sitt kliniska arbete. Unga medarbetare bör involveras i pågående projekt och studenter ges möjlighet att utföra projektarbeten och liknande uppgifter inom psykiatriområdet. Dessa aktiviteter kräver ett stort antal handledare och organisatoriska strukturer som underlättar.

För att se till att det finns en återväxt på unga disputerade medarbetare som kvalificerar sig för högre tjänster måste det finnas utrymme för forskning efter disputationen. En ökad förekomst av klinisknära avancerad forskning förutsätter att kliniskt verksamma disputerade medarbetare har utrymme i sin vardag för både kliniskt arbete och forskning. Nationell psykiatrisamordning gör bedömningen att det behövs åtgärder som gör psykiatriområdet attraktivt för unga med forskningsambitioner. Om området psykisk hälsa och ohälsa ska kunna utvecklas i den takt som behövs krävs att området kan locka till sig kompetenta medarbetare, allt från dem som arbetar närmast den det berör, till forskare och utvecklingsansvariga.

Ovanstående avsnitt behandlar akademiska tjänster inom specialpsykiatri. Psykiatrisamordningen vill i detta sammanhang understryka att slutsatserna gäller även för forskningen inom socialt arbete, vårdvetenskap och omvårdnad. Inom socialt arbete finns mycket få professorer som ägnar sig åt forskning inom området samhällsbaserade insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Ingen gör det på heltid. Inom institutionerna för omvårdnad och vårdvetenskap är andelen något högre men även där är aktiviteten inom området psykisk ohälsa alltför begränsad.

## **11.6 Huvudskäl för en stor forskning och utvecklingsatsning**

Nationell psykiatrisamordning anser att det är särskilt angeläget med forsknings- och utvecklingsatsningar inom området psykisk hälsa - ohälsa. Två huvudanledningar har identifierats. Dels har området under lång tid varit i behov av en statushöjning och dels är området i stort behov av ökad kunskap. Dessa två behov är nära knutna till varandra men har också komponenter som är svåra att förena:

- För att höja områdets status och på lång sikt garantera en god tillgång på kunskap anpassad till svenska förhållanden krävs tillgång till kompetenta forskare. I Sverige krävs en högkvalificerad forskning som hävdar sig i den internationella konkurrensen. Det behövs en utvecklad infrastruktur och starka mång- och tvärvetenskapliga forskargrupper som kan garantera både bredd och spetskompetens. Kopplingen till verksamhetsfältet måste vara intakt, så att forskningsaktiviteterna inte isoleras från praktiken. Uppdraget ligger inte enbart inom det biomedicinska ämnesområdet, utan inkluderar socialvetenskaplig, pedagogisk och psykologisk forskning.
- För att tillgodose det skriande behovet av kunskapsbaserade metoder i vardagsarbetet är det ett forskningsarbete av mer utvecklings- och implementeringskaraktär som behövs. Här behövs effektiva studier som stöder det lokala förbättringsarbetet på ett bra sätt, men som inte alltid kommer att kunna ge underlag för internationellt publicerade vetenskapliga artiklar.

Dessa båda behov är svåra att förena i samma koncept även om de i ett längre perspektiv befruktar varandra genom att den kvalificerade grundforskningen på sikt genererar kunskap som kan omsättas i praktiken och det verksamhetsnära utvecklingsarbetet identifierar kunskapsluckor och forskningsbehov samt anpassar och implementerar den nya kunskapen. Att försöka förena dessa båda inriktningar inom samma struktur medför en uppenbar risk att det blir en forsknings- och utvecklingssatsning som inte fullt tillgodoser något av de båda huvudbehoven.

Nationell psykiatrisamordning förordar därför en dubbel satsning på forskning och utveckling som tillåts vara av olika karaktär för att fullt ut kunna fylla de båda behoven. Samtidigt ska givetvis strukturer skapas som ser till att ett utbyte mellan dessa båda satsningar naturligt och kontinuerligt sker. Nationell psykiatrisamordning föreslår dels en strategisk forskningssatsning inom området psykisk ohälsa, och dels stöd till verksamhetsnära tillämpade forsknings- och utvecklingsaktiviteter.



## 11.7 En strategisk forskningssatsning inom området psykisk ohälsa

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen ger Vetenskapsrådet i uppdrag att utforma och driva en strategisk forskningssatsning inom området psykisk hälsa/ohälsa och att 100 miljoner kronor årligen under sju år ska avsättas för detta.

### Skäl för förslaget

Psykisk ohälsa är ett av de stora folkhälsoproblemen som kommer att öka i aktualitet eftersom det finns en ökning av upplevd psykisk ohälsa bland ungdomar samtidigt som den ökade andelen äldre kommer att innebära ökande behov av insatser. Området psykisk ohälsa är forskningsmässigt underutvecklat, även om Sverige intar en internationell tätposition vad gäller forskning om hjärnan. Det behövs en kraftfull satsning för att långsiktigt kunna bidra med nödvändig kunskap. För att kunna attrahera kompetent personal behöver området ett gott anseende på så sätt att medborgarna vet att det är ett område där kunskapen är hög, där ett ständigt utvecklingsarbete sker och medarbetarna har hög kompetens liksom att brukarna är nöjda med den vård och det stöd som ges. För att personalen ska ha möjlighet att omsätta ny kunskap i praktiska metoder krävs att alla yrkeskategorier under sin utbildning får ett vetenskapligt synsätt och ett intresse för att hålla sig uppdaterade om senaste forskningsrön. En strategisk multidisciplinär forskningssatsning som genererar ny kunskap kan öka insikten om vikten av evidensbaserad kunskap inom alla områden vilket också kan påverka innehållet i grundutbildningarna.

### Hög kvalitet och bred ansats

Forskningssatsningen inom området psykisk ohälsa bör vara bred och omfattande. Det kan vara allt från förebyggande och tidiga insatser till behandling vid kroniska tillstånd, liksom samspel på molekylärnivå till samspel mellan människor i olika sociala situationer. Samtidigt ska satsningen främja forskning av högsta kvalitet, stärka spetsforskningen och innehålla strategier för att säker-

ställa återväxten av framstående forskare och forskningsledare. Det är viktigt att genusperspektivet får ett genomslag i all forskning liksom att brukarperspektivet särskilt beaktas. Internationella erfarenheter och lösningar ska tas till vara och forskningsatsningen ska bidra till större öppenhet och bredvillighet för flexibilitet och förändringsbenägenhet. Ett kraftfullt stöd till befintliga starka forskningsmiljöer samt miljöer med potential att bli starka bör föredras framför tillskapandet av nya centrumbildningar.

### **Vetenskapsrådet lämplig myndighet**

Nationell psykiatrisamordning anser att Vetenskapsrådet är den lämpligaste mottagaren av uppdraget. Vetenskapsrådet har ett nationellt ansvar att stödja och utveckla svensk grundforskning inom hela det vetenskapliga fältet. Även om medicinska faktorer är viktiga så räcker inte strikt medicinska förklaringar för att förstå den ökade psykiska ohälsan i samhället utan den måste även sökas i förändrade livsmönster, ändrade sociala normer och reaktioner på förändrade samhällsvillkor. Det betyder att det behövs särskilda satsningar för att bygga mång- och tvärvetenskapliga forskargrupper som kan understödja det interdisciplinära samarbetet. Vetenskapsrådet har erfarenhet av policyarbete och strategier med särskilt utvalda teman för att säkerställa den långsiktiga uthålligheten i forskningssystemet. Vetenskapsrådet har vidare erfarenhet av att arbeta med strategisk forskningsfinansiering och riktade medel till områden där forskningen behöver förstärkas, liksom att stödja forskargrupper till att utvecklas till starka forskningsmiljöer. Vetenskapsrådet tillämpar strikta kvalitetskriterier och har ett antal ämnesråd med hög kompetens inom olika vetenskapsområden. Det finns en särskild kompetens kring genusforskning och rådet har ett utvecklat internationellt samarbete.

Nationell psykiatrisamordning anser att en sammanhållen forskningssatsning kring psykisk hälsa ska utformas så att kunskap genereras som senare kan omsättas i kliniskt och praktiskt relevanta problemområden i vård och stöd i kommuner och lands-ting. En multidisciplinär strategi ska eftersträvas, men samtidigt behöver området hållas samman så att en gemensam kunskapsbas genereras och tidigare splittring inom området motverkas. Nationell psykiatrisamordning föreslår att det medicinska ämnesrådet får uppdraget att hålla samman satsningen och i uppgift att

tillsammans med företrädare från hälso- och sjukvård, socialtjänst och universitet utforma ett program för hur forskningen kring psykisk hälsa långsiktigt ska stärkas.

Vetenskapsrådets mål att Sverige ska vara en ledande forskningsnation stämmer med den önskade ambitionsnivån inom området psykisk ohälsa. Vetenskapsrådet har också utvecklat nya populärvetenskapliga metoder för att öka kontakterna mellan forskare och allmänhet i nära samarbete med universitet och högskolor, organisationer och andra aktörer vilket är angeläget även inom detta område

## 11.8 Hundra miljoner kronor per år i sju år

Eftersom området psykisk hälsa/ohälsa är stort och brett med ett omfattande behov av forskning behövs en omfattande satsning med ett ansevärt resurstillskott. Sett utifrån behovet och att forskningsanslag kan komma att fördelas till forskargrupper och forskare verksamma inom ett flertal områden som medicin, humaniora och samhällsvetenskap, natur- teknik- och utbildningsvetenskap skulle en nivå om cirka 200 miljoner årligen inte vara orimligt. I uppdraget ingår även att utveckla forskningsinfrastrukturer anpassade till området. Med tanke på att området i nuläget sysselsätter en begränsad mängd aktiva forskare med vilja och kompetens att vara forskningsledare, har Nationell psykiatrisamordning stannat för en mer begränsad satsning i nuläget, och föreslår att 100 miljoner kronor avsätts årligen i sju år.

Eftersom det tar tid att utbilda kvalificerade handledare och forskningsledare är det kanske väl optimistiskt att tro att målet psykiatrisk forskning i världsklass är uppnått efter sju år. Vid uppföljning och utvärdering år 2015 ska det dock finnas tydlig dokumentation som visar att forskningen kring psykisk ohälsa har utvecklats mot detta mål. Vetenskapsrådet bör därför också få i uppgift att utforma mätbara mål och delmål för utvärderingen av forskningssatsningen.

## 11.9 En utvecklingsatsning inom området psykisk ohälsa

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att ansvara för att ett antal utvecklingsatsningar görs inom området psykisk ohälsa med särskild inriktning mot allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, och att det för detta ändamål avsätts 100 miljoner kronor årligen i sju år.

### Skäl för förslaget

Psykisk ohälsa är ett område med stora behov av metod- och verksamhetsutveckling. Från kommunerna påtalas ofta behovet av kompetensutveckling. Primärvården har stora behov av både resursförstärkning och kompetensutveckling och behöver liksom specialistpsykiatrin utveckla mer effektiva öppenvårdskoncept med insatser som kompletterar kommunens och övriga vårdgivares. Stora delar av ny kunskap inom såväl sociologi, pedagogik, psykologi och medicin är inte tillgänglig i form av insatser i vardagen för människor med psykiska funktionshinder. Det kommer att krävas extraordinära insatser om användandet av ny kunskap ska kunna komma i fatt och hålla jämna steg med kunskapsutvecklingen.

Området psykisk ohälsa har inte prioriterats i enlighet med behov och betydelse i samhället. Redan i slutrapporten av psykiatireformsuppföljning uppmärksammades den blygsamma andel av statligt finansierad forskning som går till forskning om samhällsbaserat arbete/situationen för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Anslagen från de dåvarande forskningsråden inom medicin och samhällsvetenskap granskades, och man kunde fastslå att ca en procent av medlen eller 3,8 miljoner kronor (åren 1994–1995) gick till det som Socialstyrelsen benämnde ”socialpsykiatrisk forskning”. Då inkluderades även epidemiologisk forskning inom området. Detta trots att ett nytt praktikfält med stora behov av ny kunskap höll på att formos. Vid tiden för reformens ikraftträdande fanns få etablerade FoU-miljöer inom kommunerna. Vid en kartläggning av Socialstyrelsen fann man FoU-aktiviteter framför allt inom landstingspsykiatrin. Man konstaterade att de till största delen handlade om kliniskspecifika frågor och inte om frågor med direkt koppling till reformgenom-

förändret (Socialstyrelsen, 1999). Andelen av den statligt finansierade forskningen på området har fortsatt att vara låg i förhållande till vad som är motiverat med tanke på samhällsförändringarna. Behoven av praktikrelevant kunskap har uppmärksamrats i flera centrala dokument (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005, Socialstyrelsen, 2004h).

FoU-aktiviteterna inom offentlig sektor har expanderat kraftigt de senaste decennierna i Sverige. Under andra hälften av 1990-talet drev Socialstyrelsen ett målinriktat arbete att stimulera tillkomsten av FoU-miljöer inom socialtjänsten genom att fördela etableringsstöd, stå för rådgivning och koordinera nätverk. I dag finns bland annat ett fyrtiotal FoU-miljöer i ett nationellt nätverk för enheter på välfärdsområdet. Femton enheter med inriktning mot socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO) utvärderades i början av 2000-talet. Resultaten bedömdes vara goda, men en starkare vetenskaplig förankring efterlystes. FoU-enheternas huvudsakliga arbetsfält handlade inte om handikappomsorg, utan rörde IFO-frågor. Under de senaste fem åren har Socialstyrelsen även på regeringens uppdrag fördelat stöd till FoU-enheter på äldreområdet. Över 60 miljoner kronor har delats ut och i dag finns ett tjugotal verksamheter med denna inriktning. Socialstyrelsen har i en utvärdering bedömt satsningen som lyckad. Man lyfter särskilt fram samarbetet mellan kommuner och landsting, som ofta har ett gemensamt ansvar för verksamheterna. Det finns några exempel på FoU-miljöer (bl.a. i Stockholm, Västra Götaland och Västerbotten) med inriktning på vård och stöd för personer med psykiskt funktionshinder, dessa utgör totalt sett en mycket liten andel av verksamheter för FoU i Sverige. I flera rapporter konstateras att det på både nationell och lokal nivå saknas strategier för att tillgodose fältets behov av utbildning, utvecklingsarbete och verksamhetsrelevant forskning (Socialstyrelsen, 2002c, Socialstyrelsen, 2004i).

Psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder påverkar ofta en persons hela livssituation och även närståendes liv påverkas ofta. Trots stor konsensus kring att det handlar om sammansatta problem med behov av integrerade lösningar, bedrivs forskningen och utvecklingsarbetet alltför ofta segmenterat i olika specialområden. Visst riktat forskningsstöd har delats ut de senaste åren med en tvärvetenskaplig ambition. Vårdalinstitutet har inrättat en forskningsplattform med inriktning mot personer med långvarig psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. Forskningsrådet

för arbetsliv och socialvetenskap, FAS, har delat ut ett flerårigt programstöd till en forskargrupp med inriktningen personer med psykiskt funktionshinder i samhället. Det finns alltså aktiviteter på området, men omfattningen är otillräcklig.

Bra metodik och kunnig personal är en förutsättning för att de resurser som satsas på området ska användas effektivt. Socialstyrelsen och länsstyrelserna beskriver i slutrapporten från sitt gemensamma tillsynsprojekt ett behov hos kommunerna av kunskapsstöd i arbetet med personer med psykiskt funktionshinder. Kommunernas möjligheter att leva upp till tillsynens krav varierar kraftigt över landet och på såväl lednings- som på verksamhetsnivå finns brister i kunskap och medvetenhet (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005). Inom landstingets verksamheter finns också stora variationer i vilka metoder som används och det finns kunskapsbrister inom såväl primärvård som specialistpsykiatri. Dagens kunskapsläge medger att andelen av åtgärdbara problem som ej ges adekvat hjälp skulle kunna minskas. SBU:s rapporter, andra kunskapsöversikter, riktlinjer och vårdprogram används inte i den utsträckning som är nödvändigt för att säkerställa att befolkningen får en god och säker vård på lika villkor. Det saknas ett samhället koncept för informationsspridning, metodstöd, sammanställning av ny kunskap, verksamhetsförankring och konkreta utbildningsinsatser till olika delar av verksamheten från ledningsnivå till baspersonal. För att tillgodose behovet av kunskapsutveckling för dem som arbetar närmast personer med psykiskt funktionshinder behövs en dubbelriktad informationsväg så att forskare och utvecklare får kunskap om vilka utvecklings- och utbildningsbehov som finns i den praktiska verksamheten. Det behövs strukturer för informationsflöde och interaktion mellan universitet, FoU-verksamheterna och praktiskt verksamma. Även mellan olika delar av universiteten och mellan verksamma forskare finns behov av fungerande relationer.

Psykiatrireformens mål att personer med psykiskt funktionshinder ska få möjlighet att leva i samhället på samma villkor som andra människor har ännu inte uppfyllts. Kunskapsnivån och tillgängliga metoder måste förbättras för att uppfylla intentionen att funktionshinder och konsekvenser av allvarlig psykisk sjukdom ska kompenseras med stödåtgärder från socialtjänsten och landstingets öppna psykiatriska vård. I takt med att allas levnadsförhållanden utvecklas har också kraven ökat på hur goda levnadsförhållandena för personer med psykiskt funktionshinder ska vara. I samhället

syns också en större efterfrågan på insatser för psykisk ohälsa. Detta sammantaget innebär att såväl kommun som landsting står inför en stor utmaning när det gäller att kunna tillgodose medborgarnas behov av vård och stöd. Det betyder att det behövs en maximalt effektiv användning av satsade resurser för att människor med psykiskt funktionshinder ska få det stöd de behöver för att kunna leva ett liv som andra med full delaktighet.

Nationell psykiatrisamordning har inom i stort sätt varje område som beskrivits i förgående kapitel identifierat brist på kunskap och behov av forsknings- och utvecklingsåtgärder. Som ett led i den kraftsamling och utvecklingsåtgärder som gjorts med utgångspunkt från Psykiatrisamordningens uppdrag har ett flertal riktade projekt initierats. En större åtgärdsplan på ett Nationellt kunskapscenter för kunskapsproduktion och kunskapsutbredning på området psykosociala insatser för personer med psykiskt funktionshinder har beslutats av regeringen under 2006. Denna åtgärdsplan motsvarar dock långtifrån hela behovet.

Nedan ges några exempel på områden där behov av utvecklingsarbete har identifierats och som bör omfattas av utvecklingsåtgärder inom området fram till 2015.

- Utveckling av strategier för att ta till vara brukarnas erfarenheter och utveckla verksamheten med hjälp av detta, metoder för brukarinflytande, självhjälpgrupper, brukarmedverkan i vården.
- Utveckling av innehållet i vård och stöd. Kunskapsöversikter, riktlinjer och implementeringsanalyser. Professionella nätverk kring vissa diagnoser och problemområden, t.ex. schizofreni, ADHD, psykiskt sjuka som också missbrukar m.m.
- Utveckling av stöd till närstående, vilket även inkluderar barn, anhörigutbildningar, barngrupper m.m.
- Utveckling av kunskapsbaserade metoder inom boendområdet.
- Utveckling av metoder för arbetsrehabilitering och sysselsättning med evidensbaserade metoder, liksom program för färdighetsträning.
- Utveckling av hjälpmedel för personer med kognitiva funktionshinder, metoder för anpassning av bostäder och arbetsplatser. Åtgärder för ökad tillgänglighet och anpassning för människor med kognitiva funktionshinder.

- Utveckling av åtgärder mot stigmatisering på individ-, lokal- och samhällsnivå. Metoder för empowerment.
- Utveckling av individuell planering och systematisk behovsbedömning.
- Fortbildning av yrkesgrupper som t.ex. boendestödjare och biståndsbedömare.
- Utveckling av styrning och planering av verksamheten. Ledarskap i verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder.
- Utveckling och utvärdering av metoder för att utnyttja ny teknik i stöd och behandling, som webbaserade program.

Vid sidan av metodstödet bör man avsätta betydande resurser för att möjliggöra uppföljningen av den särskilda satsningen i relation till de nationella målen. Mätningen av grad av måluppfyllelse för de nationella målen är främst en uppgift för Socialstyrelsen, som konkret handlar om att t.ex. skapa en enhetlig informationsstruktur, utarbeta enhetliga termer och begrepp, och ta fram kvalitetsindikatorer som kan användas för uppföljningen både av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till gruppen. Socialstyrelsen ansvarar också för statistikproduktionen inom området, både inom socialtjänstens och hälso- och sjukvården. Ovan framhölls att Socialstyrelsens roll på detta område behöver utvecklas och arbetet intensifieras, i synnerhet om delmålen ska vara uppfyllda senast 2009. På längre sikt tjänar arbetet till att möjliggöra öppna redovisningar av hur personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder påverkas av samhällets insatser. Denna typ av vårdregister och statistikfunktion är också en viktig del i en forskningsinfrastruktur.

Nationell psykiatrisamordning anser att 100 miljoner kronor per år behövs för nationella satsningar av det slag som exemplifieras i punkterna ovan, samt för uppbyggnaden av ett nationellt redovisningssystem. Socialstyrelsen kommer att ha ansvar för merparten av dessa åtgärder och bör därför få administrera cirka tre fjärdelar.

Det bör understrykas att inte hela summan ska stanna hos myndigheten utan att också kommuner, landsting och högskolor ska vara delaktiga i försök och utvecklingsinsatser som t.ex. handlar om implementering av kunskapsbaserade arbetssätt. Därutöver kommer viktiga insatser att behöva göras av andra myndigheter som t.ex. SBU, vars uppgift är att ta fram kunskapsöversikter om



behandling av olika sjukdomar. Regeringen behöver därför överväga om medlen till Socialstyrelsen under något eller några år ska minskas till förmån för en annan myndighet. Den särskilda funktionen på regeringskansliet bör spela en avgörande roll i den bedömningen.

Bland punkterna ovan finns emellertid utvecklingsområden där staten enligt Psykiatrisamordningen inte bör ha någon ledande roll. Det handlar om samverkan, styrning, planering, kvalitetsutveckling, kompetensutveckling och ledarskap som främst är frågor för huvudmännen själva. Samtidigt är detta områden där kommuner och landsting i dialogen med Nationell psykiatrisamordning efterlyst stöd. Staten bör därför komma överens med Sveriges Kommuner och Landsting om att organisationen ska ge sina medlemmar stöd med en sådan inriktning. Det kan konstateras att detta redan sker i stor utsträckning men att en mera intensifierad utveckling av insatserna på psykiatrins område kan kräva ytterligare åtgärder. Staten bör i överenskommelsen åta sig att stå för den merkostnad detta kan innebära för Sveriges Kommuner och Landsting. Psykiatrisamordningen bedömer att cirka en fjärdedel av medlen kan behövas till utvecklingsprojekt som administreras av SKL.

Sammanfattningsvis anser Nationell psykiatrisamordning att en parallell satsning ska göras på strategisk grundforskning om 100 miljoner kronor per år i sju år via Vetenskapsrådet, och en utvecklingssatsning om 100 miljoner kronor i sju år, vilken administreras av Socialstyrelsen.

## 12 Statlig styrning

### 12.1 Övergripande slutsatser

**Bedömning:** Psykiatrisamordningen anser att innehållet och kvaliteten i insatserna generellt är för låg och att det finns stora skillnader över landet. Detta aktualiserar frågan om hur förhållandet mellan staten och kommuner och landsting ska utformas. Det finns enligt Psykiatrisamordningens uppfattning behov av en nationell styrstrategi för det psykiatriska området.

#### Skäl för bedömningen

I Nationell psykiatrisamordnings särskilda rapport om statlig styrning (rapport 2006:3) listas åtta principiella ställningstaganden, som bör vara utgångspunkt för en styrstrategi på psykiatrins område. Dessa är:

#### 1. Styrningen ska uttrycka engagemang och politisk vilja

Nationell psykiatrisamordning har i kontakter med aktörer på psykiatriområdet mött en uppgivenhet och brist på framtidstro som ger anledning till oro. Det gäller dem som arbetar inom verksamheterna, men också människor med egen erfarenhet av psykiskt funktionshinder och deras närstående, som upplever att frågor som rör deras hälsa och livssituation ständigt är nedprioriterade i jämförelse med andra samhällssektorer. Genom en starkt negativ mediasrapportering har även personer utan större kunskaper om och erfarenheter av psykiatriområdet fått uppfattningen att samhället efter psykiatrireformen helt har misslyckats att utforma fungerande stöd och service till människor med psykiskt funktionshinder.

Det behöver därför markeras på nationell nivå att insatser till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder är ett prioriterat område. Fokus på psykiatrirfrågor behöver upprätthållas genom att staten visar att både den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamheter till personer med psykiskt funktionshinder är nödvändiga och prioriterade välfärdsinsatser. I den uppgiften ingår såväl att kritisera brister som att påtala framgångar och positiva utvecklingstrender. Det är också statens ansvar att understryka att människor med psykiskt funktionshinder ska ha rätt att leva i samhället på samma villkor som övriga medborgare, något som fortfarande med jämna mellanrum ifrågasätts. Nationell psykiatrisamordning anser, sammanfattningsvis, att staten genom sin styrning inte bara ska fördela resurser och ansvar, utan också uttrycka vilka grundläggande värderingar som ska gälla inom en viss samhällssektor.

## **2. Styrningen ska ha ett medborgarperspektiv**

Statlig styrning på psykiatris område ska utgå från ett medborgarperspektiv. Med det menas att den ska bidra till att det är den enskildes behov och den befintliga kunskapen om verksamma metoder, som styr vilka insatser som erbjuds. Detta kan ställas emot en situation när samhällets sätt att organisera sig, kortsiktiga ekonomiska avvägningar och professionella särintressen är styrande. Styrningen måste därför innehålla incitament för landsting, kommuner och andra berörda aktörer att samordna sina insatser och ta ett gemensamt ansvar för människor som samtidigt har behov av insatser på flera livsområden. Medborgarperspektivet innebär också att styrningen utgår från ett helhetsperspektiv på psykisk hälsa i samhället. De behov som finns nu och i framtiden, hos individer och i vissa befolkningsgrupper, ska vara utgångspunkt för planering och resursfördelning inom området. Detta förutsätter att brukare och närstående men också andra människor i samhället engageras i en dialog om utvecklingen av hela samhällets insatser för ökad psykisk hälsa.

## **3. Styrningen ska vara flexibel och resultatriktad**

Nationell psykiatrisamordning menar att den statliga styrningen på psykiatris område ska vara flexibel och resultatriktad. Det innebär att på längre sikt är styrningsmetoder som ekonomiskt stöd

kopplat till vad insatserna åstadkommer för medborgarna, öppna och jämförbara redovisningar av insatsernas resultat på olika platser i landet, metodstöd och en aktiv tillsyn, att föredra framför detaljreglering i lagstiftningen. Dessa styrningsmetoder skulle innebära en kombination av kunskapsstyrning och resultatstyrning, och hindrar inte att tydliga mål och en klar ansvarsfördelning anges i lagstiftningen.

#### **4. Styrningen ska tydliggöra berörda huvudmäns gemensamma ansvar**

Ett stort handlingsutrymme för kommuner och landsting kan i hög grad motiveras ur ett brukarperspektiv. Ska insatserna utgå från människors faktiska livssituation måste insatserna beslutas om och utformas i lokalsamhället. Om staten från början på detaljnivå har fastställt innehåll och utformning i insatser till människor med psykiska funktionshinder, kommer aldrig de själva eller deras närstående kunna påverka verksamheternas utveckling, annat än i begränsad omfattning på nationell nivå. Styrningen ska därför utformas så att handlingsutrymmet för kommuner och landsting inte begränsas mer än nödvändigt. I dag verkar det emellertid som om att möjligheten att göra saker olika, ibland används för att inte göra något alls. Detta är allvarligt, inte bara därför att människor riskerar att inte få sina behov tillgodosedda, utan också för att det blir ett uttryck för hur samhället värderar insatser till personer med psykiskt funktionshinder. De får signalen att de inte har några specifika rättigheter, utan att ”det beror på”. Deras livskvalitet och möjlighet till kontroll över den egna livssituationen avgörs av de ekonomiska förutsättningarna, kunskapen och engagemanget i en specifik kommun. Ytterst kan detta bidra till att förstärka stigmatiseringen och utanförskapet hos de människor det handlar om.

Samtidigt med argumenten för ett decentraliserat beslutsfattande finns det därför skäl att förbättra och utveckla den statliga styrningen av samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Detta efterfrågas också av brukarorganisationerna och av professionella i kommunerna, t.ex. i slutrapporten från Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn (2005). Psykiatrisamordningen har haft diskussioner med det Brukar- och anhörignätverk som arbetat parallellt med Psykiatrisamordningen. Brukar- och anhörignätverket anser att människor som lider av psykisk ohälsa drabbas hårt av att kommuner och landsting i hög grad själva väljer utsträck-

ningen av sitt uppdrag, och att skillnaderna är stora över landet. I det dokument som nätverket tagit fram för att utveckla sin vision på psykiatriområdet framhålls att ”staten lagstiftningsvägen ska sätta press på kommuner och landsting att bättre leva upp till sitt delade huvudmannaskap” (Psykiatrisamordningen 2006:6).

Nationell psykiatrisamordning har uppfattningen att behovet av lokalt handlingsutrymme måste balanseras med *skyldigheter för kommuner och landsting att använda detta handlingsutrymme*. Nationell psykiatrisamordning anser också att det behövs starkare lagstiftning främst för att tydliggöra huvudmännens skyldighet att ta ett gemensamt ansvar för de människor som ofta hamnar i gråzonerna mellan huvudmännens områden.

### **5. Styrningen ska bidra till en tydlig rollfördelning**

Statskontoret har i sina analyser av den statliga styrningen understrukit vikten av en tydlig och konsekvent rollfördelning mellan staten å ena sidan, och kommunerna och landstingen å den andra. Detta kan t.ex. komma till uttryck genom finansieringsprincipen som innebär att den som finansierar en insats också har den huvudsakliga beslutanderätten över hur den genomförs. Nationell psykiatrisamordnings förslag om statlig styrning utgår från den principen. Det innebär att om staten förstärker kommunernas och landstingens skyldigheter bör man också vara beredd att tillföra mer resurser.

### **6. Styrningen ska ske gemensamt – över sektorsgränserna**

Ett av dagens problem är att statens styrning av samhällets insatser till människor med psykiskt funktionshinder är sektoriserad och indelad i avgränsade politikområden. Detta får konsekvensen att styrningen har olika innehåll och sker med olika metoder, t.ex. på socialtjänstområdet, rehabiliteringsområdet och inom hälso- och sjukvården. Detta är naturligtvis i viss mån oundvikligt eftersom lagstiftning och nationella mål är utformade på skilda sätt inom olika verksamhetsområden. Samtidigt innebär det att staten genom sin styrning lägger grunden för den splittring och det stuprörstänkande som ofta präglar de verksamheter som möter människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Därför måste den statliga styrningen av samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder samordnas på ett bättre sätt.

## 7. Styrningen ska vara långsiktig

Den ekonomiska satsning som gjorts under åren 2005–2006 och som administrerats av Socialstyrelsen och Nationell psykiatrisamordning har varit betydelsefull för att markera områdets vikt och bidra till engagemang och utveckling. Däremot kan man, utifrån erfarenheter från tidigare kortsiktiga projektsatsningar, befara att deras betydelse på längre sikt blir mindre. Därför bör den fortsatta styrningen på psykiatris område ha ett längre perspektiv när det gäller ekonomiska satsningar, nationella mål, uppföljning och utvärdering.

## 8. Styrningen ska stärka den enskildes ställning

Den enskildes faktiska rättigheter motsvarar inte psykiatrisreformens målsättningar om delaktighet, inflytande och självbestämmande. Staten måste markera hur man ser på människor med psykiskt funktionshinder och deras rättigheter i samhället. Bristerna när det t.ex. gäller sysselsättning för personer med psykiskt funktionshinder är så allvarliga och överhängande, att en styrningsstrategi som främst inriktas mot strukturskapande lagstiftning samt kunskaps- och resultatstyrning inte är tillräcklig för att åstadkomma en förändring inom överskådlig tid. Tydligare lagliga rättigheter för den enskilde verkar därför vara nödvändiga i en styrstrategi på psykiatris område.

### 12.2 En fast struktur för uppföljning av nationella mål

I linje med en engagerad, långsiktig och samordnad styrning ligger att Riksdagen uttalar vilka mål och vilken inriktning som ska gälla för samhällets insatser till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. I kapitel 3 föreslår Nationell psykiatrisamordning ett antal sådana mål. Det finns emellertid en risk för att sådana mål inte får någon reell betydelse för de människor vars livssituation de ska förbättra. Därför anger Nationell psykiatrisamordning också ett antal delmål som i hög grad fokuserar på att göra målen mätbara. Detta innebär också att det måste skapas en organisation som löpande följer målens uppfyllande och kan vidta åtgärder, och t.ex. besluta om resursförstärkningar, om utvecklingen inte går i önskad riktning. Nedan föreslår Psykiatrisamordningen ett antal åtgärder för att skapa en sådan struktur.

### 12.2.1 Insatser till människor med psykiskt funktionshinder ska vara ett politikområde

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att åtgärder för ökad psykisk hälsa ska samlas under ett politikområde.

#### Skäl för förslaget

Regeringen delar in sin styrning i politikområden. Insatser som ges till människor med psykiskt funktionshinder kan finnas inom området arbetsmarknadspolitik, handikappolitik, socialtjänstpolitik och hälso- och sjukvårdspolitik. Splittringen gör att psykiskt funktionshindrades behov visserligen ska beaktas inom ett flertal politikområden, men det får i praktiken konsekvensen att gruppen ofta osynliggörs. Nationell psykiatrisamordning är därför av uppfattningen att insatser för personer med psykiskt funktionshinder ska samlas under ett eget politikområde.

Mot detta kan invändas att det naturligtvis gäller alla individer och grupper, att frågor som berör olika delar av deras livssituation regleras inom ramen för olika politikområden. Skillnaden är att människor med psykiskt funktionshinder tenderar att prioriteras bort eller anses som någon annans ansvar.

Exempel på det kan tas från rehabiliteringsområdet där en rapport från Riksrevisionen visar att systemet ger utrymme för att prioritera ned insatser till människor med psykiskt funktionshinder (Riksrevisionen, 2004). Detta bekräftas också av Psykiatrisamordningens särskilda rapport om rehabiliteringsområdet (se kap. 6). Även inom handikappolitiken är de generella åtgärderna ofta utformade på ett sätt så att människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder inte känner igen sig och sina behov. Exempelvis har tillgänglighetsarbetet endast i mindre grad berört kognitiva funktionsnedsättningar, även om det finns exempel på motsatsen. Gruppen får även bara begränsad tillgång till generella handikappförmåner och särskilda rättigheter som handikappersättning, bilstöd, hjälpmedel och LSS-insatser.

Det är nödvändigt att fokusera särskilt på behoven hos personer med psykiskt funktionshinder, för att undvika att de prioriteras bort eller att insatserna splittras och brister i fokusering. Detta bör ske genom att staten styr insatserna på området inom ramen för ett eget politikområde. Om riksdagen antar mål och inriktning för

samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder blir behovet av en sådan förändring särskilt stort. Åtgärderna för att uppfylla målen kan då samlas inom ett politikområde, vilket också underlättar uppföljningar och utvärderingar.

Frågan är hur ett sådant politikområde ska benämnas och avgränsas. En möjlig väg är att politikområdet ska omfatta insatser för människor med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder. Ett skäl för detta är att det är inom det området som behovet av samordning mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och övriga berörda aktörer är som störst. Med en sådan avgränsning skulle politikområdet inte omfatta hälso- och sjukvårdsinsatser till människor med lättare psykisk ohälsa, generella folkhälso-befrämjande insatser, eller allmänt inriktade socialtjänstinsatser som kan anses befrämja psykisk hälsa. Fokus skulle i stället ligga på grupper med behov av omfattande och specialiserade insatser från olika samhällsaktörer.

Det finns dock ett samband mellan hela samhällets arbete för en bättre psykisk hälsa och insatserna till dem med de allvarligaste svårigheterna. Om inte hela samhället kan hantera den vardagsrelaterade oro och ångest som förefaller öka i hela befolkningen, riskerar specialistpsykiatrins åtagande att öka. Detta kan innebära att de svårast sjuka inte längre kan prioriteras. Det måste också anses som ett allvarligt samhällsproblem att allt fler, främst yngre personer och särskilt kvinnor, upplever psykisk ohälsa. Nationell psykiatrisamordning anser därför att det samlade politikområdet bör benämnas *insatser för psykisk hälsa*. Detta ligger i linje med förslaget i kapitel 3 att det ska utarbetas en särskild nationell plan för psykisk hälsa. De mål som vi har föreslagit ska ses som en möjlig del av en sådan plan, men omfattar bara insatser till människor med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder.

### 12.2.2 En särskild funktion ska stödja målens uppfyllelse

<p><b>Bedömning:</b> Nationell psykiatrisamordning anser att en särskild funktion inom Regeringskansliet ska få i uppdrag att driva på och samordna samhällets insatser för att uppnå målen.</p>
--



## Skäl för bedömningen

Som en del i en struktur för genomförande och uppföljning av de nationella målen anser Nationell psykiatrisamordning att det måste finnas en särskild funktion som, åtminstone inledningsvis, leder arbetet med att förverkliga målen. Funktionen ska inte i första hand bedriva ett eget utvecklingsarbete eftersom det lämpligast görs av respektive sektorsmyndighet, t.ex. Socialstyrelsen på hälso- och sjukvårdens område och Försäkringskassan på socialförsäkringsområdet. I stället ska funktionen följa upp hur målen uppfylls, rapportera utvecklingen till riksdagen och utarbeta tilläggsuppdrag till de berörda myndigheterna, verka för bättre samordning av statens styrning inom området samt hålla fokus på hela området över sektorsgränserna. Målen ska följas upp på övergripande nivå och en viktig uppgift blir att analysera situationen som underlag för beslut om nya åtgärder. Registerverksamheten och utvecklingen av nationella redovisningar av insatser och resultat i hälso- och sjukvård och socialtjänst kommer även fortsättningsvis vara en fråga för Socialstyrelsen eller, när det gäller omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare, den av Psykiatrisamordningen i delbetänkandet (SOU 2006:91) förordade samordningsmyndigheten.

Det finns flera möjliga alternativa lösningar för att organisera en sådan funktion. Här diskuteras främst en särskild stabsmyndighet eller en särskild funktion inom Regeringskansliet.

Myndighetsmodellen har fördelen att resurserna koncentreras till en enhet. Förutsättningarna för att arbeta långsiktigt och fokusera på en fråga är också större i en myndighet än inom Regeringskansliet, där insatser på alla politikområden ständigt konkurrerar om uppmärksamheten.

Men det finns också starka skäl mot en myndighetsmodell och för en funktion inom Regeringskansliet. Ett av de främsta argumenten mot en ny myndighet är att syftet med funktionen skulle vara att åstadkomma bättre samordning i statens styrning. Att dela upp ansvaret på ännu fler aktörer riskerar att få motsatt effekt. Socialstyrelsen, den nya myndigheten Handisam och den psykiatrimyndighet som här diskuteras, skulle alla ha centrala uppdrag på psykiatris område. Därtill kommer andra myndigheter som berörs av området, t.ex. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse. Risken för oklarheter, dubbelarbete och att det uppstår konkurrenssituationer är betydande med en övergripande myndighet på psykiatris område.

Ett annat viktigt argument för att i stället knyta funktionen till Regeringskansliet är att psykiatrirådgivarna ska ha stark politisk legitimitet och inte bara ses som en angelägenhet för berörda myndigheter. Det är då naturligt att regeringen utvecklar sin organisation för att kunna ta det operativa ansvaret för att genomföra de mål som Nationell psykiatrisamordning föreslår att riksdagen beslutar om på psykiatris område.

Sammantaget anser Psykiatrisamordningen att funktionen bör organiseras inom Regeringskansliet. Eftersom huvuduppgiften blir att verka för målens genomförande till år 2015 kommer den att vara tillfällig, vilket också talar emot myndighetsmodellen.

### 12.2.3 Staten ska bli aktivare när det gäller metodstöd, kunskapsproduktion och resultatredovisning

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att statens styrning inom välfärdssektorn ska inriktas mot kunskapsstyrning, och att Socialstyrelsen har ett ansvar för att stödja utvecklingen i hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

#### Skäl för bedömningen

I framtiden bör statens styrning inom välfärdssektorn inriktas mot kunskapsstyrning, vilket är ett samlingsbegrepp för styrmedel som ska stödja utvecklingen mot en verksamhet med stark evidens- och kunskapsbas, samt aktiva och informerade medborgare. Kunskapsstyrning utvecklades som begrepp inom hälso- och sjukvårdens område, men principerna är enligt vår uppfattning lika tillämpliga på andra områden som är relevanta för människor med psykiskt funktionshinder, t.ex. socialtjänsten.

Inriktningen mot kunskapsstyrning förutsätter att staten tar ett tydligare ansvar för att sprida kunskap om olika behandlingsmetoder och dess effekter, samt ger huvudmännen stöd i arbetet med att använda den befintliga kunskapen. Dessutom krävs satsningar på kvalitetsregister, verksamhetsuppföljning på lokal, regional och nationell nivå, utveckling av nyckeltal, kvalitetsindikatorer och system för öppna redovisningar.

På psykiatrins och socialtjänstens område finns i dag ett stort behov av ett operativt och praktiskt stöd till utvecklingen, t.ex. utarbetande av metod- och beslutsstöd i olika former, kunskapsförmedling på ett samordnat och lättillgängligt sätt, och stöd till utvärderingar och uppföljningar över huvudmannagränserna.

Nationell psykiatrisamordning har i en skrivelse (Nationell psykiatrisamordning, Dnr 43/06) till regeringen föreslagit att Socialstyrelsen ska få ett förtydligt ansvar för att ge ett sådant stöd till utvecklingen. Regeringen gav i augusti 2006 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur myndigheten bl.a. ska organisera sitt stöd till utvecklingen inom den psykiatriska hälso- och sjukvården och till kommunernas verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder. Socialstyrelsen ska redogöra för de aktiviteter som myndigheten tänker genomföra inom området under åren 2007–2009.

Enligt Psykiatrisamordningen är det viktigt att Socialstyrelsen i sin aktivitetsplan integrerar stödet till hälso- och sjukvård och socialtjänsten på ett sätt som underlättar samverkan och ett gemensamt ansvarstagande för huvudmännen. Som framgick tidigare kan detta underlättas om insatserna på området samlas inom ett politikområde.

Socialstyrelsens arbete bör utformas utifrån ett användarperspektiv. Med det menas att det nationella stödet ska vara lättillgängligt och syfta till att tillhandahålla kunskap både om *vad* landsting och kommuner ska göra på psykiatrins område, och om *hur* det kan göras. När det gäller metodstöd, särskilt till kommunerna, är behoven i dagsläget så stora att varken de eller medborgarna gynnas av att staten förhåller sig passiv. Snarare har staten ett ansvar gentemot huvudmännen att inte bara peka ut vilka uppgifter de ska utföra, utan också ge praktiskt stöd för hur det kan ske. Därför finns det en stor skillnad mellan att staten i detalj ålägger huvudmännen att utföra vissa saker, och att den avsätter resurser för att kunna stödja kommunernas och landstingens verksamheter på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

Användarperspektivet innebär också att kunskapsstöd ska kunna ges på olika nivåer. Även när evidensen är svag kan det finnas skäl att redovisa den kunskap som finns och hur den kan tolkas. Detta innebär emellertid inte att stöd till utvecklingen enbart kan vara att förmedla ”goda exempel”. Utgångspunkten är självklart att psykiatrisk vård och socialtjänstens insatser till personer med psykiskt funktionshinder ska vara evidensbaserade med samma krav som

inom kroppslig hälso- och sjukvård. I dag finns dock ibland ett glapp mellan en total okunskap om möjliga arbetssätt och metoder, och de höga evidenskrav som gäller för nationella riktlinjer eller systematiska kunskapsöversikter. I dessa frågor måste Socialstyrelsen ha ett nära samarbete med SBU och även internt engagera IMS i arbetet<sup>1</sup>.

#### 12.2.4 Uppföljningar och öppna jämförelser

Vid sidan av det praktiska metodstödet måste staten också underlätta lokala och regionala verksamhetsuppföljningar samt skapa förutsättningar för uppföljningar, statistik och öppna jämförelser på nationell nivå. Under åren 2001 till 2004 genomförde Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting ett regeringsuppdrag, med syftet att förbättra informationsförsörjningen och verksamhetsuppföljningen i hälso- och sjukvården (Info-VU). Inom ramen för projektet utvecklades en modell för verksamhetsuppföljning, tillsammans med kvalitetsindikatorer och enhetliga begrepp och termer.

Socialstyrelsen bedriver ett fortsatt utvecklingsarbete för att möjliggöra öppna redovisningar av vilka insatser och behandlingar som ges i hälso- och sjukvården, vilka resultat de ger, vilken kvalitet de har och vad de kostar. Myndigheten har också tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting åtagit sig att genomföra och publicera lättillgängliga jämförelser av hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens effektivitet och kvalitet. Enligt samordningens uppfattning måste en viktig del av Socialstyrelsens arbete därför bli att säkra att dessa system även fortsättningsvis prövas och slutligen implementeras också i psykiatrisk hälso- och sjukvård och i socialtjänstens insatser till målgruppen. Detta är väsentligt för medborgarna, men också för att åstadkomma ökad långsiktighet och konsekvens i statens styrning. Kunskap om vad som faktiskt produceras inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är ett nödvändigt underlag för statens val av styrmedel och hur de kombineras.

Socialstyrelsens roll på detta område blir särskilt viktig i det förslag om mål för samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder som utvecklas i kapitel 3. Där anges som delmål

---

<sup>1</sup> SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Ims, Institutet för metodutveckling i socialt arbete.

att man senast 2009, på nationell nivå, ska kunna redovisa vilka resultat arbetet för målens uppfyllande fått på individnivå. Detta förutsätter att Socialstyrelsen avsätter betydande resurser för att möjliggöra ett sådant arbete. Sannolikt behöver också vissa författningsändringar göras i de bestämmelser som reglerar huvudmännens skyldigheter att rapportera in uppgifter. Hur statistiken och verksamhetsuppföljningen kan behöva utvecklas berörs närmare i kapitel 16.

### **12.2.5 Målet för arbete och sysselsättning**

I kapitel 6 föreslår Nationell psykiatrisamordning att Försäkringskassan, Arbetsmarknadsstyrelsen, Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting ska bilda en särskild styrgrupp som får i uppdrag utveckla och stödja det nationella arbetet med att förbättra tillgången till en effektiv rehabilitering för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. På arbetslivsområdet bör styrgruppen ha en liknande funktion för genomförandet av de nationella målen, som Socialstyrelsen har för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Detta innebär också att Försäkringskassan ska samordna arbetet för sysselsättnings- och arbetslivsmålet genom att vara sammankallande i den särskilda styrgruppen. Särskilt viktigt är det att myndigheten utvecklar och löpande presenterar och analyserar, statistik om arbets- och sysselsättningssituationen för personer med psykiskt funktionshinder. För att uppnå delmålet om redovisning av situationen på individnivå måste dessa uppgifter samordnas med uppgifter om socialtjänstens insatser, som Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla. En sådan samordning förutsätter författningsändringar, som behöver utredas i särskild ordning.

### 12.3 Tillsynen ska vara aktiv, stödjande och samordnad

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att tillsynen ska vara stödjande, aktiv och ske i samverkan mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Utarbetande av gemensamma bedömningskriterier och tillsyn av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens samverkan, är områden som Nationell psykiatrisamordning bedömer som särskilt viktiga att prioritera.

#### Skäl för bedömningen

Tillsyn är ett på flera sätt väsentligt styrmedel för staten. Den ger medborgarna möjlighet att få prövat om de insatser man har fått följer den gällande lagstiftningen, men kanske framförallt kan den användas som ett verktyg för att långsiktigt förbättra patientsäkerheten, rättssäkerheten och kvaliteten i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Tillsynens roll och uppgift kan dock ses på flera sätt. I den statliga tillsynsutredningens slutbetänkande som lämnades 2004 (SOU 2004:100) definieras tillsyn som

en oberoende och självständig granskning av ett tillsynsobjekt som syftar till att kontrollera om tillsynsobjektet uppfyller de krav och villkor som följer av lag, EG-förordning eller annan föreskrift och av särskilda villkor som har meddelats i anslutning till sådana föreskrifter samt beslut om åtgärder som syftar till att vid behov åstadkomma rättelse av den objektsansvarige.

Nationell psykiatrisamordning anser att den syn på tillsyn som utredningen ger uttryck för står i motsatsställning till en utveckling mot en mera kunskaps- och resultatnriktad statlig styrning av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Med en sådan inriktning på den statliga styrningen som Psykiatrisamordningen förordar, är det en viktig uppgift för tillsynsmyndigheterna att stödja den som ansvarar för verksamheten att bedriva ett preventivt arbete för ökad patientsäkerhet, rättsäkerhet och kvalitet,<sup>2</sup> något som förutsätter att tillsynsorganen på samma gång kan vara stödjande och granskande.

---

<sup>2</sup> Vikten av ett sådant synsätt på tillsynen undersöks också i Socialstyrelsens remissvar på utredningens förslag, Dnr: SoS 30.10152/2004.

Psykiatrins område regleras i hög grad genom ramlagstiftningar och allmänt hållna målformuleringar. Enligt vår uppfattning är det knappast möjligt att, i en sådan situation, bedriva tillsyn om det inte finns utrymme för tillsynsmyndigheterna att utforma krav på andra grunder än föreskrifter.

Länsstyrelserna och Socialstyrelsen har tagit fram ett antal bedömningskriterier för den nationella tillsynen av kommunernas verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder. Kriterierna har formen av krav som enligt tillsynsmyndigheterna ska vara rimliga att ställa på kommunernas verksamhet. Kraven har sin utgångspunkt i psykiatireformens intentioner och aktuell lagstiftning. I slutrapporten från tillsynen uttrycks att eftersom lagstiftningen har en målinriktad utformning måste myndigheterna översätta politikernas intentioner om man ska kunna ställa mer specifika krav.

Nationell psykiatrisamordning anser att bedömningskriterier ökar befolkningens möjlighet att granska innehållet i de verksamheter som bedrivs på psykiatrins område, och att ställa krav och utkräva ansvar av politiker och tjänstemän. Det är också viktigt att kriterierna kan användas som kvalitetssäkrande verktyg för den som bedriver verksamhet på psykiatrins område.

Arbetet med bedömningskriterierna bör därför fortsätta och prioriteras högt inom Socialstyrelsens och länsstyrelsernas verksamheter. Kriterierna måste valideras, dels genom rättsliga analyser av deras stöd i lagstiftningen, dels genom att deras stöd i kunskap och beprövad erfarenhet säkras genom ett nära samarbete med forskningen. Det är också viktigt att så långt som möjligt försöka åstadkomma en samsyn om kriterierna med t.ex. företrädare för kommuner, landsting och brukarorganisationer.

Bedömningskriterier av den karaktär som beskrivs här har främst prövats i tillsynen av kommunernas verksamheter. Det innebär också att det i hög grad har varit socialtjänsten som blivit föremål för tillsyn utifrån kriterierna, även om en del utvalda kommuners hälso- och sjukvård också ingått som en mindre del.

Den medicinska tillsynen är delvis av annan karaktär än den sociala, bl.a. därför att hälso- och sjukvården styrs genom lagstiftning som mera detaljerat anger t.ex. den legitimerade personalens skyldigheter, delegering av beslut, läkemedelshantering, journalföring etc. De båda tillsynsområdena skiljer sig också åt genom att hälso- och sjukvårdens verksamhet i stort saknar rättighetsinslag, vilket innebär att rättsäkerhetsaspekter kopplade till myndighets-

utövning får mindre betydelse. Resonemanget gäller naturligtvis inte tillsynen av den psykiatriska tvångsvården där rättsäkerhet är av stor betydelse.

Den medicinska och sociala tillsynens olika förutsättningar och reglering innebär sannolikt att bedömningskriterierna inte kan utvecklas och tillämpas på riktigt samma sätt inom de båda områdena.

Nationell psykiatrisamordning anser dock att det är viktigt med samarbete mellan de myndigheter som har ett tillsynsansvar av de båda verksamhetsområdena. Dels för att en samsyn mellan myndigheterna underlättar för kommuner och landsting att bedriva och utveckla sina verksamheter, och dels därför att en samordnad tillsyn ger tillsynsmyndigheterna bättre möjligheter att kontrollera att insatserna till den enskilde personen samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Det goda samarbete som redan finns mellan länsstyrelserna och Socialstyrelsen på många håll i landet måste därför utvecklas och förstärkas. Att dagens regelsystem inte fullt ut möjliggör en samordnad tillsyn får inte innebära att myndigheterna avstår från att utnyttja de möjligheter till samarbete som finns. Exempelvis anser vi att gemensamma bedömningskriterier bör utvecklas inom flera granskningsområden. Särskilt fokus bör läggas på socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förmåga att skapa helhetslösningar kring brukarna. Dessutom måste man fokusera på t.ex. förekomsten av och innehållet i individuella planeringar som görs gemensamt av kommunen och landstinget kring den enskilde. De förslag om förstärkt lagstiftning när det gäller individuell planering och skyldighet för landsting och kommuner att ingå överenskommelser, som Nationell psykiatrisamordning presenterar i kapitel 14, aktualiserar ytterligare behovet av en tillsyn som inriktas på huvudmännens gemensamma ansvarstagande för gruppen.

Ett naturligt nästa steg vore, enligt vår uppfattning, en organisatorisk sammanslagning av tillsynen över hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Den frågan är under utredning och förslag ska lämnas senast den 1 juli 2007 (S 2004:12, dir. 2004:178).



## 12.4 Ett riktat statsbidrag för ökad kunskap och kvalitetshöjning

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till människor med psykiskt funktionshinder förstärks genom ett särskilt riktat statligt bidrag med 800 miljoner per år under åren 2009–2015. Därutöver ska satsningen omfatta 100 miljoner för utvecklingsarbete på nationell nivå och 100 miljoner för forskning. Sammanlagt omfattar satsningen en miljard kronor per år.

### Skäl för förslaget

#### 12.4.1 Det behövs resursförstärkningar

Det är inte möjligt att exakt ange resursbehovet på psykiatris område. Det finns stora brister i insatsernas utbud och kvalitet, samtidigt som skillnaderna i landet är stora mellan olika kommuner och olika landsting. Både vård- och omsorgspersonal, brukarorganisationer och förtroendevalda i kommuner och landsting som Nationell psykiatrisamordning haft kontakt med, tycks vara överens om att det finns ett stort antal personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder som inte får tillräckligt behovsanpassade insatser på ett lättillgängligt och ändamålsenligt sätt. På vissa verksamhetsområden kan konstateras att utbudet, generellt sett över hela landet, inte alls motsvarar behoven. Det gäller t.ex. tillgången till rehabiliterande insatser, insatser till personer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar, samt på flera håll också utbudet av boende- och sysselsättningsinsatser. Detta stämmer överens med den bedömning som Socialstyrelsen gjorde i den särskilda utredningen om händelserna i Åkeshov och Gamla stan (Socialstyrelsen 2003 b) och tillsammans med länsstyrelserna i den nationella tillsynen av kommunernas verksamheter (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005).

Förstärkningar behövs därför bl.a. för att förbättra flexibiliteten i insatserna, t.ex. när det gäller tillgång till boendestöd på kvällar och helger. Handläggarna i kommunen måste utveckla sin kompetens och sina metoder för att i högre grad kunna bedöma behov ur ett helhetsperspektiv, motivera den enskilde och planera insatser. Även utbudet av sysselsättning måste bli mer varierat och behovs-

anpassat. Kommunernas kostnader för gruppen tycks ha ökat under 2000-talet, men särskilt vissa mindre kommuner kan med hänsyn till vikande befolkningsunderlag ha svårt att fullgöra sina åtaganden. Även detta är argument för att resursförstärkningar behövs. Inom landstingets specialistpsykiatri behöver strukturer byggas upp som gör det möjligt att implementera befintlig kunskap om nya arbetssätt och behandlingsmetoder.

Nationell psykiatrisamordning anser också att slutenvården behöver förstärkas. Antalet platser för psykiatrisk heldygnsvård på en sjukvårdsinrättning har stadigt minskats under den senaste tioårsperioden. Vilka konsekvenser den utvecklingen får beror i hög grad på om platsminskningen kompenseras med insatser i psykiatrisk öppenvård och kommunal socialtjänst. Eftersom det finns få individbaserade uppgifter om insatserna inom dessa verksamheter, kan man inte med siffror redovisa om en sådan förstärkning har skett eller inte. Det finns heller inte någon klar bild av behoven.

Såväl från professionella som patienter och anhöriga har påtalats att människor som har behov av inläggning skickas hem. Slutenvårdsstatistiken visar också tydligt att andelen frivilligt inlagda minskar i relation till dem som tvångsvårdas (se kapitel 2). Antalet platser i slutenvården, sett över hela landet, underskrider sannolikt behoven. Däremot är det inte möjligt att exakt ange hur många platser som behövs, eftersom behovet av platser beror på vilka insatser som i övrigt kan erbjudas av kommunerna och landstingen, och detta skiljer sig starkt åt mellan olika delar av landet. Det måste därför bli upp till varje landsting att bedöma vilka behov av förstärkningar som finns lokalt, även om Psykiatrisamordningen kan konstatera att slutenvårdsplatsernas nuvarande omfattning för frivillig psykiatrisk vård, över hela landet, inte är tillräcklig.

Att utbudet och kvaliteten i både landstingens och socialtjänstens verksamheter behöver förbättras innebär emellertid inte självklart att ytterligare pengar måste tillföras. En naturlig fråga att ställa sig är i stället om pengarna som finns i psykiatrisk vård och i socialtjänstens verksamheter för gruppen kan användas mera effektivt? Det är dock svårt att svara på utifrån de uppgifter som finns tillgängliga, eftersom statistik och verksamhetsuppföljning inom området är behäftade med stora brister när det gäller kostnader, insatser och resultat. Vårt intryck är emellertid att stora vinster kan göras, t.ex. genom att patientarbetet i den psykiatriska öppenvården prioriteras framför administrativa uppgifter, och genom bättre samarbete både inom och mellan de berörda huvudmännen.

Det förefaller dock i det närmaste cyniskt att avfärda behovet av ökade resurser i samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder med att effektiviteten teoretiskt sett skulle kunna öka. Om så är fallet är den politiska styrningen lokalt och regionalt uppenbarligen ändå för svag att åstadkomma detta i praktiken, eftersom någon tydlig förbättring av insatserna innehåll och kvalitet inte kan beläggas de senaste åren. Snarare kräver en utveckling mot förbättrad effektivitet, t.ex. genom ett mera intensivt samarbete mellan olika aktörer, ett initialt resurstillskott för att överhuvudtaget bli av. Sammantaget är det därför Psykiatrisamordningens bedömning att det krävs resursförstärkningar i både landstingens och kommunernas verksamheter inom området.

#### 12.4.2 Staten ska bidra med resurser

Nationell psykiatrisamordning menar att en del av de resursförstärkningar som behövs för att utveckla samhällets insatser för personer med psykiskt funktionshinder ska ske med statliga medel. Skälet är att staten måste markera att området ska prioriteras och då själv vara beredd att ta en del av det ekonomiska ansvaret för detta. Flera av dagens problem inom området är också i hög grad av nationellt intresse, exempelvis den bristande samordningen av insatser som leder till en ineffektiv användning av samhällets resurser, och det bristande samhällskyddet som blir konsekvensen av att insatserna till vissa grupper inte fungerar, t.ex. personer med psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar och begår brott.

Nationell psykiatrisamordning föreslår i det här betänkandet en rad förändringar som syftar till att öka omfattningen av och höja nivån i landstingens och kommunernas verksamheter till personer med psykiskt funktionshinder. Även om det främst är frågan om förtydliganden av det som redan gäller, är målsättningen att båda huvudmännen ska ta ett större ansvar, både var för sig och gemensamt. Ett statligt resurstillskott är därför i enlighet med finansieringsprincipen som i detta sammanhang kan sägas innebära att kommunerna ska kompenseras när deras åtagande utvidgas.

För att statsbidraget ska innebära någon faktisk förbättring av samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder bör det vara långsiktigt. Sverige bör i detta sammanhang inspireras av den satsning som sker i Norge, där man för att förbättra samhällets insatser mot psykisk ohälsa avsatte 8 miljarder kronor under åren

1999–2006 – Opptrappingsplan för psykisk hälsa. Även om situationen i Norge inte är helt jämförbar med den i Sverige, bland annat för att avinstitutionaliseringen inte kommit lika långt där, finns många likheter bland annat när det gäller behovet av en generell kvalitetshöjning i stödet till personer med psykiskt funktionshinder. Norges satsning kan därför i någon mån bli utgångspunkt för en liknande satsning i Sverige.

### 12.4.3 Tidigare statsbidrag inom området

Inom psykiatriområdet har det under den senaste tioårsperioden huvudsakligen förekommit två riktade statsbidrag. I samband med att psykiatrireformen 1995 avsattes cirka en miljard kronor, medel som utgick mellan 1995 och 1998 i form av stimulansbidrag (Prop. 1993/94:218). Sju år senare, i samband med Nationell psykiatrisamordnings uppdrag, har ytterligare 700 miljoner kronor utgått under 2005 och 2006 i en särskild satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder.

De medel som utgick i samband med psykiatrireformen tycks ha bidragit till engagemang, kreativitet och framväxten av nya verksamheter. Samtidigt kan konstateras att det har varit svårt att få långsiktighet i dessa verksamheter och att vissa insatser har försvunnit eller förändrats, särskilt samverkansprojekt på rehabiliteringsområdet och särskilda insatser för personer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar. Den ambitionshöjning som projektmedlen bidrog till tycks också ha dämpats något efter att verksamheterna integrerats i den ordinarie organisationen. Det går ännu inte att bedöma vilka resultat de medel som avsatts under senare år kan få för verksamheten inom området. Satsningen verkar dock ha ökat aktiviteten inom områdena och bidragit till utveckling och introduktion av nya arbetssätt.

Utöver de riktade statsbidragen utökades det generella statsbidraget med nio miljarder kronor mellan 2001 och 2004, som en del av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (Prop. 1999/2000:149). Handlingsplanen var huvudsakligen inriktad på fyra utvecklingsområden varav insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa, samt personer med psykiskt funktionshinder var ett område.

I Socialstyrelsens uppföljning av handlingsplanen konstaterade man att det inte har varit möjligt att få fram i hur stor utsträckning dessa medel har tilldelats verksamheter inom de olika prioriterade områdena, och det har då inte heller varit möjligt att studera vilka eventuella effekter den ekonomiska satsningen fått.

Statsbidrag har också utgått till områden som är direkt relaterade till psykiatriområdet, bland annat utgick mellan 2003 och 2005 cirka 500 miljoner kronor för satsningar inom ramen för den nationella narkotikasamordnarens uppdrag. 500 miljoner kronor betalas vidare ut år 2006 och 2007 i en vårdöverenskommelse om missbrukarvården (SOU 2005:82).

#### 12.4.4 Tillskottet ska utformas som ett riktat statsbidrag

Statens styrning genom riktade statsbidrag har kritiserats för att vara detaljerad och svåröverskådlig. Utvecklingen kring statsbidragen generellt till kommuner och landsting följdes upp av Statskontoret på uppdrag av Utjämningskommittén (Fi 2001:14). Där visade det sig att det år 2001 fanns 127 anslag om sammantaget 139 miljarder kronor. Det generella statsbidraget omfattade det året drygt 78 miljarder kronor. Statskontoret kunde också konstatera i sin kartläggning att det totala antalet anslag hade ökat under de åtta år som granskades, från 62 till 127 anslag. Nationell psykiatrisamordning kan förstå kritiken mot de riktade bidragen eftersom de riskerar att göra styrningen hackig och kortsiktig. Det är därför viktigt att tydliggöra de särskilda argument för ett riktat statsbidrag som finns på psykiatris område, och som ger skäl att frångå principen att statsbidragen i första hand ska ges till landsting och kommuner genom generella resurstillskott.

Ett tungt vägande skäl för varför statsbidraget bör vara riktat är erfarenheterna från den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården. Som konstaterats ovan kunde Socialstyrelsen inte avgöra om resursförstärkningarna i realiteten nått området. Nationell psykiatrisamordning har genom sina många kontakter med yrkesutövare, chefer och förtroendevalda i landstingen fått ett mycket bestämt intryck av att medlen inte bidragit till resursförstärkingar i någon större utsträckning. Av det måste man dra slutsatsen att psykiatriområdet saknar strukturer som kan säkra att generella statsbidrag faktiskt innebär en reell förstärkning av verksamheterna. I vissa landsting har dock kostnaderna inte ökat och på

några ställen kan till och med en minskning konstateras. Slutenvårdsplatserna har, som framgått ovan, fortsatt att minska även om minskningen planat ut något de senaste åren.

Med tanke på de stora problem som finns inom området är det nödvändigt att staten genomför resursförstärkningen på ett sätt som faktiskt leder till en reell kvalitetshöjning, större utbud och en upplevd förändring för de människor som är beroende av insatserna. Nationell psykiatrisamordning anser att ett riktat och villkorat statsbidrag i kombination med nationella mål och en fokuserad uppföljning kan tillgodose det behovet. Detta innebär också att det blir tydligt att statsbidraget inte bara är ett resurstillskott, utan också i hög grad ett medel för staten att styra kommunernas och landstingens verksamheter.

Ytterligare ett skäl till att statsbidraget ska vara riktat till psykiatrins område är den gängse bilden av att människor med omfattande behov av insatser från psykiatrin inte alls får dessa tillgodosedda. Detta intryck skapar stor osäkerhet och rädsla hos dem själva och deras familjer, men också hos allmänheten. Detta gäller även om bilden delvis är överdriven och grovt förenklad. Att samhället särskilt prioriterar insatser till människor med stora psykiska besvär förstärker därför tilliten till samhället och dess institutioner. Det är nödvändigt att staten tar ett yttersta ansvar för att vända bilden av psykiatrin och socialtjänstens verksamheter som helt misslyckade eller obefintliga. Inte minst har detta betydelse för att motverka den uppgivenhet och frustration hos brukare, anhöriga och professionella som Psykiatrisamordningen bedömer som ett allvarligt hinder mot en positiv utveckling på psykiatrins område. Detta förutsätter att ett riktat resurstillskott kompletterar de nationella målen.

Den kritik som riktats mot de riktade statsbidragen ska dock tas på allvar och beaktas i utformningen av ett riktat bidrag. Det innebär bland annat att bidraget måste utformas så att det inte kräver omfattande administrativa processer. Man bör undvika en situation där kommuner och landsting i detalj måste beskriva vad som ska göras. Det är också viktigt att satsningen inte bara blir tillfällig utan att den pågår under flera år, som i Norge, och att den kombineras med andra mer långsiktiga styrmedel som t.ex. lagstiftning.

### 12.4.5 Statsbidragets storlek och fördelning

Nationell psykiatrisamordning ansåg 2004 att psykiatriområdet under 6–8 år skulle få ett sammanlagt resurstillskott på närmare 7,5 miljarder kronor (Dnr 149/04). Det finns i nuläget ingen anledning att ändra den bedömningen, och vi föreslår att landsting och kommuner ska få ett årligt riktat bidrag på 800 miljoner under åren 2009–2015. Skälet till att summan blir något lägre än den som beräknades 2004 är att medel gått ut under 2005 och 2006 samt att ytterligare satsningar planeras för 2007. Även framtida resursförstärkningar till rättspsykiatri ligger utanför de summor som anges här, eftersom vi anser att staten bör ta ett större ansvar för finansieringen av den rättspsykiatriska vården. En modell för detta presenteras i det särskilda delbetänkandet om den rättspsykiatriska vården, och dessa medel omfattas därför inte av summan här. Ytterligare ett skäl att summan per år blir någon lägre än den som angavs 2004 är att Nationell psykiatrisamordning anser att 100 miljoner per år ska gå till en särskild forskningssatsning och lika mycket till nationellt utvecklingsarbete, som t.ex. öppna redovisningar av insatser och resultat, samt metodstöd.

Som beskrivits ovan behövs förstärkningar i både landstingens och kommunens verksamheter. Utvecklingen inom de båda sektorerna är också i hög grad beroende av varandra, t.ex. kan nivån och innehållet i kommunala boendeinsatser påverka behovet av slutenvårdsplatser. Mot den bakgrunden är det rimligt att de pengar som avsätts för det riktade statsbidraget ges i lika stora delar till kommuner och landsting. Detta gäller särskilt eftersom det i hög grad saknas kunskap om hur dagens resurser fördelar sig mellan landsting och kommuner, i relation till de behov som finns.

Särskilt viktigt är det att pengarna används för att starta gemensamma verksamheter på de områden där ett nära samarbete är nödvändigt för att möta målgruppens behov, t.ex. när det gäller personer som också missbrukar, och verksamheter inriktade mot sysselsättning och rehabilitering. I kapitel 14 föreslår Nationell psykiatrisamordning en skyldighet för landstinget och kommunen att, på övergripande nivå, ingå överenskommelser om sitt samarbete. Inom ramen för dessa överenskommelser bör landsting och kommuner enas om hur det särskilda statsbidraget kan användas för att bättre möta enskildas behov av helhetslösningar.

Nationell psykiatrisamordning har också övervägt om vissa kommuntyper, t.ex. mycket små kommuner eller storstäder, skulle få en

proportionerligt större andel av statsbidraget än andra kommuntyper. I kapitel 2 har beskrivits att kommuner med få invånare har begränsade förutsättningar att bedriva en omfattande verksamhet med hög kvalitet. Att små kommuner har svårt att leva upp till de krav som tillsynen ställer, särskilt när det gäller måldokument och planering av verksamheten, var också en slutsats som drogs i Socialstyrelsens och länsstyrelsernas fördjupade tillsyn (2005). På liknande sätt har de tre storstäderna särskilda problem, t.ex. en större andel hemlösa personer, utbredd segregation i vissa områden och större exponering för kriminalitet och annan social utsatthet. I den dialog som Nationell psykiatrisamordning haft med verksamhetsföreträdare runt om i landet har ibland anförts att kommuner med cirka 100 000 innevånare skulle ha bäst förutsättningar att bedriva bra verksamheter.

Samtidigt påverkas nivån på verksamheterna också av en rad andra faktorer än kommunstorleken. Exempelvis uppfattar samordningen att professionellt och politiskt ledarskap och engagemang har stor betydelse. Även kunskaper hos personalen och brukargruppens sammansättning och behov kan spela roll för verksamhetens utveckling. Nationell psykiatrisamordning anser därför att det finns stor risk att en fördelning som tog hänsyn till kommunstorlek skulle leda till att kommuner och landsting med mycket stora utvecklingsbehov inte hamnade i den mest prioriterade gruppen. Medlen ska därför utgå proportionerligt efter innevånarantal.

#### **12.4.6 Statsbidraget ska vara villkorat**

En förutsättning för att få del av det riktade statsbidraget ska vara att både kommunen och landstinget bidrar till uppföljningen av den särskilda satsningen genom att rapportera in uppgifter till nationella register. Detta ingår i de nationella mål som Psykiatrisamordningen har föreslagit till riksdagen. Därutöver krävs att de berörda landsting och kommuner kommer överens om att samarbeta, samt att de har samrått med de berörda brukarorganisationerna om hur statsbidraget ska användas. De tre villkoren för att få bidraget kommenteras nedan var för sig.



- **Inrapportering till register**

Utvecklingen av samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder ska följas på individnivå, i relation till de nationella mål som samordningen anser att riksdagen ska anta. Ett problem som tidigare har berörts och som kommer att utvecklas ytterligare i kapitel 16, är att huvudmännen inte rapporterar in uppgifter till registren trots att de har en lagstadgad skyldighet att göra detta. Ett rimligt krav för att få del av ett statligt resurstillskott är därför att man rapporterar in de uppgifter som behövs för att kunna föra nationell statistik.

Vilka uppgifter som omfattas av villkoret kommer sannolikt att behöva ändras i takt med att statistiken utvecklas, vilket är en förutsättning för att delmålen som har föreslagits i kapitel 3 ska kunna uppfyllas. Villkoret bör på längre sikt gälla både de uppgifter som i dag berörs av den lagstadgade uppgiftsskyldigheten, och andra uppgifter som är nödvändiga för att kunna följa utvecklingen inom området. Det första året som bidraget delas ut kan det dock vara tillräckligt med lagstadgade inrapporteringskrav som t.ex. uppgifter till patientregistret. Vilka uppgifter som ska omfattas bör för det första året anges i det regeringsbeslut som reglerar satsningen. Därutöver kan Socialstyrelsen få i uppdrag att årligen ange vilka uppgifter som ska rapporteras in för att kravet ska vara uppfyllt.

- **Överenskommelser**

I kapitel 14 föreslås att landstinget och kommunen ska få en lagstadgad skyldighet att komma överens om sitt samarbete. Överenskommelserna ska vara inriktade på gemensamt ansvarstagande för områden där konflikter och gråzoner ofta uppstår. Utöver den lagstadgade skyldigheten att ingå överenskommelser bör det också vara ett villkor för att få del av medlen att sådana överenskommelser finns.

Möjligtvis kan det anses olämpligt att använda två styrmedel samtidigt, lag och villkorat statsbidrag, för att uppnå samma resultat. Man bör dock ta hänsyn till att den särskilda satsningen är tidsbegränsad och att villkoret kan ses som ett verktyg för att skapa rutiner för överenskommelser inom området. Villkoret kan också ses som ett omvänt sanktionsmedel. I stället för att genom vite eller böter bestraffa landsting och kommuner som inte ingår

överenskommelser, premieras de som lever upp till skyldigheterna i lagstiftningen. Villkoret är uppfyllt när kommunen och eller landstinget anmäler till Socialstyrelsen att en överenskommelse finns. För landstingen gäller att villkoret är uppfyllt om man har en överenskommelse med minst tre fjärdedelar av kommunerna i landstinget.

- **Samråd med brukarorganisationer**

Att kommunernas samråd med den organiserade brukarrörelsen behöver intensifieras och förbättras framkom bland annat i den fördjupade tillsynen av kommunernas insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Nationell psykiatrisamordning anser att det är av högsta prioritet att människor med egen erfarenhet av samhällets insatser på området, som klienter eller närstående, blir delaktiga i utvecklingen av tjänsterna. Detta har under Psykiatrisamordningens arbete kommit till uttryck genom samarbetet med brukar- och anhörignätverket. I linje med detta finns det skäl att understryka vikten av att det sker ett samråd med brukarorganisationerna kring vilka utvecklingsbehov som finns i kommunernas respektive landstingens verksamheter, och hur de bäst ska mötas. Även detta ska därför vara ett villkor för att landsting och kommuner ska få del av det riktade statsbidraget. Samrådet ska göras med de organisationer som finns på orten. Villkoret innebär dock inte något krav på att organisationerna ska samtycka till de beslut som kommunerna och landstingen fattar. För att det ska räknas som ett samråd ska kommunen respektive landstinget rapportera till Socialstyrelsen att man har samrått, med vilka, och på vilket sätt.

## **12.5 Nationella satsningar på metodutveckling, resultatredovisning och forskning**

Medlen som avsätts inom området ska syfta till att höja innehållet, kunskapen och kvaliteten i kommunernas och landstingens insatser till människor med psykiskt funktionshinder. Detta förutsätter att staten ger ett aktivt stöd till utvecklingen på det sätt som har skisserats ovan. Särskilda medel bör därför avsättas för detta ändamål. Enligt ett särskilt regeringsuppdrag ska Socialstyrelsen senast den 31 mars 2007 ange vilka utvecklingsområden som myndigheten

anser ska prioriteras och vilka åtgärder man tänker vidta fram till 2009. Den särskilda funktionen på Regeringskansliet som Nationell psykiatrisamordning har föreslagit, skulle även den spela en roll i arbetet med att analysera utvecklingsbehoven inom området och utarbeta underlag till regeringens beslut om särskilda uppdrag till de berörda myndigheterna. I kapitel 11 har getts exempel på vilka områden som bör bli föremål för särskilda utvecklingsåtgärder. Nationell psykiatrisamordning föreslår också en särskild satsning på 100 miljoner per år. Medlen ska disponeras av forskningsrådet.

## 12.6 Administration och uppföljning av statsbidraget

Utbetalning av det riktade statsbidraget, vilket inkluderar en bedömning av huruvida villkoren uppfyllts, bör vara en uppgift för Socialstyrelsen. Detta ska som framgår ovan ske på ett tämligen schabloniserat och enkelt sätt. Därutöver ska dock myndigheten kunna begära in överenskommelser och kontakta brukarorganisationer för att få mer detaljerade uppgifter om hur kommunerna och landstingen lever upp till villkoren. Skulle det visa sig att en kommun eller ett landsting lämnat felaktiga uppgifter ska bidraget kunna dras in. Om Socialstyrelsen genom sin uppföljning kan konstatera att t.ex. överenskommelser visserligen har ingåtts, men att de i många kommuner och landsting inte har ett tillräckligt innehåll för att fylla sitt syfte, ska man ändå anse att det formella villkoret för att få pengar är uppfyllt. Däremot ska myndigheten rapportera om förhållandet till regeringen, som då måste överväga om villkoren för att få statsbidrag ytterligare ska skärpas.

Den särskilda funktionen vid Regeringskansliet är ansvarig för att följa hur målen som antagits av riksdagen uppfylls. Socialstyrelsen har i uppgift att möjliggöra den uppföljningen genom att utveckla statistik, verksamhetsuppföljning och öppna jämförelser inom sitt område. Även andra myndigheter som Försäkringskassan och Arbetsmarknadsverket har i uppgift att producera och analysera statistik inom området. Socialstyrelsen ska emellertid också ha i uppdrag att följa upp hur det särskilda statsbidraget används och i vilken omfattning det kommer olika grupper av psykiskt funktionshindrade och sjuka till del. Detta förutsätter att det finns nationella uppföljningar och öppna jämförelser inom området.

## 13 Brukarinflytande

**Bedömning:** Samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder och psykiska sjukdomar ska präglas av medinflytande från den enskilde personen.

### Skäl för bedömningen

Brukarinflytande i vård, stöd och service hör samman med en strävan mot ökad demokratisering i samhället – utifrån ett medborgarperspektiv. Vidare ska samhällets insatser inriktas på att ge den enskilde möjligheter till full delaktighet och jämlika levnadsvillkor, vilket är omöjligt om personen inte själv får ett stort inflytande. Delaktighet betyder engagemang på livsområden och i aktiviteter som personen själv väljer. Om den enskilde inte får tillfälle att välja genom att utöva inflytande kan man alltså aldrig nå delaktighetsmålet. Att ta makten över sitt eget liv och själv göra sina val är också ett nödvändigt inslag i varje rehabiliteringsprocess – detta kallas ofta för empowerment. Dessutom är det sannolikt att om en verksamhet använder sig av de erfarenheter som dess användare och deras närstående har – möjliggör brukarinflytande – kan verksamheten bli mer effektiv och ändamålsenlig. Genom att i allt högre större utsträckning bygga på brukarnas egna erfarenheter och behov kan verksamheterna och insatserna utvecklas på ett positivt sätt.

Övertygelsen att brukarinflytande ska finnas, och att ett ökat brukarinflytande är nödvändigt, har länge varit framträdande i svensk socialpolitik. Denna övertygelse är inget unikt svenskt fenomen, utan hör samman med avinstitutionaliseringsprocessen även internationellt. I USA, Storbritannien och Nederländerna finns exempel på nationella riktlinjer och lagstiftning som gör de offentliga organisationerna ansvariga för att möjliggöra brukarinflytande

när det t.ex. gäller ledning av psykiatriska kliniker, planering av högre utbildningar på vårdområdet och delaktighet i forskning som bedrivs på psykiatriområdet (Socialstyrelsen, 2001d; Rose m.fl., 2002; Riksförbundet för Social och Mental Hälsa 2002; Socialstyrelsen, 2003).

Inflytande kan ske på olika plan och med olika syften. Det finns anledning att skilja på rollen som medborgare i ett demokratiskt system och rollen som brukare. När medborgarrollen utövas är det allmänintresset som står i fokus, t.ex. alla samhällsmedlemmars intresse av att vi har en bra vård och omsorg för alla till så låg kostnad som möjligt. Medborgarna utövar sitt inflytande främst genom att välja ledamöter till de beslutande församlingarna. Men för t.ex. landsting och kommuner kan det finnas skäl att också utveckla dialoger med personer i deras egenskap av medborgare. Det kan t.ex. vara fokusgrupper där man tar reda på vilka förväntningar enskilda personer har på omhändertagande om man blir sjuk, eller vilka förebyggande åtgärder man anser är viktiga för att man ska hålla sig frisk. Rollen som brukare och närstående skiljer sig från medborgarens genom att de förstnämnda representerar särskilda erfarenheter och kunskaper. Som framgår ovan finns både kunskapsrelaterade och demokratirelaterade skäl för att brukare och deras närstående ska ha inflytande över verksamheter som riktar sig till personer med psykiskt funktionshinder.

Brukarinflytandefrågorna är ofrånkomliga bland de frågor som rör vårdens och stödets utformning, ledning och innehåll. Därför behandlas brukarinflytandefrågorna inte bara i detta avsnitt, utan berörs under flera olika rubriker och avsnitt i detta betänkande. Brukarinflytande handlar om makt och maktindelning. Samtidigt som brukarinflytande för vissa utsatta grupper är viktigt för att utveckla demokratin i ett samhälle, måste det balanseras mot allmänintresset och de spelregler som finns inom offentliga organisationer – politiker kan inte delegera rätten att besluta i hur stor utsträckning som helst (Socialstyrelsen, 2001d; Socialstyrelsen, 2004). Även de professionella är en intressent, vars inflytande över t.ex. val av metoder och arbetssätt är och bör vara betydande. Psykiatrisamordningen ser maktfrågorna på psykiatriområdet som ett dynamiskt spel mellan brukarnas, de professionellas, huvudmännens och statens intressen. I detta kapitel diskuteras brukarinflytandet på flera nivåer, både kollektivt och individuellt. Tonvikten ligger på strategier för ett kollektivt inflytande och vi lämnar flera förslag till hur ett stärkt brukarinflytande ska åstadkommas.

Kapitlet innehåller förslag som innebär att riktade statliga bidrag till huvudmännen ska förses med villkor om brukarinflytande. Psykiatrisamordningen lämnar i kapitel 14 förslag till en särskild lagstiftning som innebär att huvudmännen på psykiatriområdet blir skyldiga att träffa samverkansavtal, en process som de ideella organisationerna ska delta i.

### 13.1 Vad är brukarinflytande?

Brukarinflytande har definierats som ”medborgarnas möjligheter att såsom användare av offentlig service påverka tjänsternas utformning och kvalitet” (Civildepartementet, 1991). Med brukare menar man ofta även närstående till en person som exempelvis är klient eller patient. Närståendes kunskaper och erfarenheter är viktiga och kompletterar brukarnas erfarenheter. I vissa sammanhang kan det dock finnas skäl att skilja på brukarens och de anhörigas intressen och rätt till inflytande.

Det är inte självklart att de närstående kan företräda brukarna i alla sammanhang, och det finns ett behov av tydlighet när det gäller brukarinflytande och närstående- eller anhöriginflytande. Det kan man åstadkomma genom att de brukarråd som till stor del består av anhöriga i stället kallas brukar- och anhörigråd. De närståendes deltagande motiveras i många sammanhang av att de är närstående. Ibland kan man se de närstående som brukare, t.ex. när det gäller anhörigstöd och insatser kring den enskildes vårdplanering, exempelvis nätverksarbete. Då räknas man som brukare i meningen användare av servicetjänsten. I det här kapitlet gäller många förslag även de närstående och deras organisationer. För enkelhetens skull används begreppet brukarinflytande i detta avsnitt, trots att brukar- och anhöriginflytande ofta vore en mer korrekt benämning.

Brukarinflytande kan utövas på följande två nivåer:

1. Individuell nivå. Detta är individens möjlighet att påverka sin egen eller den närståendes situation, och den vård, stöd och service som han eller hon använder sig av.
2. Kollektiv nivå. Här särskiljer vi medinflytande över en verksamhet eller en verksamhetsgren, från inflytande på systemnivå. Inflytande på verksamhetsnivå handlar om verksamhetsfrågor, ofta begränsade till det lokala sammanhanget. Exempel är frågor om inriktning, innehåll och omfattning av olika verk-

samheter som är relevanta för målgruppen. Det är inte nödvändigtvis så att personer som utövar och förmedlar brukarinflytandet själva är direkt berörda av den verksamhet det gäller. Systemnivån innebär påverkan på vård- och stödsystemen utöver ramen för en viss verksamhet. Exempel är inflytande över lagstiftningens utformning, kriterier för tillsyn av kommunernas verksamheter och ett reformarbets konstruktion. Ett annat exempel på systeminflytande är det inflytande som till exempel brukarorganisation kan utöva i det lokala arbetet med att utforma ett samverkansavtal mellan kommunerna och landstinget i ett län. Kollektivt brukarinflytande handlar naturligtvis om att få önskvärda effekter på individnivån.

### 13.2 Brukarinflytandets innehåll

Det mest grundläggande kravet i ett brukarinflytandesammanhang är möjligheten att få begriplig och korrekt information. Utan information har man som brukare inte möjlighet att utöva något meningsfullt inflytande. Utan information om de olika alternativen för behandling eller stöd kan brukaren inte välja vad han eller hon önskar få. Utan information i förväg om en planerad organisationsförändring i en verksamhet, kan inte brukarrepresentanterna utöva något inflytande över besluten. Tidsaspekterna är viktiga – om informationen lämnas i samma stund som besluten ska fattas, blir brukarrepresentanternas arbete svårt, och deras möjligheter att diskutera och förankra de olika förslagen bland medlemmarna försvinner. Informationsaspekten innebär även en ömsesidighet – på både individuell och kollektiv nivå. Den enskilde brukaren bör få tillfälle att delge den professionella information om sin bakgrund och sina önskemål, vilket underlättar arbetet med den gemensamma vårdplaneringsprocessen. På kollektiv nivå är det väsentligt att de verksamhetsansvariga får ta del av information från till exempel den organiserade brukarrörelsen om vilka frågor som medlemmarna anser vara viktigast, och om hur föreningarnas verksamhet bedrivs.

Ovanför det grundläggande informationsutbytet kan deltagande i planerings- och beslutsprocesser identifieras, liksom konsultation i olika former. Exempel är brukarrepresentanter med rätt att närvara och yttra sig, men utan beslutanderätt i en ledningsgrupp. Det

mest långtgående innehållet enligt detta sätt att betrakta området, är brukarrepresentation i form av personer med eget mandat att besluta om verksamhetsfrågor, eller med rätt att lägga in veto mot beslut (Socialstyrelsen, 2001d).

### 13.3 Brukarinflytande ur svenskt perspektiv

Det finns många exempel på statliga dokument där man lyft fram vikten av att utveckla och förtydliga brukarinflytandet över vård, stöd och service till personer med psykiskt funktionshinder. Inför 1995 års svenska psykiatrireform skrev både utredarna och regeringen om nödvändigheten av att lyssna på brukarna av psykiatrisk vård och deras företrädare. En strategi för att öka inflytandet var att stärka brukar- och anhörigorganisationernas ställning, och att satsa på alternativa verksamhetsformer med tydlig brukarstyrning. Detta gjordes främst genom ekonomiskt stöd från staten. Mycket av inspirationen till dessa förslag hämtades från Fountainhouse-rörelsen (SOU 1992:73; Prop. 1993/94:218; Markström, 2003). Idén om att starkare och stabilare frivilligorganisationer kan bidra till ett mer brukarvänligt vård- och stödsystem, uttrycktes även i den utvärdering som Socialstyrelsen gjorde av reformarbetet (Socialstyrelsen, 1999). Andra dokument som senare har innehållit argument för ett ökat brukarinflytande för personer med funktionshinder är exempelvis den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (Prop. 1999/2000:79) där framförallt målen om full delaktighet och självbestämmande betonas. Också i Socialstyrelsens slutrapport om regeringsuppdraget *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten* lyfts brukarnas delaktighet i forsknings- och utvecklingsarbete fram som betydelsefullt (Socialstyrelsen, 2004h). Även de professionella grupperingarna inom vårdsektorn har börjat uppmärksamma inflytandefrågorna. Vårdförbundet markerar tydligt i en skrift om kvalitetskrav för arbetet med personer med psykisk sjukdom, att individen ska bestämma över sin egen vård. Han eller hon ska både få information och kunskap om vården, samt hjälp med att överklaga beslut som går den enskilde personen emot (Vårdförbundet, 2003). I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas slutrapport över den nationella tillsynen av kommunernas verksamhet (Socialstyrelsen & länsstyrelserna, 2005) fastställs kravnivån till att ledningen för socialtjänsten ger de berörda brukar- och anhörigorganisationerna information minst en



gång om året, och att ledningen för socialtjänsten inhämtar synpunkter från organisationerna i sin planering och uppföljning av verksamheten. Brukarnas synpunkter ska systematiskt efterfrågas.

I Sverige har brukarnas och deras organisationers inflytande sedan psykiatrireformen granskats utifrån olika perspektiv. Slutsatserna kan grovt sammanfattas med att inflytandet sakta har ökat, men att det fortfarande återstår mycket att göra. I Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen konstaterade man att möjligheterna till delaktighet och inflytande för personer med psykiskt funktionshinder fortfarande, trots de riktade satsningarna, är eftersatta. En samlad individuell planering inom vården förekom sällan, vilket minskade möjligheterna till överblick och påverkan från personens sida. På den kollektiva nivån blev bedömningen dubbel: utvecklingen av brukarföreningarna och deras kamrattödande verksamheter var positiv och kunde på sikt ses som en investering för ett ökat brukarinflytande. Samtidigt konstaterades att psykiatrins och kommunernas samarbete med intresseorganisationerna ofta bara var av informationskaraktär (Socialstyrelsen, 1999). I en senare granskning av de svenska kommunernas arbete för personer med psykiskt funktionshinder rapporterades att kommunerna fortsatt att involvera brukarorganisationerna några enstaka gånger. I en utvärderingsrapport om en statlig satsning på alternativa stöd- och boendeformer för psykiskt funktionshindrade (Sandlund & Markström, 2003) beskrivs hur frivilligorganisationerna i de 22 studerade projekten erbjuder många viktiga och uppskattade insatser, men ofta saknas en medveten strategi för brukarinflytande. Inom ramen för regeringsuppdraget *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten* genomfördes en undersökning om socialhögskolornas och de kommunala FoU-enheternas erfarenheter av att involvera brukarna i sitt forsknings- och utbildningsarbete. Detta visade sig vara sällsynt. Den delaktighet i högre utbildning som erbjöds brukarna bestod oftast av att bjuda in någon person med egen erfarenhet av vård att föreläsa (Socialstyrelsen, 2003e).

Sammantaget verkar det som att förutsättningarna för att kunna utöva brukarinflytande har stärkts efter psykiatrireformen. Brukar- och anhörigföreningarna har blivit fler och starkare, och kan i dag även erbjuda egna verksamheter som alternativ eller komplement till de offentliga vård- och stödgivarnas verksamhet. I dag finns erfarenheter att tillgå, som kan underlätta för en förening som är intresserad av att också utöva inflytande. Samtidigt visar de ovan redovisade erfarenheterna att det riktiga "genombrottet" när det

gäller påverkansmöjligheter fortfarande inte har skett. Lagstiftning och riktlinjer på området är inte tvingande, vilket medför att det fortfarande är de enskilda makthavarna och deras goda vilja som ytterst avgör vilken grad av inflytande som brukarna och deras företrädare ska få. Intresset och handlingsberedskapen för att påverka varierar också mellan brukar- och anhörigföreningarna – det lokala intressepolitiska arbetet är ofta beroende av engagemanget hos ett fåtal eldsjälur som riskerar att nöta ut sig när uppdragen blir för många. Uppenbarligen måste frivilligorganisationerna och intresseföreningarna stärkas för att kunna matcha en ökad efterfrågan på till exempel brukarepresentation. Dessa föreningar kämpar ofta med en kärv ekonomisk situation, och är beroende av samhällets stöd i olika former för att bli stabila och varaktiga partner i styrningen av samhällets verksamheter.

Det mesta av genomgången ovan har berört inflytande på verksamhets- och systemnivåerna, det vill säga när inflytandet utövas genom representanter eller genom den organiserade brukarrörelsen. När det gäller den enskilde personens inflytande över den egna vården, stödet och servicen så har de senaste decennierna inneburit en framväxt av arbetsmetoder som mer än tidigare utgår ifrån den enskilde personens önsknings. Case management-modeller kan utgöra ett sådant exempel. Här finns principer om att utgå ifrån och företräda klientens intressen och att i utsatta lägen agera som dennes ”advokat”. I den svenska satsningen på personliga ombud har man dessutom gjort ansträngningar för att ombuden ska få en så fristående organisatorisk och professionell ställning som möjligt, att stärka positionen som klientens och inte kommunens ombud (Socialstyrelsen, 2000c; Björkman, 2005).

Om en person vars utbildning och övriga meriter kompletteras med egen erfarenhet av psykisk sjukdom och vård eller stöd anställs inom verksamheterna, kan detta leda till en inifrånprocess i riktning mot ökat brukarinflytande. Denne anställde kommer främst att vara en del av arbetslaget, och därmed ha intressegemenskap med sina kollegor, men kan i kraft av sin personliga erfarenhet arbeta för ett fungerande system för brukarinflytande och en stärkt dialog mellan de professionella och brukarna. Internationellt finns flera exempel på program som syftar till att stimulera och underlätta för personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom att få anställning inom vård- och stödorganisationerna. Ett annat exempel är de metoder för psykiatrisk rehabilitering och återhämtning som utvecklats framförallt i USA, och som även fått

fotfäste i Sverige. Den praktiska utformningen av arbetet kan se olika ut, men idéerna som förenar rehabiliteringsmodellerna är värdet av individuella och flexibla lösningar, en strävan efter att utveckla individens fulla kapacitet och den enskilde personens delaktighet i rehabiliteringsprocessen (Bachrach, 1992).

### 13.4 Brukarinflytande på individnivå

**Bedömning:** Medel för särskilda utbildningsåtgärder till verksam personal bör avsättas inom ramen för den särskilda satsningen på psykiatriens område som föreslås i kapitel 11 och 12. Psykiatrisamordningen anser att bemötandet av personer med psykiskt funktionshinder inom vård- och stödsystemen behöver förbättras. Personer med egen brukar- eller anhörigerfarenhet ska medverka i utbildningen.

#### Skäl för bedömningen

Det individuella inflytandet är primärt för individen. En grundstrategi för att göra den enskilde brukaren delaktig i hans eller hennes vård, stöd och service är att insatserna görs utifrån en individuell plan, där personen själv fått ett avgörande inflytande över innehållet och omfattningen. Närstående, liksom ett personligt ombud kan vara viktiga resurser i planeringsarbetet. Dessutom är det väsentligt att planeringen görs gemensamt, eller i vart fall förankras, med de olika myndigheter och vårdgivare som brukaren behöver få stöd ifrån. På så sätt kopplar brukarinflytandefrågorna med samverkansfrågorna. Just individuella planeringar berörs närmare i kapitel 4. En viktig förutsättning för att den enskilde ska kunna utöva sitt inflytande i samband med planering eller i andra situationer, är att han eller hon bemöts med respekt och lyhördhet, utifrån sina unika förutsättningar och behov.

Psykiatrisamordningens intryck är att personer i målgruppen fortfarande ibland bemöts på ett föga individualiserat sätt, där diagnosen eller målgruppstillhörigheten i sig bestämmer bemötandet, snarare än den unika människan. Det förekommer att personer ses som oförmögna att fatta beslut eller omedvetna om sitt eget bästa, och bemöts därefter. Detta bidrar givetvis till dåliga förutsättningar för en framgångsrik vårdallians.

En särskild utmaning innebär de situationer när personen på grund av den psykiska sjukdomens akuta symtom inte är fullt ut autonom. Tvångsvårdslagstiftningen tillåter vård och behandling utan samtycke i vissa specificerade situationer. Detta innebär att personalen måste kunna ge ett gott bemötande till människor som inte själva inser sitt vårdbehov, utan kan anse sig vara utsatta för en illasinnad komplott. Personalen måste kunna förklara avsikten med till exempel tvångsåtgärder, och hur man gör för att överklaga intagningsbeslutet, för någon som anser att vårdperioden bygger på ett missförstånd. Oftast är dock omvärldsuppfattningen hos den som har en akut psykos inte alltigenom präglad av vanföreställningar och bristande insikt i situationen. Även en person som starkt ifrågasätter grunden för tvångsvården, och är helt oense med personalen om en lämplig behandling, kan mycket väl diskutera boendestödsfrågor och ekonomiska angelägenheter på ett genomtänkt och självständigt sätt.

Inom ramen för Bemötandepropositionen anslogs medel för utbildning i bättre bemötande för den personal som i sitt arbete möter personer med funktionshinder. En mycket liten andel av utbildningsprojekten kom att riktas mot personalen som möter personer med psykiskt funktionshinder, men trots det utvecklades ett utbildningskoncept som bygger på erfarenhetsbaserat lärande i form av en kombination av föreläsningar, gruppdiskussioner och praktiska övningar (Fryklund & Röding, 2005). Erfarenheterna visar att en sådan utbildning i studiecirkelliknande former med ungefär en veckas varaktighet uppskattas av personalen. De värdesätter medverkan av personer med egen erfarenhet, och upplever att de har fått nya perspektiv. Utbildningskoncept av denna, eller annan lämplig utformning, bör erbjudas generellt som fortbildning, och inkludera moment av kunskap om funktionshinder, anhörigas roll samt olika frivilliga och professionella stödfunktioner i samhället. Kärnan ska dock vara reflektion och träning i olika typer av bemötandesituationer. Psykiatrisamordningen stöder bland annat ett projekt vid namn "Patienter som konsulter i vården" där en ideell förening tillsammans med en psykiatrisk verksamhet systematiskt använder brukar erfarenheterna för att förbättra vården. Det är även angeläget att bemötandefrågorna tas upp i de grundutbildningar som är relevanta för området. Nationell psykiatrisamordning föreslår att en del av de medel som vi i kapitel 12 anser ska avsättas för nationella satsningar på psykiatriområdet, ska användas för att anordna utbildningar för den personal som möter personer

med psykiskt funktionshinder, oavsett inom vilken organisation personalen är verksam. Ett villkor bör vara att bemötandefrågorna uppmärksammas och att brukare eller närstående medverkar i utbildningen som lärare eller instruktörer.

Inflytandeprojektet som är Socialstyrelsens och Psykiatrisamordningens riktade projekt för brukarinflytandeområdet, arbetar med frågan hur personer med egen erfarenhet av psykiskt funktionshinder kan fungera som utbildare eller konsulter inom psykiatrin och socialtjänsten. Det har också bildats ett nätverk för erfarenhetsutbyte och utbildning, bestående av personer som arbetar som utbildare eller konsulter samt verksamheter som är intresserade av att utveckla en sådan verksamhet. I de flesta fall är det föreningarna som varit drivande för att skapa strukturer för utbildning och dialog. Även vissa kommuner och landsting har utvecklat egna strukturer och anställt personer med brukarerfarenhet som utbildare. Bra strukturer, förberedelser och handledning är faktorer som bör vara tillgodosedda för att det ska bli framgångsrikt. I bland annat Danmark, Nya Zeeland, England och USA finns erfarenheter av att enskilda "experts by experience"-konsulter spelat en viktig roll i utvecklingen av vård- och stödsystemet. Dessa erfarenheter bör vägas in i bedömningen av hur detta område ska utvecklas i vårt land. I den särskilda utbildningsstatsningen ska det finnas pengar för rekrytering och utbildning av lärarna och instruktörer, men också för utbildning av personer med brukarerfarenhet, för att förbereda dem för uppdrag som utbildare och konsulter. Denna utbildning bör genomföras i samverkan med brukarorganisationerna.

### 13.5 Brukarinflytande på kollektiv nivå

Formerna för att utöva inflytande på kollektiv nivå varierar – strategier som beskrivits i svensk och internationell litteratur handlar bland annat om särskilda brukarråd med beslutanderätt och med en majoritet av personer med egen erfarenhet av psykiatrisk vård. Där nämns också brukarrevisioner där verksamheterna systematiskt granskas ur brukarnas perspektiv, representation i olika typer av lednings- eller referensgrupper, samt aktiva roller i forskningsprojekt, både som "sakkunniga" och som utförare (Socialstyrelsen, 2001d; Beresford, 2002; Markström & Sandlund,

2002; Ershammar & Wiksten, 2002; Rose m.fl., 2002; Socialstyrelsen, 2003e).

Ansvar för att brukarna ska ha möjlighet att påverka insatsernas utformning ligger i huvudsak på respektive ledningsorgan. Vilka av de nedanstående strategierna som utnyttjas beror på syftet med brukarinflytandet, men också på vilken struktur som passar den aktuella verksamheten, dess brukare och brukarorganisationerna på orten.

Oavsett strategi finns vissa grundläggande faktorer som visat sig vara viktiga för att dialogen ska fungera bra. Det handlar om att arbetet för ökat brukarinflytande måste prioriteras av verksamhetens ledning. Detta innebär att avsätta resurser, ta fram riktlinjer och följa upp resultaten. Forskningsbaserad erfarenhet bekräftar detta och visar att det också är viktigt med utbildning för brukarrepresentanter och informationsinsatser som syftar till att förankra och göra personalen delaktig i arbetet för ökat brukarinflytande. Ofta är det nödvändigt att arvoda de brukarrepresentanter som deltar i olika sammanhang, och det är också en viktig signal om att erfarenheterna och deras insats tas på allvar (Socialstyrelsen, 2001d; Rose m.fl., 2002; Johansson, 2006).

Inom ramen för Inflytandeprojektet testas en funktion som kallas brukarinflytandesamordnare, BISAM. På knappt tioalet orter i landet inrättas en funktion som ska möjliggöra brukarnas inflytande, och driva, utveckla och samordna arbetet med brukarinflytandet. Funktionen brukarinflytandesamordning kan bedrivas i samarbete med intresseorganisationerna och kopplas till de brukarråd eller handikappråd som finns lokalt. Den person som arbetar med dessa frågor behöver en introduktionsutbildning och därefter ett fortlöpande stöd. Denna strategi har tidigare provats sparsamt i Sverige. Nackdelar som framkommit är att arbetet kan vara krävande och utsätta den som är anställd som BISAM för intressekonflikter. Fördelarna är att funktionen stämmer bra överens med en svensk tradition av ombudsmän för olika intressenter och grupperingar, till exempel fackliga representanter. En styrka ligger också i tydligheten – de olika aktörerna vet till vem de ska vända sig.

De initiativ för att öka brukarnas inflytande som beskrivs här ersätter inte handikapporganisationernas möjligheter att samråda och påverka planeringen och utförandet av vård och stöd. Oberoende brukarföreningar som för gruppens talan inför politiker och verksamhetsledningar kan vara en garant för att deras röst hörs i

samhället. I samarbete med brukarföreningarna behöver huvudmännen utveckla flera former för dialog som involverar medlemmarna i föreningarna, men också de brukare som valt att inte organisera sig.

Nedan redovisas i punktform några strategier för brukarinflytande och samråd med de ideella organisationerna.

- *Styrelsrepresentation eller beslutande organ*

Representanter för berörda intresseorganisationer har en plats i styrelser eller andra beslutande och övergripande organ inom t.ex. kommun och landsting, antingen med rösträtt eller med en funktion där man utan beslutanderätt har möjlighet att ge sina synpunkter och råd. Denna strategi är jämförelsevis väl beprövad ur svenskt perspektiv. De nackdelar som har noterats är att brukarrepresentanterna kan hamna i ett slags gisslanposition – de får del av ansvaret för ett beslut utan att ha haft någon reell möjlighet att påverka utfallet. Andra problem kan vara att bara ett fåtal ideellt organiserade personer i praktiken kan ta på sig denna typ av uppdrag, och detta fåtal personer riskerar att brännas ut. Fördelarna med denna strategi är att brukarinflytandet blir tydligt och stabilt organiserat, vilket ger möjligheter även för en långsiktigt hållbar funktion. Brukarrörelsen får tillträde till beslutsnivån, och erbjuds insyn i förhållanden en ledning för en verksamhet verkar under. Brukarrepresentantens närvaro får också ofta konsekvensen att attityder till brukare och anhöriga förändras i positiv riktning.

- *Arbets- och planeringsgrupper*

Representanter från intresseorganisationer eller andra personer med egen erfarenhet deltar i arbetande grupper, som t.ex. i en arbetsgrupp för en temavecka eller i läraryrket inför olika utbildningsåtgärder. Denna strategi innebär ett nära samarbete runt konkreta och greppbara frågor. Nackdelarna här är att rollerna och mandatena ofta tenderar att vara oklara, och att många frågor saknar principiell betydelse – man kommer att engageras i detaljer snarare än i principiellt viktiga frågor. Fördelarna är att brukarna och de professionella ingår i arbetet på samma villkor, där närhet och arbetsgemenskap skapas med starkt fokus på konkret måluppfyllelse.

- *Brukarråd*

Brukarråd är ett specifikt organ med en majoritet av egenerfarna personer, med uppgift att fungera styrande eller att ha en konsultativ funktion gentemot en organisation eller verksamhet. Denna strategi är fortfarande relativt ovanlig i Sverige, och villkoret för att den ska fungera är en hög grad av engagemang hos ledningsnivån inom respektive organisation. Uthålligheten kan brista. De risker som kan gälla styrelserepresentanter blir mindre uttalade – här kan ett större antal engagerade brukare beredas tillträde, under mindre krävande former. Fokus ligger på brukarnas frågor, och man riskerar inte att som brukare tystna under inverkan av erfarna professionella styrelseledamöter.

- *Handikappråd*

Det vanligaste formen för samråd mellan handikapporganisationerna och kommun och landsting är de handikappråd där företrädare för föreningarna möter tjänstemän och politiker. På vissa håll fungerar dessa forum bra, och de för fram alla organiserade funktionshindergruppers intressen. Samarbetet mellan föreningarna i HSO ger stadga åt arbetet via utarbetade strukturer, system för arvodering för representanter och uppföljning av beslut. Däremot upplever man ofta att frågor som rör personer med psykiskt funktionshinder inte får ett tillräckligt utrymme i dessa sammanhang.

- *Brukarrådslag*

En organisation eller verksamhet bjuder under en dag in ett antal personer med egna erfarenheter för att samla idéer och erfarenheter som kan användas vid t.ex. verksamhetsutveckling eller projektplanering. Nackdelarna är den kortsiktighet som med nödvändighet följer av ”engångssatsningar”. Under ett brukarrådslag kommer vanligen frågor av både omfattande och mer detaljartad natur att avhandlas.

- *Brukarrevision*

Personer med egna erfarenheter kan efter en viss utbildning ges i uppdrag att systematiskt granska en verksamhet ur ett brukar- och anhängarperspektiv. Syftet är ofta att utveckla verksamheten. Detta



är en lovande strategi för ett förstärkt brukarinflytande, i en organisation där det sedan tidigare finns en del erfarenheter. Verkningsgraden beror dock helt på om ledningen tar till sig revisionsresultaten, och kan omsätta dessa i praktiken.

- *Personer med egen erfarenhet anställs eller anlitas för vissa uppdrag*

Personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa kan anställas därför att organisationen direkt eller indirekt uppfattar denna erfarenhet som värdefull och användbar. Ett sådant förfarande kan i vissa fall innebära en strategi för ökat brukarinflytande. Om en egenerfaren person som har lämplig utbildning för befattningen i fråga blir anställd, och arbetsgivaren ser erfarenheten av psykisk ohälsa som en av flera meriter, kan detta indirekt påverka organisationen i riktning mot en ökad känslighet för brukarsynpunkterna. En egenerfaren person kan även anlitas som konsult med ett uttalat syfte att medverka till ökat brukarinflytande.

- *De ideella organisationernas egen verksamhet och brukarstyrda aktiviteter*

I dag har man begränsad kännedom om den sammanlagda insatsen från brukar- och anhörigorganisationerna inom området psykisk ohälsa. De ideella organisationerna har sammantaget ett stort antal lokalföreningar, och de bedriver projekt och verksamheter på olika nivåer. Att få möjlighet att själv organisera sig och bedriva och styra verksamheten utifrån sina egna prioriteringar är av grundläggande betydelse för föreningen, och det ger en bas för att föra brukarnas och de närståendes talan inom de offentliga organisationerna.

## 13.6 Metodutveckling brukarinflytande

**Förslag:** Psykiatrisamordningen framhåller att ett fortsatt nationellt stöd till metodutveckling och implementering på brukarinflytandeområdet krävs. Stödet bör ges av Socialstyrelsen och ingå i myndighetens uppdrag på psykiatriområdet. Uppdraget bör innefatta att kontinuerligt sprida information om metoder och arbetssätt, samt stimulera verksamheterna till ökad aktivitet på brukarinflytandeområdet. Socialstyrelsen bör kunna ge ett begränsat ekonomiskt stöd till uppbyggnad och igångsättning av lokala brukarinflytandeinitiativ i nära samverkan med det nationella brukar- och anhörignätverket.

### Skäl för förslaget

Inom ramen för Nationell psykiatrisamordnings riktade projekt har en särskild satsning gjorts på brukarinflytandemetodik på kollektiv nivå. Medel har anslagits för en projektledare, utvärdering och för att utföra handledning och utbildning. Ett syfte är att vidareutveckla och pröva några metoder för stärkt brukarinflytande. Inom projektet håller tre av de ovan beskrivna ansatserna på att implementeras: brukarinflytandesamordnare (BISAM), brukarrevision och brukare som konsulter i vården. Totalt deltar cirka 20 olika verksamheter inom kommuner, landsting och brukarorganisationer. Resultaten kommer att presenteras under 2007. Under 2007 lämnas också slutrapporten som kommer att ge ytterligare förslag på vad som behöver göras för att brukarna och deras anhöriga ska kunna påverka utformning och utveckling. Baserat på tidigare utredningar och det arbete som redan genomförts inom projektet kan man redan dra vissa slutsatser.

Ett stort antal verksamheter ute i landet har visat intresse av att gå med i något av de olika delprojekten. Många personer med egen erfarenhet av psykiskt funktionshinder har anmält intresse för att på olika sätt bidra till ökat brukarinflytande. Brukar- och anhörigorganisationerna ser detta som ett prioriterat område i sin verksamhet.

Inom de berörda verksamheterna är man ofta osäkra på hur relationerna mellan brukarinflytandeinitiativen och den ordinarie organisations- och ledningsstrukturen ska se ut. Förhoppningsvis kan arbetet inom Inflytandeprojektet delvis minska denna osäker-

het, eftersom projektet väntas ge kunskap om vilka ansatser som är framgångsrika. Sannolikt kan till exempel brukarrevision vara en verkningsfull strategi som ett första steg mot ökat brukarinflytande. Revisionsrapporterna behöver spridas och följas upp. Dessa uppgifter kan i vissa fall lämpligen skötas av till exempel ett BISAM. Projektets omfattning är dock starkt begränsad, och påverkar inte direkt någon större del av landets alla berörda verksamheter.

Projektet har preliminärt identifierat fyra problemområden som kräver åtgärder för att utvecklingen av brukarinflytande ska kunna ta fart.

- Utvecklingen av ett ökat brukarinflytande ses inte i tillräcklig grad som en naturlig del i socialtjänstens, psykiatrins eller andra myndigheters uppdrag och verksamhet. Att öka brukarnas inflytande kräver en tydlig struktur, utbildning, riktlinjer och resurser.
- Brukar- och anhörigorganisationerna har svårt att klara av omställningen när huvudmännen efterfrågar deras representanters medverkan i allt fler sammanhang. Detta försvåras om vård- och servicegivarna själva inte har en fungerande struktur för dialogarbetet, eller inte stödjer och ersätter representanternas för deras arbete. Risken finns att utvecklingen mot ett ökat brukar- och anhöriginflytande avstannar för att föreningarna har svårt att rekrytera och stödja representanterna i de sammanhang de bjuds in till. Alternativet kan bli att övriga delar av föreningarnas verksamhet blir lidande.
- Kunskapen om hur man kan utveckla brukarinflytandet är generellt låg inom kommuner, landsting och brukarorganisationer. Dessutom tar utbildningarna på grund- och chefsnivå sällan upp denna kunskap. Det finns ett fortsatt stort behov av stöd till kommuner, landsting och brukarorganisationer när det gäller metodutveckling och utbildning, såväl som en riktad satsning på forskning inom området.
- Frågor om inflytande på både individ- och kollektivnivå har en nära koppling till de värderingar, den människosyn och den självbild som de anställda, beslutsfattarna och brukarna har. Dessa påverkar hur verksamheten formas och hur stödinsatser levereras. De påverkar också om brukarnas erfarenheter ses som en källa till viktig kunskap, och om de har rätt att påverka

verksamheterna de är beroende av. Behovet av ett levande samtal om värderingar, bemötande och människosyn är viktigt för personalgrupper och beslutsfattare. Bristen på detta samtal är en av flera anledningar till att utvecklingen av strukturer för inflytande är bristfälligt på många håll.

Nationell psykiatrisamordning anser därför att det behövs ett fortsatt nationellt stöd till metodutveckling och implementering på detta område. Stödet bör ges av Socialstyrelsen, och bl.a. mot bakgrund av de erfarenheter som vunnits i projektet. Uppdraget bör innefatta att kontinuerligt sprida information om metoder och arbetssätt, samt stimulera verksamheterna till ökad aktivitet på brukarinflytandeområdet. Socialstyrelsen bör ges möjlighet att ge ett begränsat ekonomiskt stöd till uppbyggnad och igångsättning av brukarinflytandeinitiativ. Detta bör inkludera ett fortsatt stöd till de nätverk och satsningar som startat i och med Inflytandeprojektet. Stödet bör ske i nära samverkan med det nationella brukar- och anhörignätverket. Behovet av forskning inom detta område är fortsatt stort och en speciell satsning på detta område föreslås i kapitel 11. Strategierna för att stärka brukarinflytandet ska ingå i Socialstyrelsens särskilda uppdrag på psykiatrins område, som föreslås i kapitel 12.

### 13.7 Brukarnätverket och lokala brukarorganisationer

**Förslag:** Psykiatrisamordningen föreslår att brukar- och anhörignätverket får ett särskilt ekonomiskt stöd under den sjuårsperiod då satsningen på psykiatrins område genomförs.

**Bedömning:** Psykiatrisamordningen anser dessutom att kommuner och landsting bör stärka föreningsbidraget och stödet i andra former till lokala och regionala brukar- och anhörigorganisationer, för att ytterligare möjliggöra deras medverkan i utvecklingen på psykiatriområdet. Det riktade statsbidraget till kommuner och landsting kan delvis användas till stöd för brukarorganisationernas verksamhet så att de kan bli en aktivare part i ledningsarbetet.

## Skäl för förslaget

Nationell psykiatrisamordning anser att beslut som rör personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder bör fattas i dialog med de relevanta intresseorganisationer som är verksamma på detta område. Anledningen är att personer som berörs av beslut om insatser också ska vara delaktiga i det strategiska förändringsarbete som pågår kring dessa insatser. Personer med egen erfarenhet av att vara brukare besitter en unik kunskap som bör tas till vara, och som kan utgöra ett viktigt underlag för framtida beslut. En dialog på nationell nivå mellan beslutsorganen och intresseorganisationerna kan även bidra till att landstingen och kommunerna uppmärksammar de lokala behoven av ett systematiskt brukarinflytande.

Nationell psykiatrisamordning bjöd i mars 2005 in femton olika brukar- och anhörig föreningar till ett möte. Detta möte ledde bland annat fram till bildandet av ett brukarnätverk för att på ett samlat sätt kunna föra en dialog med Psykiatrisamordningen, och gemensamt lägga fram förslag. Ett annat syfte för nätverket var att få en starkare röst i debatten. Brukar- och anhörignätverket har sedan dess fortlöpande träffat Psykiatrisamordningen och diskuterat aktuella frågeställningar, samt strategier för ett ökat brukarinflytande på lokal, regional och nationell nivå.

Brukar- och anhörignätverkets vision av hur samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder bör utformas redovisas i rapporten *Så vill vi ha det. Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet* (Psykiatrisamordningens rapport, 2006:6) I rapporten lämnar nätverket ett antal förslag i frågor som rör till exempel rehabilitering, behandling, socialt stöd, inflytande och attityder till människor som lider av psykisk ohälsa.

Psykiatrisamordningen anser att brukar- och anhörigorganisationernas samarbete i denna form förbättrar underlagen för beslut på nationell nivå, och innebär en ökad förutsättning för att man verkligen tar hänsyn till brukarnas och de anhörigas perspektiv. Brukar- och anhörignätverkets visionsarbete illustrerar med stor tydlighet samarbetets vinster. I stället för att femton olika organisationer ska redovisa sina uppfattningar om hur man bör utforma insatser till personer med psykisk sjukdom och funktionshinder, ges här en samlad bild av vilka åtgärder människor med egen erfarenhet och deras närstående prioriterar. Nätverket har bidragit

till en samsyn mellan organisationerna som ökar deras möjligheter att delta i utvecklingsarbetet inom området. I dag saknas dock medel för att finansiera Brukar- och anhörignätverkets fortsatta arbete.

Psykiatrisamordningen anser att det under den kommande sjuårsperioden, som enligt våra förslag ska präglas av genomgripande förändringar på psykiatrins område, bör göras ytterligare insatser för att stärka brukarperspektivet. Brukar- och anhörigrörelsen kommer att behöva lägga ned betydande resurser och engagemang för att aktivt kunna delta i denna process. Det är rimligt att staten garanterar organisationernas medverkan i det fortsatta arbetet genom att tillföra ekonomiska resurser. För att detta stöd ska ge den bästa effekten, bör stödet enligt Psykiatrisamordningens uppfattning utgå till Brukar- och anhörignätverket, och inte till de enskilda organisationerna. Detta bör motsvaras av stöd från kommuner och landsting till organisationernas lokala föreningar och regionala nätverk. Det finns även andra former för stöd än traditionellt föreningsbidrag. Det kan röra sig om att en eller flera föreningar tillsammans får stöd för att driva verksamhet för målgruppen, eller erbjuder arenor för samvaro och intressepolitiska diskussioner.

Brukar- och anhörigorganisationerna har i dialog med Nationell psykiatrisamordning framhållit att deras resurser sällan räcker till att aktivt medverka och utöva inflytande i den omfattning de skulle önska. Det ekonomiska stödet till handikapprörelserna har också de senaste åren förändrats i en riktning där generellt organisationsbidrag ersatts av projektfinsierad verksamhet. Ett statligt finansiellt stöd till nätverket skulle dock inte påverka de enskilda föreningarnas möjligheter att via föreningsstöd och i andra former söka och få bidrag till övrig verksamhet. Stödet till Brukar- och anhörignätverket bör utgå med minst tre miljoner kronor årligen under sjuårsperioden, och utbetalas varje år i förskott. Mottagare av stödet är någon av de organisationer som ingår i nätverket, och som avsätter en särskild resurs för att koordinera arbetet och sammankalla nätverket. Medlen fördelas sedan vidare till de ingående organisationerna enligt beslut inom nätverket.

Brukar- och anhörignätverkets uppgifter under den närmaste sjuårsperioden:

- Vara dialogpartner med den särskilda funktion inom Regeringskansliet som Nationell psykiatrisamordning föreslår ska inrättas.
- Vara dialogpartner till Socialstyrelsen i myndighetens särskilda uppdrag att följa och stödja utvecklingen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser på området.
- Aktivt verka för ett förstärkt brukarinflytande i verksamheter som ger insatser till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. Här ingår förutom kommunerna och landstingen, även myndigheter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och de organ som är ansvariga för hjälpmedelsförsörjningen.
- Följa upp och vidareutveckla visionsdokumentet för den framtida utvecklingen på psykiatriområdet.
- Engagera sig i arbetet mot stigmatisering av personer med erfarenhet av psykisk sjukdom.
- Stödja utvecklandet av former för utbildning och stöd till brukar- och anhörigrepresentanter i deras lokala organisationer.

# 14 Huvudmannaskap, samverkan, samordning och ansvarsfördelning

## 14.1 Övergripande slutsatser

I det här kapitlet behandlas samordning och samverkan, vilket i många fall är en förutsättning för att individen ska få sina behov tillgodosedda ur ett helhetsperspektiv. En analys av samverkansproblematiken förutsätter också en diskussion om den nuvarande ansvarsfördelningen, dess lämplighet och tydlighet. Redan inledningsvis ska det därför understrykas att Nationell psykiatrisamordning bedömer att nya gråzoner ständigt uppstår, trots den strävan efter en tydlig ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner, som kom till uttryck genom psykiatrireformen. I dagsläget tar de berörda huvudmännen inte tillräckligt ansvar för att lösa dessa situationer genom att gemensamt tillgodose den enskildes behov. Detta får allvarliga konsekvenser för individen, dels genom att han eller hon riskerar att inte få sina omedelbara vård- och omsorgsbehov tillgodosedda, dels genom att han eller hon inte kan planera på längre sikt, vilket innebär att inflytande och kontroll över den egna livssituationen inte kan åstadkommas. Situationen är också allvarlig ur samhällsskyddssynpunkt eftersom huvudmännen inte samordnar och gemensamt följer upp sina insatser till människor som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar och/eller begår eller riskerar att begå brott. Dessutom kan det antas att samhällets samlade resurser skulle kunna användas mer effektivt om insatserna samordnades i större utsträckning.

Nationell psykiatrisamordning anser inte att situationen kan lösas genom att ytterligare försöka snäva in och avgränsa huvudmännens ansvar med förtydliganden. Snarare riskerar en sådan strategi att skapa nya gråzoner eftersom en ökad precisering kan leda till att avståndet mellan t.ex. hälso- och sjukvård och sociala insatser blir större. I stället bör man fokusera på aktörernas gemensamma ansvar för att ge människor med psykiskt funktionshinder sammanhållna, kunskapsbaserade och individanpassade insatser. I



dessa avseenden har staten enligt vår uppfattning inte varit tillräckligt tydlig.

#### 14.1.1 En huvudman är inte lösningen

En möjlig väg för att förbättra samordning och samverkan skulle vara att sjukvården eller socialtjänsten fick ett samlat ansvar för insatserna till personer med psykiskt funktionshinder. Brukarnätverket föreslår i rapporten om sin gemensamma vision att huvudmännen ska få fem år på sig att lösa sina samverkansproblem, och om det inte lyckas bör man återgå till en huvudman (Psykiatrisamordningen, 2006:6).

Nationell psykiatrisamordning har övervägt förslag till förändringar av huvudmannaskapet men inte funnit att det skulle lösa samverkans- och samordningsproblemet på psykiatriområdet. När människor med stora psykiska funktionshinder lever i samhället med delaktighet och självbestämmande som mål, kommer det alltid att finnas behov av att olika myndigheter samverkar kring varje person. Detta gäller inte bara hälso- och sjukvård och socialtjänst, utan också försäkringskassa, arbetsförmedling, utbildningsinstitutioner och i vissa fall kriminalvård och missbrukarvård. Beroende på vilka val och prioriteringar den enskilde gör och vilka behov han eller hon har, kommer vissa verksamheter att bli mer betydelsefulla än andra. Att bara fokusera på två huvudmän och deras samverkansproblem utgår från ett synsätt där man uppfattar att alla människor med psykiskt funktionshinder har behov av ungefär lika delar socialtjänst och hälso- och sjukvård. Nationell psykiatrisamordning menar i stället att en persons mix av samhällsstöd måste vara individuellt och att alla berörda aktörer måste ha beredskap att ta ett gemensamt ansvar när det är nödvändigt.

Liknande resonemang kan föras ur samhällsskyddssynpunkt. En person som t.ex. har en personlighetsstörning, missbrukar, lever i kriminella kretsar och får återkommande psykosgenombrott under inflytande av droger, kanske har kontakt med socialtjänsten, psykiatrin och beroendevården, och under vissa perioder kriminalvården, SiS-institutioner och rättspsykiatrin. I sådana fall har samhällsstödet också betydande inslag av kontroll och motivationsarbete för att förändra personens beteende. Att flytta gränserna mellan huvudmännen löser sannolikt inte situationen, eftersom det ändå kommer att uppstå gränser t.ex. mellan den som verkställer

straff och den som behandlar den psykiska sjukdomen och missbruket. I stället är det i sådana situationer särskilt viktigt att alla berörda aktörer hittar fungerande former för samverkan.

Sammantaget anser Nationell psykiatrisamordning att det inte är ändamålsenligt att ändra ansvarsfördelningen mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst, vilket oftast är det som menas när en huvudman efterlyses. Hur gränserna än dras kommer det alltid vid någon punkt att krävas samarbete mellan två eller flera aktörer som har olika kulturer, arbetssätt, ansvar och budgetar.

Samtidigt intar hälso- och sjukvård och socialtjänst en särställning, i synnerhet när det gäller insatser till människor med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder. Kraven på samordning mellan de båda bör därför regleras särskilt för att en önskvärd tydlighet ska kunna åstadkommas. Av detta skäl är det i första hand de gråzoner som uppstår mellan just hälso- och sjukvård och socialtjänsten som beskrivs här.

#### **14.1.2 Kraven på ökad samordning och samverkan bör tydliggöras genom lagstiftning**

Orsakerna till att samverkan inte fungerar är flera och har berörts i kapitel 2. En avgörande faktor är begränsade resurser hos de aktörer som ska samverka. Kommunernas och landstingens åtaganden är omfattande och ofta tvingas de prioritera mellan olika grupper med stora behov. Samverkan kan visserligen på länge sikt bidra till att de medel som avsatts på psykiatris område används mera effektivt. Kortsiktigt är det dock ofta mer lönsamt för varje huvudman att fokusera på sitt område och avgränsa uppdraget gentemot andra huvudmän, än att delta aktivt i samverkan. Ett resurstillskott behövs därför från staten för att utvecklingen av samhällets insatser till människor med psykiskt funktionshinder ska prioriteras de närmaste åren på ett sätt så att samverkan stimuleras. I kapitel 12 föreslår Nationell psykiatrisamordning ett riktat statsbidrag som ska gå till landsting och kommuner under sju år.

Detta är emellertid inte tillräckligt. Ytterligare en orsak till att samverkan inte fungerar verkar vara att den svenska välfärdssektorn saknar traditioner att arbeta gemensamt utifrån individens behov. I stället tycks organisationerna ha en stark ställning och ibland prioritera sina egna och de anställdas behov framför medborgarnas.

Dessutom styrs hälso- och sjukvård och socialtjänst av olika kulturer och synsätt. För att detta ska förändras krävs en statlig styrning som är mycket mer fokuserad på ett gemensamt ansvarstagande och mer samordnad än i dag. Detta förutsätter att insatser för ökad psykisk hälsa blir ett politikområde, att tillsynen samordnas bättre och det statliga stödet till utveckling i landsting och kommuner ges på ett mera integrerat sätt. Detta har utvecklas i kapitel 12. Men vi ifrågasätter också om stöd och stimulans är tillräckligt för att förmå landsting och kommuner att ta ett gemensamt ansvar i de situationer när det är nödvändigt för att den enskilde personen ska få sina behov tillgodosedda.

Riksdag och regering har vid flera tillfällen under den senaste tioårsperioden använt strategin stöd och stimulans för att åstadkomma ökad samverkan mellan psykiatri och socialtjänst. Delar av de medel som avsattes i samband med psykiatrireformens genomförande 1995–1999 användes för samverkansprojekt, t.ex. gemensamma team för psykiskt störda missbrukare och gemensamma insatser på rehabiliteringsområdet. Utvärderingarna visar att projekten haft flera goda effekter, men att man inte lyckats skapa tillräckligt långsiktiga och fungerande strukturer för ett gemensamt ansvarstagande för insatserna till enskilda personer.

Även Nationell psykiatrisamordning har haft i uppdrag att stimulera samverkan mellan socialtjänst, psykiatri och andra berörda huvudmän som t.ex. kriminalvård, SiS-institutioner, Försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheterna och skolan. Våra insatser för ökad samverkan har främst gjorts på två sätt. Dels bedrivs fram till 2007 flera riktade projekt i syfte att bygga upp samverkansstrukturer, dels var en gemensam ansökan mellan landsting och kommuner en förutsättning för att få del av de särskilda medel som regeringen avsatte 2005–2006. Därutöver har välbesökta konferenser och seminarier hållits kring just samverkansfrågor.

Nationell psykiatrisamordning bedömer att de initiativ som statsmakterna tagit de senaste åren haft goda effekter så länge de pågått men att de inte får någon större betydelse på längre sikt, om man inte gör mer för att tillvarata det engagemang och den vilja till samarbete som projekten genererar. Skälet är att de orsaker som redovisats ovan, bristande resurser, svaga samverkanstraditioner och olika kulturer, är så starka hinder för samverkan att de inte kan förändras genom tillfälliga stimulansmedel. Skyldigheten att samverka och samordna insatserna måste i stället förtydligas genom lag.

En sådan lagstiftning måste ange de berörda huvudmännens skyldigheter att dels samordna och gemensamt planera insatserna kring den enskilde, dels kräva att det på lokal och regional nivå tas ett övergripande ansvar för de gråzoner som uppkommer genom att avtal upprättas. Ett viktigt mål med Nationell psykiatrisamordnings förslag är att de som behöver insatserna och deras närstående ska kunna få tydliga besked om vilka krav på insatser som de kan ställa på vilken huvudman. Det innebär också att både individer, närstående och deras organisationer bör tilldelas en aktiv roll i lagstiftningen.

### **14.1.3 Hinder för samverkan och samordning måste undanröjas**

Nationell psykiatrisamordning anser att det nuvarande regelsystemet och organisationsstrukturen innehåller hinder mot en effektiv samordning och samverkan. Flera bestämmelser som motverkar samarbete finns t.ex. i regleringarna kring sekretess, personuppgiftsbehandling, dokumentation och journalföring. I kapitel 15 beskrivs hur dagens lagstiftning begränsar möjligheterna för landsting och kommuner att göra gemensamma behovsbedömningar och bedriva integrerade verksamhetsuppföljningar.

Därutöver kan man se generella svårigheter med att regelsystemen för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter är uppbyggda på olika sätt. Till exempel är socialtjänstlagen en lag med rättighetsinslag, medan hälso- och sjukvårdslagen helt och hållet kan karaktäriseras som en skyldighetslagstiftning. Det gör det lättare att mer detaljerat ange vilka tjänster socialtjänsten ska tillhandahålla än motsvarande för hälso- och sjukvården. Ur ett kommunalt perspektiv upplevs ofta den skillnaden som problematisk eftersom den innebär att landstingets hälso- och sjukvård får ett större utrymme att prioritera mellan olika verksamheter än vad kommunernas socialtjänst har möjlighet till. Kommunen har också det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Även detta begränsar kommunens handlingsutrymme i jämförelse med landstingets.

Hälso- och sjukvården är dock detaljreglerad när det gäller vissa procedurfrågor, t.ex. delegationsbestämmelser och regler som gäller läkemedelshantering. Även detta kan innebära komplikationer och ökad administration när kommunernas socialtjänst och

landstingets hälso- och sjukvård ska samverka i exempelvis ett boende för personer med psykiskt funktionshinder

De skilda regleringarna innebär också att kvalitetsföreskrifterna för hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten har olika utformning, vilket ställer krav på att t.ex. hantera avvikelser på två skilda sätt, om man driver en verksamhet gemensamt. Dessutom är det i dag är två tillsynsmyndigheter som ställer olika krav och som inte alltid samverkar tillräckligt mycket.

Ytterligare en viktig skillnad mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård berördes i kapitel 2, nämligen att förtroendevalda och professionella har skilda roller inom de båda verksamhetsområdena. I socialtjänstlagen regleras nämndens verksamhet och de politiska valda ledamöterna har formellt ansvaret för beslut även i individuella ärenden. I hälso- och sjukvården fattas individuella beslut av professionella som också har ett särskilt reglerat ansvar för dessa beslut. Politiker och professionella från de båda verksamheterna som ska samverka möts därför delvis på olika villkor med skilda roller. De erfarenheter som samordningen gjort genom sina kontakter med kommuner och landsting visar därför att reglerna och organisationerna behöver ses över för att bli mer lika varandra. Det ligger emellertid utanför vårt uppdrag att lämna förslag till sådana förändringar.

## 14.2 Gemensam individuell planering

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska införas två likalydande bestämmelser som innebär att landstinget och kommunen ska vara skyldiga att tillsammans upprätta en individuell plan när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

### Skäl för förslaget

Kraven på samverkan uttrycks i dag på olika sätt i de lagar som styr samhällets insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Socialtjänstlagen § 3:5 slår fast att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan

organisationer och andra föreningar. Landstingets hälso- och sjukvård har däremot inget generellt lagstadgat ansvar för att på individnivå samverka med kommunernas socialtjänst eller andra samhällsorgan. I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2005f) ställs dock krav på rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter. Detta gäller t.ex. överföring av information om enskilda patienter och för samverkan i vårdprocesserna mellan olika yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, förutsatt att det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen eller lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Från 1 januari 2007 förstärks hälso- och sjukvårdens samverkansansvar i lagstiftningen. I äldrevårdpropositionen 2005/2006:115 föreslås att innebörden av begreppet god vård preciseras så att det av § 2 a p. 5 framgår att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. Enligt förslaget ska samma paragraf också ange att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Bestämmelsen tar främst sikte på hälso- och sjukvårdsinsatserna även om den kommunala hälso- och sjukvården i särskilda boenden kan ses som en integrerad del av socialtjänsten. Människor med psykiskt funktionshinder får ganska liten del av de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna och det råder stor oklarhet kring vilka insatser av psykiatrisk karaktär som kommunerna ska ha ansvar för. De regleringar som regeringen föreslår kommer därför inte, enligt vår bedömning, att ändra förutsättningarna för samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även efter 1 januari 2007 kommer därför dagens situation att finnas kvar, vilket innebär att ett generellt krav på samverkan kring individerna finns för socialtjänstens men inte för hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68) föreslog att landsting och kommuner skulle ha krav på gemensam vårdplanering för de patienter som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt eller ordinärt boende. Regeringen valde dock i propositionen, 2005/2006:115, att inte genomföra förslaget, bland annat med hänvisning till att Socialstyrelsen redan hade utfärdat föreskrifter.

### 14.2.1 Planeringsansvaret ska följa av lag

Vikten av samordning och de påtagliga brister som finns på detta område redogjordes för inledningsvis i det här kapitlet. Där konstaterades att samverkan bl.a. är särskilt eftersatt när den enskildes insatser ska planeras på längre sikt för att främja samverkan, och när det gäller insatser till personer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar.

Nationell psykiatrisamordning delar inte regeringens uppfattning i äldrevårdspropositionen, att någon lagstiftning inte behövs eftersom Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter. Föreskriften om samverkan vid utskrivning gäller endast patienter som vårdas i slutenvård (Socialstyrelsen 2005j) och föreskriften om ledningssystem för kvalitet reglerar bara en skyldighet att det ska finnas rutiner för vem som ansvarar för samverkan och planering (Socialstyrelsen 2005j). Detta är inte tillräckligt för att huvudmännen ska ta ett gemensamt och sektorsövergripande ansvar.

Psykiatriutredningen angav *ett samordnande organ* som en hörnsten i genomförandet av psykiatrireformen. Utredningen ansåg att den uppgiften skulle ligga på kommunen. Detta uttrycks dock inte i lagstiftningen och det framgår inte heller tydligt av propositionen (Prop. 1993/94:218) om avsikten var att ge kommunen ett samordningsansvar utanför sitt verksamhetsfält. Det uttrycks dock i propositionen klart att kommunerna har ett planerings- och samordningsansvar för de sociala insatserna och att man ska påtala behov av insatser hos andra myndigheter och organisationer.

Nationell psykiatrisamordning har övervägt att förstärka kommunens samordnande roll. En sådan förstärkning skulle göra tydligt vem som har huvudansvaret för planering och samordning. Ett sådant förtydligande skulle också understryka att planeringen ska göras utifrån den enskildes vardagssituation och de mål som han eller hon ställer upp på olika livsområden.

Samtidigt finns argument emot att låta kommunen ha ett mera långtgående planerings- och samordningsansvar än landstingets hälso- och sjukvård. Den första kontakten för en person som har en psykisk sjukdom eller upplever psykisk ohälsa sker ofta med hälso- och sjukvården. I många fall är det väsentligt att planeringen inleds omedelbart och att kontakter tas med andra berörda aktörer som har ansvar för insatser som är nödvändiga för den enskilde. Det finns också personer som under länge perioder bara har in-

satser från hälso- och sjukvården, men även i sådana fall kan det gemensamma ansvarstagandet vara av avgörande betydelse.

Ett annat argument mot ett förstärkt och förtydligt ansvar för bara den ena av de två huvudmännen är att en sådan förändring, i stället för att ge incitament för ett gemensamt ansvarstagande, kan uppfattas som att den som har det huvudsakliga planerings- och samordningsansvaret också själv ska svara för insatserna. Risken är särskilt stor om ansvaret ligger hos kommunen som också har det yttersta ansvaret för att den som vistas i kommunen ska få det stöd och den hjälp han eller hon behöver (SoL 2 kap 2 §). Kommunen kan då tänkas bli ansvarig också för insatser som egentligen åligger en annan huvudman, men som den av någon anledning inte tillhandahåller. Detta får konsekvensen att det ekonomiska ansvaret fördelas på ett sätt som inte stämmer överens med den gällande lagstiftningen och att kommunen tvingas utföra tjänster som den inte har kompetens för, vilket kan drabba den enskilde på ett negativt sätt. Det är också sannolikt att kommunens benägenhet att bedöma den enskildes behov ur ett helhetsperspektiv kan minska om man riskerar att bli ansvarig för insatser utanför sitt ansvarsområde. Om båda huvudmännen i stället får ett likalydande ansvar för planering och samordning minskas incitamenten för de berörda huvudmännen att vältra över ansvaret på någon annan.

Mot den bakgrunden har vi stannat för lösningen att båda huvudmännen ska ha ett likalydande ansvar för att upprätta en individuell plan och samordna insatserna kring den enskilde. Syftet är att åstadkomma en struktur för vård- och omsorgsinsatser till personer med behov av insatser från flera huvudmän, så att de inte "tappas bort" eller "bollas" mellan de ansvariga och att både kort- och långsiktiga behov av samordning tillgodoses.

Bestämmelserna kommer inte vara avgränsade till personer med psykiskt funktionshinder utan gälla alla fall där en individuell plan som är gemensam mellan landstinget och kommunen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Missbrukarvården, äldreomsorgen och arbete med försörjningsstöd är exempel på verksamheter inom socialtjänsten där bestämmelsen kan få stor betydelse. Inom hälso- och sjukvården finns stora behov av planering för patienter i den psykiatriska vården och beroendevården. Det måste dock understrykas att ingen socialtjänst- eller hälso- och sjukvårdsverksamhet är undantagen, utan att den enhet som möter en patient eller klient som behöver en individuell plan som är gemensam mellan huvudmännen måste upprätta en sådan. Skyldig-



heten är inte heller avgränsad till vissa åldersgrupper utan gäller insatser till både vuxna och barn.

I de fall planen behövs för att planera stödåtgärder under en längre tid och på flera livsområden, ställs särskilda krav på de professionella som tillsammans med den personen och de närstående upprättar den individuella planen. I många fall behöver personen stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att den professionelle är lyhörd och själv efterfrågar behoven på olika områden. Behovsbedömningen bör vara systematisk och dokumenteras så att uppföljningar blir möjliga. I synnerhet gäller det personer som inte själva formulerar sina behov eller driver sina intressen. I kapitel 12 utvecklar Nationell psykiatrisamordning hur statens stöd till kommuner och landsting behöver organiseras för att huvudmännen ska kunna möta kraven i den nya lagstiftningen. Det handlar t.ex. om att Socialstyrelsen fortsätter att utveckla och pröva instrument för systematisk behovsbedömning, och att de medel som avsätts inom området de närmaste åren används för utbildning och kompetensutveckling.

#### 14.2.2 Planeringsskyldigheten ska gälla när det behövs

En viktig utgångspunkt för Nationell psykiatrisamordning är att planen inte ska innebära någon onödig administration i hälso- och sjukvård och socialtjänst. En individuell plan ska därför bara upprättas när den behövs.

För att ta ställning till om en plan ska upprättas behöver man därför göra en bedömning av om det finns något behov av en sådan. Omfattningen av bedömningen kan variera beroende på omständigheterna i varje enskilt fall. Uppgifterna i en epikris eller utredningen av en ansökan om bistånd kan i många fall ligga till grund för en bedömning av om några insatser kan behöva samordnas för att den enskildes behov ska tillgodoses. Om uppgifter tyder på att en plan behövs, kan man behöva ställa följdfrågor för att närmare ta reda på hur behovet ser ut. Behovet kan också identifieras genom att den enskilde säger sig vilja ha hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. Även de närståendes beskrivningar av situationen ska ha betydelse för behovsbedömningen.

En tydlig situation när en individuell plan behövs, är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet som gör

bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar. Det kan handla om en person som har sociala insatser från kommunen men som har svårt att ta emot dessa om han inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser. Men det är emellertid inte bara i en sådan situation som en plan kan behövas enligt bestämmelsen. Skyldigheten gäller så fort det framkommer att den enskilde har ett behov av insatser från en annan huvudman – behov som han eller hon inte kan tillgodose helt på egen hand. När ett behov av insatser från en annan huvudman identifieras hos en patient eller klient ska personen alltid tillfrågas om han eller hon behöver hjälp att ta den kontakten. Behovet bör följas upp och den enskilde kan behöva motiveras till att ta kontakter som är viktiga för hans eller hennes livssituation.

När det gäller personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar eller har en kriminell livsstil bör man utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses. Det finns vetenskapligt stöd för att behandling för missbruket respektive den psykiska sjukdomen ska ges samtidigt, och att resultatet blir sämre om man bara ger sociala eller bara medicinska insatser, jämfört med om alla livsområden blir föremål för vård, stöd och behandling. Eftersom det i dessa fall ofta är frågan om motiverande insatser är det särskilt viktigt att de som ska ge insatserna inte släpper taget, utan agerar gemensamt i syfte att förbättra den enskildes hälsa och livssituation och, när det är möjligt, nå drogfrihet.

Även i andra fall, t.ex. när det gäller personer med allvarliga psykiska sjukdomar med täta slutenvårdstillfällen och där varken vardagsstöd eller behandling tidigare haft önskvärda resultat, kan man utgå från att en individuell plan behövs utan att någon mer omfattande behovsbedömning är nödvändig. Samma bedömning kan göras kring äldre personer med demenssjukdomar som samtidigt har flera somatiska sjukdomar och kring barn och ungdomar som har en omfattande och samtidig psykiatrisk och social problematik.

### 14.2.3 Begreppet individuell plan

Planeringsskyldighet på olika områden uttrycks, som framgår ovan, på skilda sätt i olika lagar. Begreppet vårdplan, som används i tvångsvårdslagstiftningen och i betalningsansvarslagen, är inte användbart i detta sammanhang eftersom den planeringsskyldighet

som ska följa av de föreslagna bestämmelserna kommer att omfatta även andra insatser än vård och behandling.

Ett möjligt handlingsalternativ vore att utforma bestämmelsen som ett krav på planering och inte på plan. Så uttrycks t.ex. skyldigheten i socialtjänstlagen när det gäller missbrukare. Syftet med de bestämmelser om individuell plan som Nationell psykiatrisamordning föreslår är naturligtvis att få till stånd en gemensam planering, inte att åstadkomma fler dokument och en ökad administration inom vården och omsorgen. Samtidigt måste den planering och ansvarsfördelning som huvudmännen kommit överens om tillsammans med den enskilde, bli tydlig och inte överges. Detta talar för att det ska ställas krav på *plan* eftersom det i detta ligger ett krav på att planeringen ska vara dokumenterad för sig. I skyldigheten att upprätta en plan ligger även en skyldighet att genomföra planeringen.

#### 14.2.4 Planen ska upprättas av landstingen och kommunen

Landstinget och kommunen ska var för sig ha skyldighet att tillsammans upprätta planen. Ett alternativ till att peka ut kommunen som ansvarig skulle vara att ansvaret i stället låg på socialnämnden. Detta skulle dock enligt vår uppfattning vara begränsande eftersom den fria nämndorganisationen gör att kommunen kan organisera sina insatser på vård- och omsorgsområdet på olika sätt. Även om en nämnd måste fullgöra uppgifter enligt socialtjänstlagen kan det ändå finnas verksamhet som faller utanför nämndens verksamhet, men som ändå vänder sig till personer som kan ha behov av en individuell planering.

Enligt de bestämmelser som här föreslås kommer inte den kommunala hälso- och sjukvården att ha något planeringsansvar, varken enligt socialtjänstlagen eller enligt hälso- sjukvårdslagen. I de fall som gäller en person som bor i ett särskilt boende torde detta inte vara något problem eftersom hälso- och sjukvården då kan ses som en integrerad del av socialtjänstens verksamhet. Om planeringsbehovet identifieras inom ramen för en kommunal hälso- och sjukvårdsinsats i ett särskilt boende är det planeringsskyldigheten i socialtjänstlagen som är tillämplig, eftersom hälso- och sjukvård och socialtjänst knappast kan åtskiljas i en sådan situation. Bedömningen kan dock bli svårare i de kommuner som också ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende. I en sådan situation agerar en

sjuksköterska i kommunen som t.ex. lägger om ett sår hemma hos den enskilde endast utifrån bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Trots detta anser Nationell psykiatrisamordning inte att några bestämmelser om planeringsskyldighet för kommunal hälso- och sjukvård behövs. Kommunen bör i stället genom interna kvalitetssystem kunna säkerställa att behovet av insatser mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i kommunen tillgodoses. Skulle det handla om att en sjuksköterska i kommunen upptäcker ett behov av medicinska specialistinsatser får det anses ligga inom ramen för det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret att kontakta landstinget för fortsatt behandling.

De bestämmelser som föreslås här ska ses som en utvidgning av båda huvudmännens ansvar, eftersom de innebär att det är personens samlade behov som ska uppmärksammas oavsett vilken huvudman som han eller hon har kontakt med. Planeringsansvaret innebär dock ingen rätt för en huvudman att besluta om ett samhällsstöd som någon annan ska tillhandahålla. Utredning och beslut enligt socialtjänstlagen kan t.ex. inte göras av någon annan huvudman än kommunens socialtjänst. På motsvarande gäller att den slutgiltiga bedömningen av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som ska ges till enskild patient och hur de ska utformas görs av hälso- och sjukvårdspersonal på uppdrag av en vårdgivare som arbetar för kommunen eller landstinget.

I en enskild persons rehabiliteringsprocess kan det finnas flera viktiga aktörer än socialtjänsten och hälso- och sjukvården, t.ex. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Dessa får ingen skyldighet att upprätta en plan enligt de här förslagna bestämmelserna. I socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldighet ingår dock att tillsammans med personen och de närstående identifiera dessa aktörer och ge dem möjligheter att delta i planeringen. Det kan också vara frågan om icke-offentliga organ som brukarorganisationer, sociala kooperativ och dylikt. Enligt den bestämmelse som föreslås här är ingen av dessa skyldig att delta i planeringen, men när det gäller de statliga myndigheterna måste det höra till deras allmänna ansvar att delta när de får en kallelse från socialnämnden eller hälso- och sjukvården. Enligt det förslag till särskilt aktivitetsstöd för vissa personer med psykiskt funktionshinder som motiveras i kapitel 6, kommer Försäkringskassan få ett förtydligt samordningsansvar på rehabiliteringsområdet, vilket också påverkar kommunens verksamhet.

De föreslagna bestämmelserna i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen kommer att innebära att när kommunen eller landstinget bedömt att det finns behov av att upprätta en plan tillsammans med den andra huvudmannen, ska man kalla till en individuell planering. Detta förutsätter att det i kommunen respektive landstinget finns rutiner för vem som tar emot en sådan kallelse, och rutinerna ska vara skriftliga och kända av den berörda personalen. Kallelsen ska skickas så snart behovet identifierats, och planeringen ska inledas senast dagen efter att kallelsen har mottagits. Att planeringen inleds innebär att en första kontakt tas med den andre huvudmannen. Enligt de föreslagna bestämmelserna har den som tar emot kallelsen ett lagstadgat ansvar att delta i planeringen.

#### 14.2.5 Planens innehåll

Ett syfte med planen är att tydliggöra för den enskilde vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret dem emellan är fördelat. Detta innebär att planen måste innehålla vissa basuppgifter. Vilka dessa ska vara bör anges i lagen.

Av planen ska framgå *målen för insatserna* på kortare och längre sikt. Målen sätts upp dels av professionella bedömare, dels av den enskilde personen själv. Ibland sammanfaller sannolikt dessa mål och ibland skiljer de sig åt. I de fall det finns väsentliga skillnader bör detta framgå av planen.

Att målen ska anges både på kortare och längre sikt visar hur planerna kan användas: både för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, och för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation. Detta innebär att planeringsskyldigheten inte är begränsad till personer med stora och omfattande behov, utan att den gäller alla patienter och klienter som landstinget och kommunen kommer i kontakt med, och där en individuell plan behövs för att behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Som framhållits ovan kan insatser från andra än kommunen och landstinget vara av stor betydelse för att den enskildes samlade behov ska tillgodoses, t.ex. rehabiliterande arbetsmarknadsåtgärder från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Även dessa ska anges i planen.

Av planen ska också framgå *vilka insatser respektive huvudman svarar för*. Det kan handla om en ansvarsfördelning som behöver tydliggöras för personen och de närstående, men som är tämligen okomplicerad, t.ex. att det kommunala boendestödet ger insatser på vissa bestämda tider enligt ett uppgjort schema, och att den psykiatriska vården finns tillgänglig om behov uppkommer på nätter och helger. Men det kan också vara fråga om ett skraddarsytt samarbete kring en viss individ, t.ex. vem som ska reagera när en person som missbrukar slutar delta i en sysselsättningsverksamhet och vad reaktionen ska leda fram till.

Ansvar för de olika huvudmännen ska anges så konkret och tydligt som möjligt. Om det t.ex. finns ett biståndsbeslut om boendestöd ska omfattningen av beslutet framgå, och det räcker inte med allmänna formuleringar som att kommunen svarar för stöd i vardagen. På liknande sätt bör innehållet i allmänna och specialiserade hälso- och sjukvårdsinsatser framgå av planen. Det kan handla om t.ex. läkemedelsbehandling, psykoterapi, arbetsterapeutiska insatser eller sjukgymnastik.

I begreppet "svara för" ingår också vem som ska bekosta insatserna. I många fall är detta inte nödvändigt att ange eller diskutera eftersom ansvarsfördelningen följer av lag. I vissa situationer, t.ex. när det gäller behandlingshemsvistelser eller skraddarsydda, samordnade insatser kring en viss individ med stora behov, kan emellertid planeringen falla om kostnadsfördelningen inte angetts i planeringen. Det ska dock understrykas att planeringens syfte inte är att reglera det ekonomiska ansvaret mellan de berörda huvudmännen, utan att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

När en planering kommit till stånd behöver det vara tydligt bestämt, inte minst för den enskildes och hans eller hennes närstående, vem som ska kalla till nästa möte och vem som har huvudansvaret för att följa upp de insatser som har planerats. Av planen ska därför framgå vem som ska *samordna insatserna*. Det räcker inte med att kommunen eller landstinget anges ha ansvaret, utan i planen ska en namngiven befattningshavare hos någon av huvudmännen anges. Däremot är det inte fråga om ett personligt ansvar för planeringen, utan det är landstinget eller kommunen som åtar sig att stå för samordningen. Syftet med att ange en bestämd befattningshavare är att den enskilde och de närstående måste veta till vem de kan vända sig för frågor och synpunkter. I kapitel 4 tar Nationell psykiatrisamordning ställning för att en

samordnare eller klientansvarig handläggare bör utses för alla i socialtjänsten som har behov av det, och att en patientansvarig läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen bör utses i fler fall än i dag. Den som anges i planen som samordnande kan vara någon av dessa men också någon annan som har mycket kontakt med personen. Naturligtvis bör man sträva efter kontinuitet och undvika ett stort antal kontakter.

Den som har samordningsansvaret behöver inte vara samma huvudman som kallat till planeringen. Vilken huvudman som är mest lämpad för uppgiften avgörs av den enskildes önskemål och behov, insatsernas karaktär och den aktuella arbetsbelastningen. Huvudregeln bör vara att det är den som ansvarar för uppgiften ska vara den huvudman som personen bedöms ha mest kontakten med. Konstruktionen med att en huvudman får ansvar för samordningen och att en namngiven person anges i planen skapar, enligt vår uppfattning, goda förutsättningar för huvudmännen att arbeta med s.k. case management-metodik (se kapitel 7).

#### 14.2.6 Enskilda och närstående

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Genom uttrycket *tillsammans med* understryks att det enligt huvudregeln inte är fråga om att inhämta personens samtycke i efterhand, utan att han eller hon ska delta aktivt och att det är hans eller hennes behov och önskemål som ska vara utgångspunkten för planeringen.

Detta ska ske när det är möjligt. Syftet med den begränsningen är att understyrka att planeringsansvaret finns kvar också när en person själv väljer att inte delta, eller på grund av t.ex. sin psykiska sjukdom, sin demens, sitt missbruk eller liknande inte förmår att delta. Detta är undantagssituationer som aldrig får användas rutinmässigt för att förenkla arbetssituationen för de professionella. Uttrycket *så långt det är möjligt* är samma uttryckssätt som används i hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om att vården och behandlingen ska utformas och genomföras tillsammans med patienten. Uttrycket innebär t.ex. att det inte är tillräckligt att konstatera att en person är psykotisk och därför kommer att bli mycket rädd i en situation där ett större antal personer deltar. Så långt det är möjligt innebär att planeringssituationen då måste anpassas efter den enskilde. Kanske kan någon han eller hon känner

diskutera behovet av insatser i enrum med den det gäller, för att sedan föra vidare resultatet till den större gruppen. På liknande sätt bör en person med en demenssjukdom på något sätt få möjlighet att uttrycka sina önskemål så långt det är möjligt.

En plan enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen kan aldrig upprättas mot den enskildes uttryckliga vilja. Även sekretesslagens reglering är tillämpbar utan undantag, vilket innebär att personen måste gå med på att uppgifter lämnas från den ena huvudmannen till den andra. Detta ska uttryckas i lagtexten. Skälet är att planeringsskyldigheten inte syftar till att utvidga huvudmannens möjlighet att utbyta information, utan att planeringen ska göras med hänsyn till de gällande sekretessbestämmelserna. I kapitel 15 tar vi emellertid ställning för att huvudmannens möjlighet att lämna uppgifter till varandra ska utökas när det krävs för att den enskilde personen ska få nödvändig vård och behandling.

Att den enskildes samtycke krävs innebär inte att de berörda huvudmännen kan nöja sig med att patienten eller klienten inte vill i situationer när det handlar om människor med nedsatt självbestämmande. Gör man bedömningen att en gemensam individuell plan behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda har man också ett ansvar för att motivera och stödja människan det gäller i den processen.

Planen ska upprättas tillsammans med närstående om den enskilde inte motsätter sig detta. Syftet med att särskilt ange de närståendes rätt att delta i planeringen är att slå fast att planeringen ska utgå från den enskildes hela livssituation där de närstående spelar en viktig roll. Det handlar också om att personer som lever nära personen och därför i hög grad berörs av de planerade insatserna ska kunna ge uttryck för sina åsikter, behov och önskemål.

Med närstående menas liksom i den närliggande lagstiftningen människor med nära band till den enskilde, oavsett biologiskt släktskap. Det är i hög grad personen själv som avgör vem som är närstående. I begreppet ingår också barn, även om det måste tas hänsyn till barnets ålder och mognad när det avgörs om ett barn ska delta i vårdplaneringen. Om så sker måste planeringen göras ur barnets perspektiv vilket kan innebära att han eller hon får särskild information om den närståendes sjukdom eller behov, syftet med planeringen och barnets roll. Barnet bör alltid ha någon med sig vars främsta uppgift är att vara ett stöd och löpande förklara för barnet vad som händer. Främst är det tonåringar som kan bli



aktuella i en individuell planering när insatser till en förälder planeras.

Den enskilde kan motsätta sig att en närstående deltar. Detta måste alltid respekteras. Däremot finns det ofta skäl att försöka övertala honom eller henne om få lämna viss information till den närstående, särskilt gäller det personer som den närstående lever tillsammans med. Naturligtvis gäller det inte i fall när den närstående har begått brott mot personen som planeringen gäller, eller på annat sätt kan antas utgöra en fara för honom eller henne.

Det är viktigt att den enskilde får ta del av den upprättade individuella planen i skriftlig form. Lite tillspetsat kan det ses som ett kvitto på vad kommunen och landstinget har åtagit sig att göra. Möjligheten att få en skriftlig kopia av den individuella planen ska även gälla en närstående om den enskilde personen inte motsätter sig detta.

En viktig princip är att personen själv ska kunna ta initiativ till en individuell planering. Syftet är att ge honom eller henne en möjlighet att själv se till att insatserna samordnas när kommunen eller landstinget inte gör detta. Detta stärker den enskildes ställning och ökar hans eller hennes möjlighet till kontroll och inflytande. Samma möjlighet ska enligt förslaget även gälla närstående om den enskilde inte motsätter sig detta. När personen i fråga eller en närstående begär det ska en gemensam individuell plan alltid upprättas, även om företrädare för huvudmännen bedömer att det inte behövs.

#### **14.2.7 Hur förhåller sig den individuella planen till andra planer?**

Som framgått ovan finns bestämmelser om planeringsskyldighet på flera olika områden. Det förekommer också att planeringar görs i situationer när någon sådan lagstadgad skyldighet inte finns. Exempelvis planeras enskilda personers sociala insatser i vissa kommuner utan att något sådant krav finns i socialtjänstlagen. Förekomsten av en sådan plan kan ibland, men inte alltid, leda till bedömningen att den är tillräcklig och att en individuell plan enligt hälso- och sjukvårdslagen eller socialtjänstlagen därför inte behövs. Detta är bara fallet om kommunen och landstinget gemensamt har upprättat den plan som anses tillgodose behovet av planering.

Hur olika bestämmelser om planeringsskyldighet förhåller sig till varandra avgörs i hög grad av syftet med respektive bestämmelse. När habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel planerats enligt § 3 b st. 3 eller 18 b st. 3 kan den planeringen i vissa fall innebära att en individuell plan enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen inte behövs. Det ska också vara möjligt att i samverkan med den enskilde välja att komplettera habiliterings- och rehabiliteringsplanen i stället för att upprätta en individuell plan. Det faktum att det finns en habiliterings- och rehabiliteringsplan innebär dock inte alltid att en individuell plan enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen inte behövs.

Även om den föreslagna bestämmelsen i vissa situationer ligger nära den i § 3 b och 18 b i hälso- och sjukvårdslagen, så finns också väsentliga skillnader. Huvudsyftet med den bestämmelse som här föreslås är att garantera ett gemensamt ansvarstagande när det är nödvändigt. Syftet med bestämmelsen i 3 b och 18 b är att planera rehabilitering och habilitering, även om det bara är sjukvårdshuvudmannen som ska tillhandahålla insatserna. Detta kan ske utan någon samverkan med socialtjänsten eller någon annan aktör. En annan skillnad mellan bestämmelserna är att den skyldighet som här föreslås omfattar planering på alla områden, inklusive socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser av mer behandlande än rehabiliterande och habiliterande karaktär.

För personer som vårdas enligt lagen om (1991:1128) psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård aktualiseras en bestämmelse om vårdplanering i LPT § 16, som också LRV hänvisar till. Enligt bestämmelsen ska en vårdplan upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård, och den ska ange de behandlingsinsatser och andra åtgärder som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås. Syftet med tvångsvården är enligt § 2 LPT att den som är föremål för tvångsvården ska bli i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Enligt § 16 st. 2 ska chefsöverläkaren undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten.

En skillnad mot den bestämmelse som föreslås här är att i LPT och LRV saknas krav på att planeringen ska göras gemensamt med socialtjänsten, även om samråd ofta behövs. Syftet med planen är inte tydligt kopplat till patientens behov i vidare bemärkelse utan är främst inriktat på att tvångsvården ska upphöra.

I de fall när vårdplanen enligt LPT eller LRV ändå upprättats tillsammans med kommunen och man kommit överens om hur patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska tillgodoses, finns inget behov av en gemensam individuell planering enligt socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen. När tvångsvården upphör ska planen som upprättats enligt LPT eller LRV i sådana fall kunna betraktas som en individuell plan enligt hälso- och sjukvårdslagen eller socialtjänstlagen, om huvudmännen kommer överens om detta och den enskilde samtycker.

Rätten att begära en individuell plan enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen gäller enligt huvudregeln även patienter som tvångsvårdas, men eftersom chefsöverläkaren ytterst bestämmer om behandlingen kan han eller hon bedöma, med hänsyn till behandlingen, att en sådan frivillig planering inte kan göras. Den bedömningen kan också göras om begäran kommer från en närstående. Patientens eller den närståendes uppfattning att samordning med kommunen behövs måste dock alltid tas på största allvar och i möjligaste mån tillgodoses.

Även i lagen (1988:870) om vård av missbrukare och i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga finns krav på planering. Av socialtjänstens utredning i ett LVM-ärende ska det framgå i vilket hem intagningen kan göras och vilken vård utanför hemmet som planeras (§ 10). Enligt LVU ska socialnämndens ansökan till länsrätten om beredande av vård bl.a. innehålla en redogörelse för den vård som nämnden tänker anordna (§ 4 st. 2). Båda bestämmelserna är av rättsäkerhetskaraktär på så sätt att de ställer krav på att vård mot någons vilja ska vara väl genomtänkt och planerad. Planeringsskyldigheten där är inte inriktad mot samverkan mellan flera huvudmän och regleringarna får därför anses ha ett annat syfte än dem som föreslås här.

Enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ska en vårdplanering göras gemensamt mellan slutenvården, öppenvården och kommunernas socialtjänst. Skyldigheten att upprätta en vårdplan enligt lagen tar sikte på att förbereda patientens utskrivning, så att han eller hon får tillgång till adekvata insatser omedelbart efter slutenvårdstillfället. Upprättandet av en vårdplan hör ihop med kommunens skyldighet att betala för hälso- och sjukvård på sjukhus en viss tid efter att patienten har bedömts som utskrivningsklar av en ansvarig läkare.

En vårdplan enligt betalningsansvarslagen kan i vissa fall innebära att en individuell plan enligt hälso- och sjukvårdslagen och social-

tjänstlagen inte behöver upprättas om patientens behov kan tillgodoses genom de åtgärder som upptas i vårdplanen. I andra fall kan bedömningen bli en annan eftersom patientens behov av planering sträcker sig längre än till de insatser som kan behövas i samband med utskrivningen. Planerna kan då upprättas parallellt. Däremot kan de inte läggas samman eller ersätta varandra eftersom bestämmelserna i betalningsansvarslagen reglerar ett ekonomiskt förhållande mellan huvudmännen. Däremot kan själva planeringen göras gemensamt.

Socialstyrelsen har preciserat kraven på individuell planering i *Föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård* (Socialstyrelsen 2005). I dessa anges bl.a. vilka uppgifter en vårdplan enligt betalningsansvarslagen ska innehålla. Det slås också fast att vårdplanen ska samordnas med en eventuell planering som fanns före inskrivningen i den slutna vården. Föreskriften påverkas inte av de lagändringar som Nationell psykiatrisamordning föreslår.

I socialtjänstlagen finns en bestämmelse som slår fast att socialnämnden i samförstånd med den enskilde ska planera hjälpen och vården till personer som missbrukar och noga bevaka att hjälpen fullföljs (§ 5:9). Bestämmelsen är av allmän karaktär och handlar bara om socialnämndens åtgärder. Den föreslagna bestämmelsen om individuell planering får därför anses gälla före den nuvarande bestämmelsen i socialtjänstlagen. I de fall kommunen ska upprätta en plan tillsammans med landstinget bör nämndens egna insatser integreras i den planen.

I samband med att det beslutas om insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade kan den enskilde begära att det i samråd med honom eller henne ska upprättas en individuell plan med planerade och beslutande insatser. Planen ska också innehålla de åtgärder som vidtas av andra än kommunen och landstinget.

Bestämmelsen täcker i allt väsentligt planeringsbehovet hos personer som har insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det kan emellertid uppkomma situationer när en person som har kontakt med hälso- och sjukvården uppvisar behov av samordning. Landstinget har i ett sådant fall skyldighet att ta initiativ till planering enligt den bestämmelse som här föreslås. De åtgärder som planeras bör så snabbt som möjligt integreras i planen enligt LSS.

Förslaget om en individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bör också relateras till två andra lagändringar som Nationell psykiatrisamordning har föreslagit och föreslår i det här betänkandet. Det gäller dels förslaget om en ny vårdform enligt LPT eller LRV – öppenvård med särskilda villkor, dels förslaget om särskilt aktivitetsstöd för vissa personer med psykiskt funktionshinder (kapitel 6).

Enligt förslaget om öppenvård med särskilda villkor kan chefsöverläkaren under vissa förutsättningar ansöka om att en patient som inte är i behov av kvalificerad vård dygnet runt får underkastas vissa villkor när det gäller vård och behandling, boende, sysselsättning och andra insatser. Ansökan ska innehålla en redogörelse för den utredning som har gjorts av patientens behov samt de insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har planerat för att tillgodose patientens behov.

Den vårdplan som avses i LPT och LRV för personer som genomgår öppenvård med särskilda villkor har företrädare framför den plan som föreslås här. Skälet är att vårdplanen är en förutsättning för att tvång ska kunna utövas mot patienten och att det av rättssäkerhetsskäl måste vara tydligt vilken plan som gäller och hur den ska användas. Det som sagts ovan om möjligheten för tvångsvårdade patienter och deras närstående att begära att kommunen eller landstinget kallar till individuell planering, gäller även för dem som genomgår öppenvård med särskilda villkor.

Av föreskrifterna om ledningssystem för kvalitet och patient-säkerhet i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2005k) framgår, som beskrivits ovan, att ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter. För socialtjänstens del finns föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamheten enligt SoL, LVU, LVM och LSS (Socialstyrelsen, 2006h). Dessa föreskriver bl.a. att ledningssystem ska säkerställa att det finns rutiner som tydliggör ansvaret för internt och externt samarbete, samt hur samverkan ska bedrivas internt inom och mellan nämnder, och externt med myndigheter och andra aktörer. Socialstyrelsen har också utfärdat *Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS* (2006m). Enligt dessa ska det dokumenteras i journalen om det upprättas någon form av plan för insatserna till den enskilde. Den planering som görs tillsammans med den enskilde och som har betydelse för nämndens

beslut om insatser ska också dokumenteras. Av dokumentationen bör det framgå vilka mål som gäller för respektive insats, på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över de planerade och beslutande insatserna och hur nämnden eventuellt har samverkat med andra myndigheter. Om de föreslagna lagändringarna blir verklighet bör Socialstyrelsen överväga om någon av föreskrifterna behöver preciseras.

### 14.3 Landsting och kommuner ska vara skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att landsting och kommuner ska bli skyldiga att ingå överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykiskt funktionshinder.

#### Skäl för förslaget

Den individuella planeringen och de åtaganden som respektive huvudman gör gentemot den enskilde måste rymmas inom ramen för det gällande regelsystemet. Lagstiftning och andra författningar anger dock inte på detaljnivå hur ansvaret mellan huvudmännen bäst fördelas i varje enskild situation, eller vilka gemensamma verksamheter som behöver skapas i en viss kommun eller i ett visst landsting. Ur ett medborgarperspektiv måste man dock klargöra vem som har ansvaret, även i situationer när det inte klart kan anges i lagen. Det är därför viktigt att landsting och kommuner kommer överens om hur behovet av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses för personer med psykiskt funktionshinder. Det är i dag frivilligt för kommuner och landsting att ta ett sådant ansvar.

Visserligen finns en bestämmelse i socialtjänstlagen som anger att socialnämnden ska planera sina insatser för människor med psykiskt och fysiska funktionshinder (§ 5:8), och i den planeringen samverka med landstinget, samt med andra samhällsorgan och organisationer. Bestämmelsen kan dock inte ses som en skyldighet att ingå formaliserade överenskommelser. Hälso- och sjukvårdslagen stadgar att landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt från befolkningens behov av en sådan vård (§ 7). Däremot föreskriver HSL inget samverkansansvar motsvarande det som finns i socialtjänstlagen. I Socialstyrelsens före-

skrifter anges, som nämnts ovan, både när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten att det ska finnas rutiner för samverkan och samarbete i gränssnittet mellan olika ansvarområden. Detta gäller dock främst situationer som uppstår i det praktiska patient- och klientarbetet, t.ex. rutiner för utskrivning från slutenvården.

Enligt tillsynen hade 27 procent av kommunerna år 2004 styrdokument som är gemensamma med landstinget och som innehåller någon form av gemensamma riktlinjer, samt skriftliga riktlinjer för individuell planering och utskrivning från psykiatrisk vård. Det är emellertid betydligt fler som har någon form av gemensamma dokument. Efter att ha efterfrågat någon form av samarbetsdokument hos alla kommuner är det Nationell psykiatrisamordnings intryck att dessa är av mycket olika karaktär, att de ofta saknar gemensamma mål och endast i undantagsfall innehåller gemensamma principer och ställningstaganden kring ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Det vanligaste innehållet är i stället överenskommelser om vissa rutiner för samverkan, t.ex. vart meddelanden om utskrivning ska faxas och dylikt.

För att överenskommelserna ska få verklig betydelse för medborgarna, för det praktiska arbetet i kommuner och landsting och för verksamheternas resurser och inriktning, krävs överenskommelser av både principiell och praktisk karaktär. Utifrån brukarnas och de närståendes perspektiv är det viktigt att det finns överenskommelser som tydliggör vem som ansvarar för vad och vart man kan vända sig med olika behov, men också att den som har behov av gemensamma och integrerade insatser får dessa tillgodosedda, enligt en fast struktur. För de professionella behövs överenskommelser, särskilt i sådana frågor där konflikter ofta uppstår, så att enskilda handläggare i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten inte själva måste lösa komplicerade ärenden som är av stor betydelse både för den det gäller, och för huvudmannens ekonomi. Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper, kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för verksamheternas ekonomi och för medborgarna. Dessa inriktningar har sällan de avtal och överenskommelser som finns i dag.

Slutsatsen blir att även om ett större antal kommuner kunnat redovisa någon form av samarbetsdokument så finns det anledning

att, liksom tillsynen, konstatera att de gemensamma styrdokument som kan få verklig betydelse för ett gemensamt ansvarstagande är för få och att utvecklingen går för långsamt. Nationell psykiatrisamordningen gör därför bedömningen att en frivillig möjlighet för landsting och kommuner att ingå samarbetsavtal hittills inte varit tillräcklig för att åstadkomma ett gemensamt ansvarstagande i gråzonerna som uppstår mellan huvudmännens lagstadgade ansvarsområden. I stället bör det finnas en obligatorisk skyldighet för landstinget och kommunen att ingå överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykiskt funktionshinder.

En eventuell lagstadgad skyldighet måste emellertid vägas mot respekten för det kommunala självstyret, som i detta sammanhang innebär att huvudmännen själva avgör med vem de ska ingå avtal och om vad. På psykiatriområdet har kommuner och landsting dock ett ansvar som inte är möjligt att ta fullt ut om de inte samverkar med varandra. Om frivilligheten leder till att man avstår från att ta ett gemensamt ansvar för målgruppen måste det tolkas som att delar av ansvaret för vård, stöd och service till människor med psykiskt funktionshinder är frivilligt.

I psykiatrisamordningens särskilda rapport om styrningsfrågor anförs att det är landsting och kommuner, inte staten, som bär huvudansvaret för att lösa gråzoner och klara ut ansvarsfördelningen kring vård, stöd och service till människor med psykiskt funktionshinder (Psykiatrisamordningen, 2006:3). En skyldighet att ingå överenskommelser tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området utan att staten i detalj föreskriver hur det ska genomföras eller vilka verksamheter som ska bedrivas. Det kan därför sägas vara en styrform som väl balanserar kravet på att medborgarna ska garanteras strukturer som gör att deras behov av helhetslösningar kan tillgodoses, mot vikten av att vården och stödet utformas utifrån de lokala och regionala förutsättningarna.

Nationell psykiatrisamordning föreslår därför att det både i hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen införs en bestämmelse om att landstinget och kommunen är skyldiga att göra överenskommelser om samarbetet kring hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser för personer med psykiskt funktionshinder. Vi har övervägt att införa samma skyldighet i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) men funnit att detta inte är nödvändigt. Genom en bestämmelse i socialtjänstlagen får kommunen ett övergripande ansvar för att ingå överenskommelser med landstinget. Det som kommunen åtar sig inom ramen



för detta kan följa av socialtjänstlagen och relevanta tilläggsförfattningar som LVU och LVM, samt av LSS. På samma sätt kan även landstingets åtaganden som ska fullgöras genom insatser enligt tvångsvårdslagstiftningen omfattas av överenskommelserna.

Överenskommelserna ska utformas utifrån lokala och regionala behov. Lagstiftningen bör dock innehålla ett minimikrav för vad överenskommelserna ska reglera. Fokus bör då ligga på de områden där samverkansbehoven är särskilt stora. Med samarbete menas i de föreslagna bestämmelserna former för gemensamt ansvartagande. Rutiner för det praktiska samarbetet är en del av detta men inte den övergripande målsättningen.

#### **14.3.1 Överenskommelsernas syfte**

Skyldigheten att ingå överenskommelser syftar till att utifrån gemensamma mål identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård och stöd till personer med psykiskt funktionshinder. Till skillnad från den föreslagna bestämmelsen om individuell planering gäller avtalsskyldigheten bara insatser till människor med psykiskt funktionshinder. Detta motiveras med att behovet av samtidiga och väl samordnade insatser är särskilt stora inom området.

#### **14.3.2 Kommunen och landstinget**

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget (HSL § 3). Det är därför landstinget som juridisk person som ska ha skyldigheten att ingå överenskommelserna. När det gäller den andra huvudmannen måste det dock övervägas om det ska vara kommunen eller socialnämnden som blir skyldig att ingå överenskommelser med landstinget.

Nationell psykiatrisamordning har stannat för lösningen att skyldigheten ska ligga på kommunen. Ett skäl för detta är att den fria nämndorganisationen innebär att insatserna till personer med psykiskt funktionshinder i kommunen kan vara fördelade mellan flera nämnder. Skyldigheten att ingå avtal bör därför ligga på hela kommunen och inte bara den eller de nämnder som svarar för socialnämndens uppgifter (Jmf § 2:4). Överenskommelserna ska uttrycka mål och principer som är gemensamma för landstinget och

kommunen. Detta kan ses som en angelägenhet av politisk karaktär och det bör därför vara fullmäktige som ytterst ska ta ställning till avtalets innehåll, även om det naturligtvis är möjligt att delegera frågan till den eller de nämnder som fullmäktige väljer.

### 14.3.3 Personer med psykiskt funktionshinder

Personer med psykiskt funktionshinder ska i bestämmelsen förstås utifrån den definition som Nationell psykiatrisamordning utvecklats i kapitel 7. Detta innebär att en person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av en psykisk störning. I detta sammanhang finns inga åldersgränser, utan överenskommelserna kan omfatta insatser till barn (0–18 år) och äldre (65+) när det är relevant.

Observera att det är *skyldigheten* att ingå överenskommelser som avgränsas genom begreppet psykiskt funktionshinder. I de fall landstinget och kommunen *anser att det finns skäl* att ingå överenskommelser kring grupper där det är osäkert om de faller in under begreppet finns inga hinder.

### 14.3.4 Överenskommelsernas innehåll

Överenskommelserna ska tydliggöra ansvargränser och får inte strida mot gällande rätt i form av t.ex. författningar, förarbeten, myndighetsföreskrifter och rättspraxis. Tolkningen av gällande rätt får kommunerna och landstingen göra gemensamt i dessa fall. Nedan diskuteras vilket stöd landsting och kommuner kan behöva för att göra dessa tolkningar.

En viktig skillnad mellan socialtjänstens verksamhet och hälso- och sjukvårdens är att den förstnämnda är reglerad genom en rättighetslagstiftning. Detta innebär exempelvis att en enskild person alltid kan ansöka om missbruksbehandling som bistånd enligt socialtjänstlagen, även i de fall när ett lokalt avtal pekar ut hälso- och sjukvården som huvudansvarig för en viss insats. Detta måste beaktas i de överenskommelser som görs mellan landstingen och kommunerna. Om detta inte uppmärksammas finns ofta utrymme

för landstingen att vältra över ansvaret på kommunerna eftersom deras beslut inte kan överklagas.

Lagstiftningen ska inte i detalj ange vilka områden överenskommelserna ska omfatta. Som framgår ovan är dock syftet med de föreslagna regleringarna att stimulera ett gemensamt ansvarstagande, dels för hela psykiatrins område, dels för vissa områden där enskildas behov av helhetslösningar inte blir tillgodosedda i dag. Därför bör lagtexten uttryckligen innehålla ett antal områden som överenskommelserna ska omfatta. Därutöver får landsting och kommuner själva identifiera ytterligare områden. Hur omfattande bestämmelserna i överenskommelserna blir på varje obligatoriskt område avgörs av hur problemen definieras av de huvudmän som ska ingå avtalen. Den bedömningen bör grunda sig på genomgripande behovsanalyser och den dialog med berörda brukarorganisationer som också ska framgå av de föreslagna bestämmelserna. Här får man inte glömma vikten av att landsting och kommuner gör gemensamma behovsinventeringar. Som framgår av kapitel 11 är emellertid lagstiftningen kring sekretess och personuppgiftsbehandling i dag utformad på ett sätt som innebär att det är otydligt vilket rättsligt utrymme som finns för att göra sådana gemensamma inventeringar.

Avtalen ska innehålla:

- *Gemensamma mål för landstingets och kommunens verksamheter för människor med psykiskt funktionshinder*

Avtalen måste utgå från en överenskommelse om vilket gemensamt resultat landstingets och kommunens insatser för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder ska ge. Målen ska formuleras på det sätt som bedöms nödvändigt för att de ska kunna vara till praktisk ledning för verksamheternas innehåll. I många fall innebär det sannolikt att det behövs både övergripande och mera uppföljningsbara och detaljerade mål. Detta måste dock bedömas av huvudmännen i varje enskilt fall. Observera att de gemensamma mål och principer som antas av landstingen och kommunen måste rymmas inom ramen för socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och övriga relevanta författningar.

- *Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen*

För det dagliga patient- och klientarbetet är det väsentligt att det framgår vem som ansvarar för att ta kontakter och hur information ska förmedlas. Rutiner för samarbete ska därför vara ett obligatoriskt innehåll i överenskommelserna.

- *Bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar*

Under samordningens snart treåriga arbete har vi fått starka signaler från professionella och företrädare för brukarorganisationer, om att samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och som samtidigt missbrukar är behäftade med betydande brister.

Detta har också uppmärksammats i en rad utredningar och i flera propositioner den senaste 15-årsperioden. Gemensamt för dessa är att de konstaterar att samverkan mellan psykiatrin, socialtjänsten och beroendevården inte fungerar, och att människor med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar inte får tillgång till vård- och stödinsatser som är behovsanpassade, samordnade och kunskapsbaserade. I kapitel 2 redovisades slutsatser från två tillsynsrapporter som bekräftar den bilden.

Det kan också konstateras att epidemiologiska studier och levnadsnivåundersökningar visar att människor som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar har sämre levnadsomständigheter än andra, hälsan är väsentligt sämre och överdödligheten upp till åtta gånger större än hos normalbefolkningen (se t.ex. Socialstyrelsen, 2004b). Hos tunga narkomaner finns ofta ett stort somatiskt vårdbehov och dödligheten i gruppen ökar (SOU 2004:3). Med hänsyn till detta och med tanke på att kombinationen missbruk och kriminalitet kraftigt förhöjer risken för att en person ska begå våldshandlingar är situationen att betrakta som utomordentligt allvarlig.

Nationell psykiatrisamordning har på flera sätt uppmärksammat frågan om insatser till människor som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar. I kapitel 4 tar vi ställning för att hälso- och sjukvården bör ta ett större ansvar för behandling av missbruk. Där föreslås också en modell för en särskild ansvarsgaranti som ska ge människor med psykisk sjukdom och missbruk möjlighet att utkräva nödvändiga behandlings- och stödåtgärder.

Det är emellertid också av yttersta vikt att huvudmännen inom ramen för de nuvarande regleringarna kommer överens om hur det

gemensamma ansvaret för insatser till denna grupp ska utövas. Huvudmännen måste göra en gemensam tolkning av ansvarsfördelningen t.ex. när det gäller vilka behandlingsinsatser som ligger på kommunernas socialtjänst och vilka som ska fullgöras av landstinget. Utifrån en sådan gemensam syn på ansvarsfördelningen bör överenskommelserna också innehålla konkreta former för gemensamt ansvartagande, t.ex. brett sammansatta team och gemensamma mottagningar. Överenskommelserna ska ange hur sådana verksamheter ska bedrivas, finansieras och styras samt vilka rättsliga former som ska användas. Det kan t.ex. handla om att viss verksamhet ska bedrivas i en gemensam nämnd, i ett kommunalförbund eller att den ena huvudmannens personal ska arbeta i en verksamhet som den andre bedriver. Olika handlingsalternativ kan aktualisera särskilda rättsliga frågor, t.ex. när det gäller sekretess, dokumentation och journalföring, personuppgiftsbehandling och delegeringsfrågor. I kapitel 12 föreslår Nationell psykiatrisamordning ett fortsatt riktat statsbidrag till kommuner och landsting som bland annat kan användas för att förstärka ett sådant samarbete.

- *Bestämmelser om ansvar för hjälpmedel till människor med psykiskt funktionshinder*

Att hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar är ett eftersatt område som behöver utvecklingsinsatser, konstaterades i kapitel 7. Dessutom är ansvarsfördelningen för hjälpmedel mellan landsting och kommuner svår att överblicka. I dag framgår av hälso- och sjukvårdslagen att landstinget ska erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade till dem som är bosatta inom landstinget. Även kommunen ska erbjuda hjälpmedel i samband med hälso- och sjukvården som den svarar för (18 b §). Detta innebär att kommunen enligt lag svarar för hjälpmedel till personer som bor i särskilt boende enligt socialtjänsten eller LSS. De kommuner som genom en överlåtelse fått ansvaret för hemsjukvården även i ordinärt boende, har även ansvaret för hjälpmedel i samband med sådan sjukvård. Därutöver får landstinget, även när man inte gjort någon överlåtelse, komma överens med en kommun inom landstinget om att kommunen ska ha ansvaret för hjälpmedel till funktionshindrade (§ 18 b st. 2). Ibland innebär dessa överenskommelser att kommunen svarar för enklare hjälpmedel medan landstinget har ansvaret för mer tekniskt kvalificerade produkter.

Den stora variationen över landet och den oklara gränsdragning som gäller i flera kommuner och landsting när det gäller ansvar för hjälpmedel, får särskilda konsekvenser för hjälpmedel till personer med kognitiva funktionshinder. Eftersom dessa hjälpmedel är okända i många kommuner är det också osäkert vem som ska svara för ökad kunskap och utveckling kring dessa hjälpmedel. Konsekvensen blir att hjälpmedlen inte tillhandahålls i en tillräcklig utsträckning. Bland de obligatoriska punkterna i samarbetsöverenskommelserna bör därför även hjälpmedel vara med. I de fall det redan finns en överenskommelse om tillhandahållande av hjälpmedel är det lämpligt att hänvisa till den och, i den överenskommelse som gäller samarbete kring personer med psykiskt funktionshinder, förklara vad ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunen faktiskt innebär när det gäller kognitiva funktionshinder.

- *Bestämmelser om ansvar för boende och sysselsättning till personer som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård och lagen om psykiatrisk tvångsvård*

De erfarenheter som Nationell psykiatrisamordning har gjort under våra tre år visar att det tämligen ofta uppstår tvister mellan kommuner och landsting om vem som ska betala för insatser till en person som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård och lagen om psykiatrisk tvångsvård. I det särskilda betänkandet om rättspsykiatrisk vård (SOU 2006:91) utvecklar Nationell psykiatrisamordning sin syn på rättsläget och föreslår att det ska förtydligas i socialtjänstlagen och LSS att kommunens ansvar gäller även personer som har permission enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna. Förtydligandet kommer att tydliggöra det något osäkra rättsläge som uppstått efter två domar i kammarrätterna som gått emot varandra och där den ena, enligt vår uppfattning, strider mot den som regeringsrätten antagit i RÅ 2000 ref. 59. Där emot kommer svårigheter kring ansvars- och kostnadsfördelningen ändå att uppstå i vissa situationer eftersom tolkningen av vilka insatser som åvilar landstingets hälso- och sjukvård respektive kommunernas socialtjänst ofta skiljer sig åt. Detta innebär att även om det framgår av lagen att kommunen har ansvar enligt socialtjänstlagen eller LSS, kan kommunen hävda att personens behov inte kan tillgodoses enligt dessa lagar. I synnerhet uppstår sådana meningsskiljaktigheter när det handlar om en längre tids behand-

lingshemsvistelse som innehåller såväl boende och sysselsättning som insatser av behandlings- och vårdkaraktär. Hur ansvaret ska fördelas i sådana situationer ska inte behöva lösas i varje enskilt fall av dem som finns närmast patienten, utan överenskommelser måste ingås på övergripande nivå. Ansvarsfördelningen för boende och sysselsättning till personer som tvångsvårdas ska därför vara en obligatorisk punkt i överenskommelserna. Förutom behandlingshemsvistelser under permission kan det t.ex. gälla vilket stöd den psykiatriska vården kan ge till ett boende för personer som är på väg att avsluta sin tvångsvård eller vilka sysselsättningsverksamheter i en kommun som också kan vara öppna för personer som fortfarande vårdas i psykiatrisk slutenvård.

- *Bestämmelser om ansvar i sådana situationer och kring sådana grupper där särskild samverkan krävs*

Även i andra situationer än i dem som explicit anges i punkterna ovan kan det uppstå oklara gränser mellan huvudmännens verksamheter och därför ett behov av gemensamt ansvarstagande. Genom punkten får huvudmännen en skyldighet att identifiera vilka situationer och grupper som kräver särskild samverkan och ingå överenskommelser på dessa områden. Vilka dessa är skiljer sig mellan olika landsting och kommuner. I kapitel 8 nämns barn och ungdomar som har sociala och psykiska problem samtidigt, som ett exempel på ett område där behov av överenskommelser kan finnas.

- *Former för att lösa tvister*

Mellan kommuner och landsting förekommer långvariga konflikter som kräver omfattande resurser, och får resultatet att den enskildes behov inte tillgodoses under lång tid. Med skyldigheten att upprätta överenskommelser av det nu nämnda slaget borde dessa konflikter bli mindre vanliga. Samtidigt får man utgå ifrån att meningsskiljaktigheter, särskilt kring kostnadsansvar i vissa fall, kan uppkomma även när det finns överenskommelser. Det ska därför vara obligatoriskt att i överenskommelserna ange former för hur sådana tvister ska lösas. Med det menas t.ex. tidsgränser inom vilka tvisten ska lösas och vem eller vilka som ska avgöra ansvarsfördelningen när de båda huvudmännen inte kommer överens. Det senare kan utformas på olika sätt. Möjliga lösningar är att det finns en skiljenämnd som utsetts gemensamt av dem som ingått överens-

kommelsen, eller att man konsulterar en särskilt utsedd expert. Observera att målet med skyldigheten att ingå överenskommelser är att sådana konflikter inte ska uppstå.

#### 14.3.5 Samråd med brukarorganisationer

I bestämmelserna ska också anges att överenskommelserna ska utformas i samråd med de organisationer som företräder patienter, klienter och närstående. Syftet med kravet är att överenskommelserna ska utformas utifrån intressen hos dem som använder tjänsterna och inte bara innehålla bestämmelser av organisatorisk och ekonomisk art. Förslaget ligger i linje med kravet att kommuner och landsting, som vill få del av det riktade statsbidrag som Nationell psykiatrisamordning föreslår, ska ha samrått med brukarorganisationerna om hur pengarna ska användas. Begreppet *organisationer som företräder klienter, patienter och närstående* som används i lagtexten gäller t.ex. de 15 organisationer som ingår i det brukarnätverk som bildats som en samverksanspartner till Nationell psykiatrisamordning. Vilka organisationer som ska inbjudas till samråd måste dock avgöras av vilka som finns i den aktuella regionen. Även lokala och regionala organisationer och mera löst sammansatta nätverk kan ingå.

Samrådet ska ske när det är möjligt. I vissa landsting och kommuner saknas företrädare för de organisationer som kan komma i fråga, eller representationen är så svag att fungerande samarbetsformer inte kan upprättas. Det är emellertid undantagsfall. I de flesta län runt om i landet finns någon organisation representerad på något sätt. För att den lagstadgade skyldigheten att samråda ska anses vara uppfylld måste kommunen och landstinget ha gjort allvarliga ansträngningar att få till ett samråd, t.ex. genom upprepade inbjudningar eller telefonkontakter. Samrådet innebär dock inget krav på att organisationerna ska godkänna avtalens innehåll.

#### 14.3.6 Målen ska följas upp

Av tredje stycket ska framgå att målen ska följas upp och gemensamt utvärderas av landstinget och kommunen. Fokus i uppföljningen bör vara vilka resultat målen fått för brukarna och klienterna. De organisationer som deltagit i samrådet kring



överenskommelsernas utformning blir naturliga samarbetspartners i ett sådant arbete. I överenskommelsen ska anges hur det ska göras och vilka organ som har huvudansvaret för att följa upp överenskommelsernas resultat.

#### 14.4 Lagändringarna måste stödjas genom metodutveckling

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att medel måste avsättas för stöd till kommunerna när det gäller utveckling av behovsbedömning, individuell planering, rättstillämpning och samverkan.

##### Skäl för bedömningen

De lagändringar som föreslås ovan innebär ingen betydande utvidgning av kommunernas och landstingens nuvarande uppdrag. Snarare handlar det om att tydliggöra ett ansvar som de redan haft, bl.a. genom psykiatrireformen. Huvudmännen har dock redan i dag svårt att helt leva upp till sitt uppdrag när det gäller insatser till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Därför är det nödvändigt att staten stödjer den metodutveckling som de nya bestämmelserna förutsätter. I första hand är det inom följande fyra områden som ett sådant stöd kan behövas:

- Utveckling av systematiska instrument för behovsbedömning
- Utveckling av metoder för individuell planering
- Tolkningar av gällande rätt
- Stöd till samverkan.

Staten ekonomiska stöd ska ske på två sätt. Dels genom ökade resurser till kommuner och landsting, vilket tillgodoses genom det riktade statsbidrag som Nationell psykiatrisamordning föreslår i kapitel 12. Dels genom de medel för strategiska satsningar på nationell nivå som enligt samordningens förslag ska betalas ut under samma tidsperiod som statsbidraget.

Utvecklingen av systematiska instrument för behovsbedömning och metoder för individuell planering är i första hand en fråga för Socialstyrelsen. Här bör ett långsiktigt utvecklingsarbete bedrivas

med särskild finansiering. Tolkningar av gällande rätt får anses vara ett ordinarie uppdrag för Socialstyrelsen inom ramen för myndighetens normeringsarbete. Därutöver behövs, enligt vår uppfattning, ett mer praktiskt stöd för rättstillämpningen i samband med att överenskommelser upprättas mellan landsting och kommuner. Sveriges Kommuner och landsting (SKL) erbjuder redan i dag sina medlemmar ett sådant stöd. De nya reglerna förutsätter att den verksamheten intensifieras och statliga medel bör avsättas för att SKL ska kunna fullgöra en sådan uppgift. Huvudmännen själva bör även sköta metodstödet när det gäller former för samverkan, och därför bör bidrag till SKL vara så omfattande att de täcker även detta ändamål. I kapitel 11 utvecklas vilka resursbehov som finns när det gäller metodstöd på nationell nivå och hur pengarna kan fördelas mellan olika aktörer.

## 15 Sekretess, personuppgifts- behandling och journalföring

I den dialog som Nationell psykiatrisamordning har haft med professionella i kommuner och landsting har många framfört att dagens sekretessregler ibland är ett hinder mot en effektiv samverkan, särskilt kring personer som har stora behov. I dialogen med andra myndigheter, främst Socialstyrelsen, har Nationell psykiatrisamordning också identifierat regleringen kring sekretess och personuppgiftsbehandling som ett hinder för gemensamma behovsinventeringar och verksamhetsuppföljningar mellan huvudmännen.

### 15.1 Allmänt om sekretessreglerna – en intresseavvägning

Möjligheterna för kommuner och landsting att lämna uppgifter emellan sig måste alltid vägas mot patienternas/klienternas integritet. När det gäller personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder är den avvägningen särskilt svår. Uppgifter om psykisk hälsa upplevs ofta som mycket känsliga, och människor med psykiska sjukdomar kan också ha svårt att lita på myndigheter och kan därför skrämmas av att uppgifter om dem lämnas ut mellan myndigheterna. Denna rädsla måste tas på allvar eftersom det ytterst kan leda till att människor med stora behov avstår från att söka vård och behandling. Sekretessen ska därför inte bara ses som ett integritetsskydd utan också som en garanti för att den enskilde kan kontrollera och överblicka informationsöverföringen kring honom eller henne.

Intresseavvägningen handlar i hög grad om att balansera den enskildes behov av integritet och kontroll över vilka uppgifter som lämnas mellan huvudmännen, mot behovet av en fungerande informationsöverföring för att garantera patientsäkerhet, vårdkvalitet och, när det är relevant, samhällskydd.

I de flesta situationer anser Nationell psykiatrisamordning att avvägningen utfaller så att nuvarande sekretessregler inte bör mjukas upp eller på annat sätt förändras, särskilt med hänsyn till de öppningar som möjligheterna till eftergift ger (se nedan). Det finns dock några situationer där intressena för patientsäkerhet, samhällsskydd och kvalitet väger starkare än den enskildes integritet och kontroll över uppgifterna som lämnas mellan huvudmännen. Dessa diskuteras nedan. Därutöver kan kraven på automatiserat informationsutbyte leda till en mer övergripande förändring av sekretesslagstiftningen. Under tiden för Nationell psykiatrisamordnings arbete har detta granskats av Patientdatautredningen (S/2003:03), och Psykiatrisamordningen har inte tagit ställning till den frågan.

### 15.1.1 Menprövning

Sekretessen gäller mellan myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom samma myndighet. Socialtjänst- och hälso- och sjukvårdssekretessen är båda reglerade med ett s.k. omvänt skaderekvisit. Det innebär att huvudregeln är att sekretessen råder. Uppgifterna kan då bara lämnas ut om det står klart att personen i fråga eller de närstående inte lider men av utelämnandet.

Menprövningen ska ske i varje enskilt fall och ur patientens/klientens perspektiv. Om patienten eller klienten själv uppfattar utelämnandet som obehagligt eller integritetskränkande hjälper det inte att den som gör prövningen anser att den enskilde gynnas av att uppgifterna lämnas ut.

JO har uttalat att man inom den kroppsliga vården i normalfallet kan utgå ifrån att det inte är till men för patienten om uppgifter lämnas ut från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan, men att det omvända råder inom psykiatri (JO 1986/87, s. 198).

Det uttalandet motsäger dock inte, att även när det gäller uppgifter som rör personer som lider av psykisk ohälsa, kan menprövningen få olika resultat beroende på uppgifternas karaktär och på omständigheterna i övrigt. Att känsliga uppgifter om t.ex. familjeförhållanden och barndomsupplevelser inte kan föras vidare från en psykiatrisk klinik till en kommunal verksamhet utan den enskildes medgivande, framstår som självklart. Men en annan bedömning kan göras om det handlar om att meddela personalen på

ett särskilt boende att medicineringen har ändrats hos en patient som båda huvudmännen känner sedan länge. Det bör framhållas att bedömningen är individuell och att men ändå kan föreligga i en sådan situation, om man vet att han eller hon upplever sådana kontakter som obehagliga.

Regeringsrätten ansåg också i ett mål att uppgifter kunde lämnas ut från skolhälsovården eftersom de redan var kända av den som ansökte om dem (RÅ 83 Ab88). Uppgifterna gällde elevens allmänna hälsotillstånd. Det är osäkert om samma bedömning skulle göras för en psykiatrisk patient. Att den som får del av uppgifterna, t.ex. en annan myndighet, redan känner till dessa torde ändå tala för att uppgifterna kan lämnas ut.

### 15.1.2 Sekretesseftergift

Den enskilde har i normalfallet rätt att efterge sekretessen (§ 14.4). Detta gäller även i situationer när sekretessen gäller mot den enskilde själv. Detta är bara aktuellt i mycket specifika situationer och ska därför inte kommenteras vidare här (SekL § 7:3, 7:7).

En eftergift av sekretessen kan göras helt informellt och behöver inte ens uttryckas. Även ett tyst samtycke accepteras (Regner m.fl., 2001). Detta är dock inte samma sak som att den som lämnar ut uppgifterna anser att den enskilde borde samtycka. Ett exempel på en situation när det tysta samtycket accepteras kan vara under en vårdplanering där de berörda myndigheterna träffas tillsammans med klienten. Han eller hon kan då anses ha samtyckt till att dessa utbyter uppgifter med varandra kring personens planering.

Ett samtycke kan ske i förväg med tanke på en kommande situation. Samtycket kan emellertid inte vara hur generellt som helst och kan när som helst återtå. Svårare är att avgöra om samtycket kan röra alla kontakter i ett visst ärende eller mellan personal på ett visst boende under en viss period. Några uttalanden finns inte, i vare sig praxis eller förarbeten. Enligt den bedömning som görs här torde det emellertid vara möjligt. Sekretessens syfte är att skydda patientens integritet och självbestämmande. Om den enskilde då vill att relevanta uppgifter ska kunna utbytas om honom eller henne utan att samtycket uttrycks varje gång i ett visst ärende, måste den möjligheten ges.

Ytterligare en fråga som kan aktualiseras är om medgivandet att lämna ut uppgifter är giltigt med hänvisning till patientens psykiska

status. Här görs bedömningen att man i normalfallet kan utgå ifrån att en person som tycker att en myndighet kan ta del av personliga uppgifter från en annan huvudman, har kapacitet att göra den bedömningen. Detta får stöd av ett avgörande i Regeringsrätten som visserligen inte gällde myndigheter, men där modern till en psykiatrisk patient fick del av journaluppgifter med hänvisning till sonens medgivande (RÅ 1991 not. 167).

## 15.2 Samverkan kring svårt sjuka personer i vissa situationer

**Bedömning:** I vissa situationer kan nuvarande sekretessbestämmelser försvåra samarbetet kring svårt psykiskt sjuka personer. Nationell psykiatrisamordning anser därför att en särskild undantagsbestämmelse i sekretesslagen ska införas som innebär att sekretessen inte ska hindra att uppgifter lämnas ut mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård eller till enskilda behandlare och vårdgivare. Förutsättningen är att de behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. Ett sådant förslag har tidigare lagts av offentlighets- och sekretesskommittén (SOU 2003:99), samt nyligen av Patientdatautredningen (SOU 2006:82).

### Skäl för bedömningen

Som tidigare framgått hindrar sekretess i normalfallet inte samarbete mellan myndigheter eftersom den enskilde kan efterge sekretessen. Självklart förekommer det situationer när personen ifråga inte gör det. Detta måste respekteras även i sådana fall när professionella bedömer att personens hälsa skulle gynnas av ett samarbete mellan vård- och omsorgsgivaren. Samtidigt finns det situationer när detta verkar orimligt. Ett exempel kan vara när en person med dagliga kontakter med socialtjänsten och långvarig anamnes på allvarlig psykisk sjukdom börjar må sämre och just därför inte vill att boendestödjarna tar kontakt med psykiatrin. Dagens reglering kan uppfattas som att socialtjänsten i ett sådant fall måste "vänta ut" situationen tills den blir tillräckligt akut, så att t.ex. polisen kan kontaktas för att de ska kunna initiera en vårdnytningsbedömning.

Uppgifter kan ibland lämnas ut med stöd av nödrätten i BrB § 20:4. Detta förutsätter naturligtvis att nöd föreligger, vilket kan vara fallet att t.ex. om personen riskerar att allvarligt skada sig själv eller någon annan. Att han eller hon riskerar att bli sämre kan emellertid i normalfallet inte betraktas som nöd.

I LPT § 43 finns en särskild undantagsbestämmelse från sekretessen, som också LRV § 24 hänvisar till. Bestämmelsen innebär att uppgifter får lämnas ut från socialtjänst och hälso- och sjukvård, såvida det gäller uppgifter som behövs för att chefsöverläkarens åligganden enligt de båda tvångslagarna ska kunna fullgöras. Ett exempel kan vara om uppgifterna behövs för att chefsöverläkaren ska kunna fullgöra sin skyldighet att undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten (LPT § 16 st. 2). Det kan också bli aktuellt att använda undantagsbestämmelsen för att chefsöverläkaren ska få information från t.ex. socialtjänsten om patienter som har permission enligt LPT eller LRV, eller som i framtiden genomgår öppenvård med särskilda villkor enligt det förslag som Nationell psykiatrisamordning har lämnat till regeringen. Nedan föreslår Nationell psykiatrisamordning att undantagsbestämmelsen ska utvidgas så att den även gäller uppgifter från chefsöverläkaren till den kommunala socialtjänsten.

Men även utanför tvångsvårdslagstiftningens ramar kan det, som beskrivits ovan, finnas situationer när det bör vara möjligt att göra undantag från sekretessen. Offentlighets- och sekretesskommittén (SOU 2003:99) föreslog i sitt slutbetänkande att sekretessen inte ska hindra att uppgifter lämnas ut mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, eller till enskilda behandlare och vårdgivare, om uppgifterna behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. Enligt förslaget skulle bestämmelsen bara gälla nödvändiga insatser – alltså inte alla insatser som vård- och socialtjänstpersonal kan anse att den enskilde behöver. Det skulle också vara ett undantag – i första hand skulle reglerna om samtycke tillämpas. Med det i åtanke anser Nationell psykiatrisamordning, precis som kommittén, att med hänsyn till patienter som riskerar att inte få nödvändig vård om uppgifter inte kan lämnas ut, bör man kunna göra ett undantag från sekretessen. Enligt vår bedömning väger patient- och klientsäkerheten i dessa situationer tyngre än en absolut hänsyn till den enskilde personens integritet. Nationell psykiatrisamordning lämnar inget färdigberett lagförslag i denna del eftersom ett sådant redan lämnats av offent-

lighets- och sekretesskommittén, och nyligen av Patientdatautredningen (2006:82).

### 15.3 Uppgifter om tvångsvårdade ska kunna lämnas till kommunen

**Förslag:** Nationell psykiatrisamordning föreslår att lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) kompletteras med en bestämmelse som stadgar att chefsöverläkaren får lämna upplysningar som är nödvändiga för att kommunen ska kunna fullgöra sina skyldigheter enligt socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade gentemot personer som har permission, eller genomgår öppenvård med särskilda villkor enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Bestämmelsen kommer, genom en befintlig hänvisning, att omfatta även rättspsykiatrisk vård.

#### Skäl för förslaget

Enligt de regler som gäller i dag får chefsöverläkaren ge en patient som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får också ges under en längre period om det är angeläget för att förbereda att tvångsvården upphör (permission). Ett sådant beslut får förenas med villkor. Nationell psykiatrisamordning föreslog i mars 2006 att en ny vårdform skulle införas – öppenvård med särskilda villkor. Vårdformen innebär en möjlighet att ställa upp villkor, t.ex. på att patienten tar emot vård, stöd och behandling, under längre tider än vad som är möjligt enligt dagens bestämmelserna om permission. För att länsrätten ska besluta om öppenvård med särskilda villkor krävs att chefsöverläkaren kompletterar sin ansökan med en vårdplan som landstingen och kommunen upprättar gemensamt.

Ett viktigt syfte med förslaget är att skapa förutsättningar för personer som i dag tvångsvårdas under mycket långa perioder eller som ständigt blir föremål för ny tvångsvård, att bo ute i samhället med lämpligt stöd. Detta förutsätter att huvudmännen samarbetar. En grupp som kommer att omfattas av förslaget är rättspsykiatriska



patienter som ofta behöver mycket långa tider i öppenvård innan tvångsvården kan avslutas. Kring dessa patienter är det särskilt viktigt att samarbetet fungerar och att alla som ska ge stödinsatser har tillgång till tillräcklig information. I dag finns ingen sekretessbrytande bestämmelse som gör det möjligt för chefsöverläkaren att lämna ut uppgifter om en sådan patient t.ex. till boendestödpersonalen. Däremot är det sannolikt en förutsättning för insatsen att patienten samtycker till att uppgifter lämnas ut inom ramen för vårdplaneringen. Nationell psykiatrisamordning anser dock att den föreslagna lagändringen i hög grad bygger på samarbete mellan landsting och kommun, och att det därför är särskilt viktigt att reglerna kring utelämnande av uppgifter mellan huvudmännen är tydliga. Psykiatrisamordningen föreslår därför att lagen om psykiatrisk tvångsvård ska kompletteras med en bestämmelse som stadgar att chefsöverläkaren kan lämna uppgifter om patienten till kommunen, om uppgifterna är nödvändiga för att kommunen ska kunna fullgöra sina åtaganden enligt socialtjänstlagen eller LSS. Genom en redan befintlig hänvisning kommer regeln att gälla även rättspsykiatriska patienter.

Med nödvändiga uppgifter menas främst uppgifter om tidigare brottslighet eller information om patientens sjukdomstillstånd och förhållanden i övrigt som kräver särskild uppmärksamhet och planering. Det får antas att bestämmelsen i första hand blir relevant när det gäller rättspsykiatriska patienter. I vissa särskilda fall kan det emellertid vara nödvändigt att även lämna ut uppgifter om den som tvångsvårdas enligt LPT. Det gäller främst om patienten på grund av sin sjukdom eller sina förhållanden i övrigt kan vara farlig för någon annan persons säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

#### **15.4 Verksamhet bedriven i gemensamma lokaler eller i annan nära samverkan**

**Bedömning:** Reglerna om dokumentation och journalföring kan försvåra för huvudmännen att samlokalisera eller på annat sätt integrera sina verksamheter. Nationell psykiatrisamordning anser därför att regeringen bör tillsätta en särskild utredning eller ge Socialstyrelsen i uppdrag att närmare belysa dessa frågor och lämna förslag till förändringar.

## Skäl för bedömningen

Sekretesslagens bestämmelser i § 7:2 (hälso- och sjukvårdssekretess) och § 7:4 (socialtjänstsekretess) blir tillämpliga t.ex. när kommunernas socialtjänst och landstingens hälso- och sjukvård bedriver ett boende gemensamt. Detta skiljer sig från ett kommunalt äldreboende där det inte råder sekretess mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård eftersom de inte bedöms vara självständiga verksamhetsgrenar. Detta har i förarbetena motiverats med att enskilda som behöver stöd och hjälp ska kunna få sådan, vare sig det rör sociala eller medicinska insatser, inom en samlad organisation för hälso- och sjukvård och socialtjänst (Prop. 1990/91:14). I de fall vi berör här är det emellertid fråga om två olika myndigheter och då råder sekretess enligt § 1:3 sekretesslagen, om ingen undantagsbestämmelse kan tillämpas.

En fråga som ibland uppkommer är om insatserna som ges till en person, t.ex. boende enligt socialtjänstlagen eller psykiatriska öppenvårdsinsatser, kan beviljas på villkor att den enskilde efterger sekretessen. Generellt ska den frågan besvaras med ett nej. Ett skäl till det är att Regeringsrätten i praxis haft en mycket restriktiv hållning gentemot villkorat bistånd, även om frågan om sekretess-eftergift aldrig prövats. En annan anledning är att den enskildes självbestämmande, oberoende och integritet har en mycket stark ställning i både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Mot den bakgrunden är det inte rimligt att personen ska behöva ställas inför ett ultimatum av typen ”antingen efterger du sekretessen eller också får du inga insatser”.

Enligt den bedömning som görs här, kan man dock tänka sig undantag från den principen att hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser inte kan villkoras med att en person efterger sekretessen. Ett sådant undantag är när socialtjänst och hälso- och sjukvård bedriver ett gemensamt boende för personer med stora, omfattande och samtidiga medicinska och sociala behov. Där beviljas insatsen just med utgångspunkt ifrån att den som söker insatsen har behov av samordnade insatser från båda huvudmännen samtidigt. Om personen inte går med på att personalen delar med sig av uppgifterna till varandra kan inte heller syftet med insatsen uppnås. Eftergiften kan därför ses som ett villkor för insatsen. När den enskilde vårdas enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna kan chefsöverläkaren ställa upp eftergift av sekretessen, mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, som ett villkor för att

patienten ska få vistas utanför sjukvårdsinrättningen (LPT § 25a, LRV § 11).

Ofta upplever personalen i integrerade verksamheter att reglerna om journalföring enligt hälso- och sjukvården och dokumentation enligt socialtjänstlagen är svåra att hantera samtidigt. Detta kompliceras ytterligare med att det är fråga om två tillsynsmyndigheter som var för sig ställer krav på dokumentation enligt respektive lagstiftning. Systemet med två separata system för anteckningar om den enskildes vård, stöd och behandling även när den ges gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst, innebär också en omfattande administration. Frågan uppmärksammas i äldrevårdspropositionen (Prop. 2005/2006:115), där regeringen meddelar att reglerna om dokumentation och journalföring inom äldreomsorgen bör ses över. Svårigheterna på psykiatrins område kan dock delvis vara annorlunda eftersom det oftast är fråga om två huvudmän som samverkar utifrån två lagstiftningar. Nationell psykiatrisamordning anser att det bör övervägas om den utredning som regeringen avser att tillsätta om dokumentation inom äldreomsorgen, också ska få i uppdrag att göra liknande överväganden när det gäller kommuners och landstings insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Ett alternativ är att personuppgiftsbehandling och sekretessfrågor på psykiatrins område ses över i en särskild utredning, eller att Socialstyrelsen får i uppdrag att komma med ett förslag till ett förbättrat regelverk på detta område.

### **15.5 Gemensamma inventeringar och annan gemensam uppföljning**

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ansvar för att göra kontinuerliga inventeringar för att få en bild av vilka människor med psykiska funktionshinder eller sjukdomar som finns i kommunen och landstinget, och vilka behov de har. För socialtjänstens del finns en lagstadgad skyldighet att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för personer med fysiska och psykiskt funktionshinder (§ 5:8 SoL).

I detta avsnitt diskuteras lagstiftningen kring sekretess och personuppgiftsbehandling när det gäller behovsinventeringar och gemensamma uppföljningssystem. Inledningsvis ges ett exempel med syftet att illustrera den beskrivning av gällande rätt som följer efter exemplet.

**Exempel:** Landstinget genomför en behovsinventering tillsammans med fem kommuner i sitt län. Alla biståndshandläggare i kommunen, och all öppenvårdspersonal i den psykiatriska hälso- och sjukvården fyller i ett formulär där uppgifter om patientens ålder, kön och behov anges. Behoven skattas enligt en särskild skala som i hög grad bygger på personernas egna uppfattningar om sin situation och sina behov.

Uppgifterna måste vara individbaserade eftersom syftet är att man längre fram ska kunna göra uppföljningar av patienternas och klienternas situation. Personnumren är delvis avidentifierade så att endast några siffror finns med. Uppgifterna lämnas in till en fristående FoU-enhet som är knuten till landstinget. Där krypteras uppgifterna i en dator. Nyckeln till den krypterade filen finns hos en person som är anställd som utvecklingsledare vid enheten. Slutsatser dras av materialet i avidentifierat skick. Efter ett antal år (t.ex. tre) öppnas materialet och en ny inventering görs.

### 15.5.1 Gällande rätt

För att en inventering enligt exemplet ovan ska vara tillåten krävs dels att uppgiften kan lämnas ut från biståndshandläggaren till FoU-enheten utan hinder, dels att det är tillåtet att behandla uppgifterna enligt de regler som gäller för personuppgiftsbehandling.

#### Sekretess

I fallet ovan är det bestämmelserna i § 7:1 och § 7:4 sekretesslagen som gäller, vilket innebär att uppgifterna bara kan lämnas ut om det står klart att det kan göras utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men.

En kommunal eller landstingskommunal verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård kan dock lämna uppgifter till en annan sådan myndighet för forskning, framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att personen ifråga eller någon närstående lider men (§ 7:1 st. 2). Sekretessen är svagare i sådana situationer än i hälso- och sjukvården i övrigt, eftersom bestämmelsen har utformats med ett rakt skaderekvisit. Utgångspunkten är att uppgifterna kan lämnas ut,

och sekretessen infaller bara om det kan antas att den enskilde eller någon honom närstående skulle lida men.

Det är också möjligt att lämna ut uppgifterna om personen ifråga efterger sekretessen (§ 14:4). Det kan ske genom att den enskilde informeras om hur en inventering ska göras och att han eller hon accepterar att uppgifterna används på det sättet.

Reglerna om sekretess förutsätter dock att den enskilde kan identifieras – i exemplet ovan utifrån de uppgifter som finns på blanketten, som delar av personnumret och patientens initialer, samt uppgifter om hälsa och social situation. Om det på blanketten t.ex. bara redovisas skattningar av t.ex. hälsa och behov utan några detaljer eller andra personrelaterade fakta, och om urvalet är så stort att en person inte är identifierbar utifrån födelseår och initialer, torde det vara möjligt att lämna ut uppgifterna

Reglerna om sekretess blir tillämpliga även om det gäller övrig uppföljning inom socialtjänsten, förutsatt att uppgifter förs från en självständig verksamhetsgren till en annan. Så är t.ex. sannolikt fallet om man lämnar uppgifterna till en särskild FOU- eller utredningsenhet. Det bör uppmärksammas att sekretessen alltså är svagare vid uppföljning inom hälso- och sjukvården än inom socialtjänsten, eftersom den särskilda undantagsbestämmelsen i § 7:1 st. 2 kan tillämpas.

## Personuppgiftsbehandling

Som nämnts ovan räcker det dock inte med att uppgifter kan lämnas ut utan hinder av sekretess för att en inventering eller annan uppföljning ska kunna genomföras. Det måste även avgöra om det finns något rättsligt stöd för att behandla personuppgifterna, oavsett om sekretessreglerna förhindrar att de lämnas ut.

Personuppgiftsbehandling i socialtjänsten och hälso- och sjukvården regleras i personuppgiftslagen (1998:204), lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter i socialtjänsten (nedan kallad SoL-PuL), förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter i socialtjänsten och vårdregisterlagen. Patientdatautredningen har nyligen föreslagit att patientjournalagen och vårdregisterlagen sammanförs till en lag, patientdatalagen.

I grunden ligger dataskyddsdirektivet (95/46/EG). Eftersom EG-rätten har företräde framför nationell rätt är det direktivet som

gäller om det skulle finnas skillnader mellan dess bestämmelser och den svenska lagstiftningen.

*Inom socialtjänsten* gäller att personuppgifter får behandlas om det är nödvändigt för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras (§ 6 SoL-PuL). Med socialtjänst menas i lagen också tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administrativ verksamhet (§ 2). Det finns därför rättsligt stöd för att socialtjänsten behandlar personuppgifter inom ramen för en inventering eller någon annan uppföljning, om den sker internt inom socialtjänsten. Enligt SoL-PuL är det också möjligt att använda personuppgifter för uppföljning och statistik i ett visst syfte, även om de har samlats in i ett annat.

Även vårdregisterlagen som reglerar *personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården* tillåter att personuppgifter behandlas för uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration (§ 3). Enligt en tolkning som bl.a. görs av Socialstyrelsen i rapporten Rättsfrågor med anknytning till IT i vård och omsorg (20051) får uppgifterna dock inte samlas in bara för detta ändamål. I patientdatautredningens förslag till ny lagstiftning återfinns emellertid inte den begränsningen.

Enligt vårdregisterlagen saknas därför stöd för att göra inventeringar av det slag som beskrevs ovan, även om det sker internt inom hälso- och sjukvården, eftersom uppgifterna samlats in endast i detta syfte. Detta gäller även om patienten skulle samtycka till behandlingen. Man skulle dock kunna göra en annan bedömning om det rörde sig om uppgifter som redan fanns tillgängliga hos landstinget, t.ex. journaluppgifter, eller om insamlingen görs både för att skatta och följa den enskildes behov och för att göra en behovsinventering. Frågan blir då om sådana behovsinventeringar i stället kan ske med stöd av PuL oavsett vårdregisterlagens bestämmelser.

Enligt PuL kan känsliga personuppgifter behandlas om den enskilde ger sitt samtycke till det. Men det råder osäkerhet om PuL kan tillämpas på ett område som regleras av speciallagstiftning, eftersom den har företrädare framför annan lagstiftning. Detta kan tolkas som att sådant som inte går att göra med stöd av vårdregisterlagen, inte heller går att göra med stöd av PuL. Det är oklart vilket stöd en sådan snäv praxis har i EG-direktivet och frågan har inte prövats i svensk rätt. En annan tolkningsmöjlighet är att det går att behandla personuppgifter med stöd av PuL, om inte vårdregisterlagen uttryckligen förbjuder en sådan behandling.

När det gäller möjligheterna att inom hälso- och sjukvården göra behovsinventeringar eller övriga uppföljningar av det här nämnda slaget, kan man sammanfattningsvis säga att det möjligtvis är tillåtet om den enskilde lämnar sitt samtycke, men att rättsläget även då är mycket osäkert. Även här gäller att samtycket kan lämnas informellt. Det är tillräckligt att den enskilde personen informeras om inventeringen och accepterar tillvägagångssättet. Utan samtycke från den enskilde finns det dock inget rättsligt stöd för att behandla personuppgifter i hälso- och sjukvården inom ramen för en inventering som den ovan.

Hittills har framställningen gällt möjligheten att behandla personuppgifter inom ramen för en inventering eller uppföljning i socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. Det har konstaterats att det finns utrymme för en sådan behandling inom socialtjänsten, men att det är mer oklart vad som gäller inom hälso- och sjukvården.

När inventeringen ska göras *gemensamt av landstinget och kommunen* måste man dock göra en annan bedömning. Uppgifter i SoL-PuL och vårdregisterlagen får inte behandlas för något annat syfte än det som anges i lagen. Frågan blir då om man kan samla in uppgifter enligt SoL-PuL och vårdregisterlagen för att lägga samman dessa och dra samlade slutsatser. Strider det mot syftena i de olika lagarna? I den ovan nämnda rapporten från Socialstyrelsen är svaret ja, men även här råder en del osäkerhet. Det är också liksom i fallet ovan oklart om man kan "gå tillbaka" till PuL och där genom samtycke från den enskilde få stöd för en gemensam behandling. Därför är det mycket angeläget med ett klagörande av förhållandet mellan PuL och den speciallagstiftning som behandlar personuppgiftsbehandling i socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården.

### Sammanfattning av gällande rätt - behovsinventeringar

*Utan hinder av sekretess kan uppgifter om den enskilde lämnas vidare från t.ex. en handläggare till en FOU-enhet eller ett centralt kansli om*

- uppgifterna är avidentifierade så att de inte kan härledas till den enskilde
- det står klart att den enskilde eller honom närstående inte lider men av att uppgifterna lämnas ut
- den enskilde efterger sekretessen.

*Personuppgifter kan behandlas av socialtjänsten*

- om det är fråga om tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitets-säkring och administrativ verksamhet.

*Personuppgifter kan behandlas av hälso- och sjukvården:*

- För uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration, men enligt vårdregisterlagen kan de inte samlas in bara för detta syfte. Det är oklart om det kan ske med samtycke enligt PuL.
- Det är enligt gällande rättsläge oklart om personuppgifter kan behandlas gemensamt av landsting och kommuner – om så är fallet förutsätter det samtycke enligt PuL.

**15.5.2 Bedömning och slutsatser**

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att huvudmännens möjligheter att tillsammans bedriva verksamhetsuppföljning och göra gemensamma behovsinventeringar måste förbättras och förtydligas. I den mån frågan inte kan lösas genom förslag från Patientdatautredningen bör en ny utredning omgående tillsättas.

**Skäl för bedömningen**

Nationell psykiatrisamordning bedömer att det bara finns begränsade och oklara möjligheter att göra gemensamma behovsinventeringar eller uppföljningar enligt gällande rätt. Intresset av att genomföra gemensamma inventeringar och uppföljningar på ett ändamålsenligt sätt, i syfte att insatserna ska vara anpassade efter behoven hos de människor med psykiskt funktionshinder som finns på orten, är enligt Psykiatrisamordningens bedömning starkare än de enskilda personernas absoluta rätt till integritet och kontroll över vilka uppgifter som lämnas mellan huvudmännen. Därför bör de lagar som reglerar personuppgiftsbehandling och sekretess ändras.



Människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder är beroende av att samhället är offensivt, kartlägger deras behov och erbjuder insatser. I dag förekommer i stället det omvända, att dessa människors behov får anpassas efter det utbud som finns i en kommun eller ett landsting. En av psykiatrireformens grundprinciper är att samhället ska skaffa sig kännedom om målgruppens behov och planera sina insatser efter detta. En sådan kännedom förutsätter ett nära samarbete med landstingens hälso- och sjukvård eftersom det finns människor som främst eller bara har kontakt med landstinget, men som också skulle behöva kommunala insatser och tvärtom.

Möjligheten att överföra personuppgifter mellan huvudmännen och att behandla dem gemensamt är också en förutsättning för en effektiv verksamhetsuppföljning. Människor med omfattande behov på flera livsområden kan samtidigt få insatser av slutenvård, specialiserad öppenvård, primärvård och olika delar av kommunernas verksamheter. För att det ska vara möjligt att följa vårdens och omsorgens resultat för individen, måste de rättsliga förutsättningarna för att göra gemensamma uppföljningar klargöras och förbättras. Detta har uppmärksammats i flera rapporter från det särskilda projekt som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag bedrivit tillsammans med Sveriges Kommuner och landsting, i syfte att utveckla uppföljningen av vård och omsorg till ett heltäckande och sammanhållet system (Info VU).

Gemensamma behovsinventeringar och uppföljningar är också en väsentlig grund för det samarbete mellan landsting och kommuner som är av stor betydelse för personer med psykiskt funktionshinder, och som staten genom upprepade insatser velat förstärka. Genom inventeringar utifrån en gemensam definition skaffar sig huvudmännen kännedom om den målgrupp som behöver insatser från både landsting och kommuner samtidigt. Utifrån den kunskapen kan insatserna samordnas och gemensamma mål formuleras. Att man tillsammans skaffar sig kännedom om målgruppens behov är också en viktig utgångspunkt när huvudmännen, genom lokala och regionala avtal, kommer överens om vilka insatser var och en ska svara för. Lika viktigt är det naturligtvis att huvudmännen får en bild av vilka resultat deras gemensamma insatser får för de personer som är beroende av dem.

Att rättsläget är oklart, eller att reglerna till och med förhindrar gemensamma inventeringar av det slag som har beskrivits här, skapar stor osäkerhet. Den statliga styrningen på området får också

anses motsägelsefull eftersom tillsynsmyndigheterna kräver att kommunerna ska göra gemensamma inventeringar, samtidigt som lagstiftningen inte självklart tillåter det.

### Möjligheterna att göra behovsinventeringar bör ses över

När behovsinventeringar blir beroende av att den enskilde efterger sekretessen riskerar urvalet att bli felaktigt. En risk är att det är att de mest motiverade personerna med mest resurser som kommer att delta. Behovsinventeringen kan då visa väsentligt mindre behov än vad som finns i verkligheten. Det innebär att hälso- och sjukvården och socialtjänsten planerar sin verksamhet med utgångspunkt från felaktiga premisser.

En menprövning måste göras i varje enskilt fall och man ska t.ex. ta hänsyn till uppgifter kring den enskilde, hur uppgifterna behandlas och vad de ska användas till. En person som har svårt att lita på myndigheter och visar stor misstänksamhet i kontakterna med vård- och servicegivare kan antas lida men av att uppgifterna lämnas ut. Kring en annan person som i stället visat sig mån om ett samarbete mellan olika myndigheter, kan man kanske göra en annan bedömning. Även här gäller därför risken att urvalet består av dem som är mest motiverade och mest benägna att själva söka och ta emot hjälp.

I praktiken får det nog också anses som ett ganska grannlaga och tidskrävande arbete att menpröva varje enskilt utelämnande. Det riskerar därför att motverka benägenheten hos personal och organisationer att delta i inventeringar och uppföljningar.

Det bör därför utredas om det är möjligt att göra ett särskilt undantag från sekretessen. Innehållet i en sådan bestämmelse skulle kunna vara att sekretess enligt § 7:2 och 7:4 inte hindrar att uppgifter lämnas ut mellan myndigheter när de behövs för uppföljning, utvärdering eller kvalitetssäkring. Paragrafen skulle då naturligtvis behöva gälla all socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet – inte bara psykiatri. Psykiatrisamordningen anser dock att utformningen av ett eventuellt undantag i sekretesslagstiftningen måste utredas i särskild ordning. I vilken form det kan göras diskuteras nedan.

I dag är det tillåtet att *utan samtycke* behandla uppgifter inom socialtjänsten för uppföljning och utvärdering, men något motsvarande förhållande råder inte inom hälso- och sjukvården. Detta

förhållande förhindrar att behovsinventeringar görs gemensamt med en och samma metod. Hälso- och sjukvård och socialtjänst måste få möjlighet att gemensamt behandla uppgifter för uppföljning och utvärdering. För detta krävs troligen en uttrycklig bestämmelse i respektive speciallagstiftning.

Gemensamma behovsinventeringar, uppföljningar och utvärderingar inom landsting och kommuner är viktiga även på andra områden än psykiatrins, t.ex. verksamheter för personer med missbruk och multisjuka äldre. Därför är det djupt otillfredsställande att dagens regelsystem inte tillåter eller i alla fall inte tydligt ger möjligt för landsting och kommuner att bedriva ett sådant samarbete.

Vissa av de problem som redovisats ovan kan få en lösning genom de förslag som lagts av patientdatautredningen. Det är emellertid viktigt att regeringen analyserar i vilken mån förslagen underlättar gemensamma behovsinventeringar och verksamhetsuppföljningar mellan huvudmännen. Om svårigheter och oklarheter kvarstår, bör en ny utredning tillsättas omedelbart. Exempelvis kan det handla om sekretessen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det gäller gemensam verksamhetsuppföljning. Regeringen måste i så fall överväga om en sådan utredning bara ska omfatta psykiatrins område eller om även de närliggande välfärdsområdena ska bli föremål för översyn.

## 16 Verksamhetsuppföljning, register och statistik

Utvecklingen av vård och omsorg för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder är beroende av tillförlitlig produktions- och resultatdata. Kunskapen om vad som erbjuds människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder och vilka effekter insatserna har för patienter och klienter är viktig. Av framställningen i bakgrunden framgår att dessa uppgifter i hög grad saknas, på både lokal, regional och nationell nivå. Detta påverkar förutsättningar att bedriva utvecklingsarbete inom området, eftersom de åtgärder som vidtas inte kan följas upp på ett tillfredsställande sätt. Nationell psykiatrisamordning har i kapitlet om en nationell vision och i kapitlet om statlig styrning tagit ställning för att staten ska styra samhällets insatser på området genom kunskapsstyrning utifrån konkreta och uppföljningsbara mål. Detta förutsätter att kraftfulla åtgärder vidtas för att utveckla verksamhetsuppföljning, register och statistik. Hur det kan ske behandlas i det här kapitlet. Inledningsvis beskrivs vilka uppgifter som i dag finns på nationell nivå inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet.

### 16.1 Hälso- och sjukvård

På nationell nivå redovisas uppgifter om resurser och produktion av psykiatrisk vård av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Socialstyrelsen. Uppgifterna från SKL omfattar såväl sluten som öppen vård. Statistiken tar sikte på de olika verksamheternas kostnader och produktion mätt i antal besök, vårdtillfällen och vårdplatser, men innehåller inte uppgifter om enskilda patienter. Till skillnad från det patientregister som Socialstyrelsen ansvarar för finns det ingen uppgiftsskyldighet för vårdgivarna att rapportera in dessa data. Kvaliteten på materialet anses trots detta generellt sett vara god, och produkten ingår i den statliga officiella

statistiken. Psykiatrisamordningen anser att den ekonomiska statistiken hos SKL generellt ger en god bild av resursanvändningen hos vårdgivarna. Eftersom SKL:s uppgifter baseras på mängdstatistik kan man dock inte dra några slutsatser kring utvecklingen för olika vårdformer (LPT, LRV eller frivillig vård) eller om vårdtider för de olika diagnosgrupperna. För detta ändamål finns ett personbaserat patientregister hos Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården regleras bl.a. av lagen (1998:543) om hälsodataregister. Enligt lagen får personuppgifter användas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Med stöd av hälsodatalagen driver Socialstyrelsen ett antal register inom hälso- och sjukvården. Enligt förordning (2001:707) ska den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården varje år lämna personuppgifter till Socialstyrelsen. Uppgifterna redovisas enligt lag om den officiella statistiken (2001:99). Inom Socialstyrelsen sköts hälsodataregistren av den särskilda avdelningen Epidemiologiskt centrum (EpC).

För den slutna hälso- och sjukvården ska fyra basuppgifter inrapporteras årligen (SOSFS 2002:1). Det inkluderar uppgifter om:

- *Patienten*: personnummer, kön, ålder, län, kommun, församling.
- *Vårdenheten*: sjukhus, klinik.
- *Uppgifter om vårdtillfället*: datum för in- och utskrivning, vårdtid, planerad vård, in- och utskrivningssätt, avtalstyp och psykiatrisk vårdform.
- *Medicinska data*: huvuddiagnos, bidiagnoser, yttre orsaker till skador och förgiftningar, samt operationsuppgifter.

Registerdata av denna typ är mycket användbara i vetenskapliga studier inom bl.a. medicin och samhällsvetenskap. I internationella sammanhang uppfattas Sverige, med sitt heltäckande hälsodataregister, som ett av de ledande länderna när det gäller folkhälsoforskning. En grund för dessa register är att vi i Sverige, till skillnad från de flesta andra länder, har ett system med individuella personnummer. Detta system möjliggör samkörning av flera databaser, till exempel patientregistret och dödsorsaksregistret eller brotts- och belastningsregistret.

## Socialstyrelsens patientregister – Slutna psykiatrisk vård

Individuella uppgifter om patienterna från den slutna psykiatriska vården har rapporterats till Socialstyrelsen sedan början på 1960-talet, dvs. långt innan den nuvarande lagstiftningen på området tillkom. Uppgifterna håller en hög kvalitet och sedan slutet av 1980-talet har alla inrapporterade data, utom vårdform, en täckningsgrad på mellan 95 och 100 procent.

Trots den långa traditionen och den goda täckningsgraden för slutenvårdsdata rapporteras inte psykiatrisk vårdform in av verksamheterna i sådan utsträckning att den kan redovisas i den officiella statistiken. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:1) om uppgiftsskyldighet till patientregister framgår att den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården senast den 30 april varje år ska rapportera in uppgifter om bl.a. psykiatrisk vårdform. Vårdformerna innefattar: frivillig vård, tvångsvårdad ej konverterad patient enligt § 6 b LPT, tvångsvårdad konverterad patient enligt § 11 LPT, patient som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning samt patient som vårdas enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning.

I data som EpC tagit fram på uppdrag av Psykiatrisamordningen framkommer att för 2004 saknas uppgifter om vårdform för 75 procent av alla vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården. Under 2004 saknades variabeln ”psykiatrisk vårdform” i åtta landsting (Socialstyrelsen, 2006n).

## Endagsinventeringar inom slutna psykiatrisk vård

På grund av den bristfälliga inrapporteringen till patientregistret har Socialstyrelsen, under de senaste femton åren, inhämtat uppgifter från samtliga enheter som bedriver psykiatrisk slutenvård via särskilda endagsinventeringar för att få kunskap om bl.a. antalet tvångsvårdade.<sup>1</sup>

## FOT-registret

Till FOT-registret, reglerat av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2001:12), ska chefsöverläkaren fortlöpande lämna uppgifter till Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet om åtgärder

---

<sup>1</sup> Bl.a. 1991, 1994, 1995, 1997 och 2005.

som vidtagits enligt LPT och LRV. Uppgifterna som rapporteras dels på individnivå, dels kvartalsvis på gruppnivå, gäller isolering och fastspänning men även tvångsvårdens tidsmässiga omfattning. Rutinmässig återrapportering till verksamheterna sker inte och nationella sammanställningar och analys saknas.

### Kvalitetsregister i psykiatrisk vård

Med ekonomiskt stöd av staten och sjukvårdshuvudmännen har ett femtiotal nationella kvalitetsregister utvecklats inom skilda specialiteter. Registren är uppbyggda av den medicinska professionen med syfte att möjliggöra kunskapsutveckling och förbättringsarbete. Samtliga register innehåller personrelaterade uppgifter om problem och diagnos, behandling och resultat. Registren bygger på frivilligt deltagande från de medverkande klinikernas sida.

De kvalitetsregister som finns inom psykiatrin samarbetar inom KPV Centrum (Kvalitet i psykiatrisk vård, [www.kpvcentrum.se](http://www.kpvcentrum.se)) och utgörs av:

- Bipolär – nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom.
- BUSA – nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av svår adhd.
- RIKSÄT – nationellt kvalitetsregister för specialiserad ätstörningsbehandling.
- Schizofreni – nationellt kvalitetsregister för nyinsjuknade i psykos.

För att kunna följa resultatet av olika former av behandling utgör dessa kvalitetsregister viktiga grundpelare. genom ett systematiskt förbättringsarbete kan en effektiv och kunskapsbaserad psykiatrisk vård utvecklas. Kvalitetsregistren kan bidra med kunskapsunderlag genom information om nya arbetsmetoder och utvärdering av metodernas värde. Registren kan även bidra med underlag för nationella politiska beslut, samt vara ett underlag för prioriteringar på olika nivåer.

## Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska forskningsregister

Rättsmedicinalverket (RMV) har ett datorsystem, benämnt PsykBase, för inrapportering av samtliga rättspsykiatriska undersökningar och läkarintyg enligt § 7 lagen (1991:2041) om personutredning i brottmål m.m. En del av uppgifterna i Psykbase överförs till RMV:s särskilda forskningsdatabas som drivs med stöd av lagen (1999:353) om rättspsykiatriskt forskningsregister. Såväl Socialstyrelsen som Kriminalvårdsstyrelsen och Statens institutionsstyrelse är skyldiga att lämna uppgifter till forskningsregistret. Förutom uppgifter från den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten får registret bl.a. innehålla uppgifter om rättsliga rådets ställningstaganden, domar och utdömda påföljder, samt uppgifter om den rättspsykiatriska vården och om psykiatrisk vård under verkställigheten av fängelsestraff eller slutna ungdomsvård. Registret används i första hand för forskning, men kan även användas för uppföljning.

## Socialstyrelsens patientregister – öppen psykiatrisk vård

Från och med 2001 är verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård skyldiga att rapportera in uppgifter till patientregistret, gällande patienter som behandlats av läkare inom den del av den öppna vården som inte är primärvård. Detta i enlighet med lagen om hälsodataregister (1998:543) samt förordningen om patientregister hos Socialstyrelsen (2001:707). Uppgifterna gäller personnummer, kön, hemort, sjukhusklinik, datum för besök, planerad vård samt diagnos. På grund av bristfällig inrapporteringen från ett flertal vårdgivare publiceras inte uppgifterna inom ramen för den officiella statistiken.

## Endagsinventering av psykiatriska öppenvårdsenheter

I Socialstyrelsens utvärderingar<sup>2</sup> som gjordes efter psykiatireformen och som Socialstyrelsen ansvarade för granskades bl.a. psykiatrins förändrade verksamheter inom sluten- och öppenvård via inventeringar 1994, 1997 och 1998. I inventeringarna från 1994

---

<sup>2</sup> Se exempelvis God psykiatrisk vård på lika villkor. Socialstyrelsen. 1997:8. samt Valfärd och Valfrihet – Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform. Socialstyrelsen. 1999:1.



och 1998 efterfrågades bl.a. antal enheter inom den allmänpsykiatriska vården<sup>3</sup>, antal heltidstjänster inom psykiatrin samt innehållsprofil på enheterna. Sedan år 1998 har ingen liknande inventering genomförts. Under årens lopp har många omorganisationer av verksamheterna skett och man kan skönja en tydlig trend från sektoriserad till specialiserad och subspecialiserad vård. Trots detta har inga heltäckande inventeringar av de olika formerna genomförts och det finns i dagsläget ingen samlad bild av läget.

## 16.2 Redovisning av socialtjänstens insatser

Socialstyrelsen ansvarar för den officiella statistiken om socialtjänsten. Den nationella statistik som gäller kommunens insatser till funktionshindrade grundar sig i huvudsak på mängduppgifter som Socialstyrelsen årligen samlar in från kommunerna. Uppgifterna baseras på insatser till personer yngre än 65 år som ges enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Uppgifterna berör bl.a. särskilda boendeformer, hemtjänst, kommunal hemsjukvård och behovsprövad dagverksamhet. Någon indelning efter typ av funktionshinder görs dock inte. Detta gör det svårt att dra några slutsatser om hur stor del av gruppen personer med psykiskt funktionshinder som får insatser enligt LSS och SoL. Uppgifterna, som är fördelade på åldersgrupp och kön, samlas in med stöd av lagen (2001:99) om den officiella statistiken och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken, vilket innebär en skyldighet för kommunerna att rapportera in data. Socialstyrelsen publicerar även officiell statistik över kommunala insatser till personer 65 år och äldre. Statistiken som Socialstyrelsen presenterar är uppdelad per kommun, län och riket.

Även om en större andel av den statistik som Socialstyrelsen publicerar baseras på mängduppgifter så finns det individbaserade register, bl.a. för tvångsinsatser för vuxna missbrukare enligt LVM samt för socialtjänstens insatser för barn och unga enligt SoL och LVU.

Sedan 2004 publicerar även Socialstyrelsen individbaserad statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i enlighet med förordningen (2001:100) om den officiella statistiken, samt förordning (2004:16) om utlämnande av uppgifter som avser stöd och service till vissa funktions-

---

<sup>3</sup> Man räknade här inte in beroendevården, barn- och geropsykiatri eller rättspsykiatri.

hindrade. Nio av LSS tio insatser samlas in på individnivå. Undantaget är insatsen råd och stöd som samlas in som mängduppgifter. Landstingen fattar beslut om samt har finansiellt ansvar för denna insats. Fram till och med 2003 redovisade Socialstyrelsen uppgifter om LSS insatser efter lagens tre personkretsar.<sup>4</sup> I samma produkt redovisades även antal personer som tillhörde personkrets 3 och som inom denna beviljats en insats utifrån ett psykiskt funktionshinder, uppdelat per ålder och kön (exklusive insatsen råd och stöd). I samband med övergången till officiell statistikprodukt där materialet regleras enligt ovan nämnda förordningar, har data under de senaste två åren, inte samlats in efter personkrets. En ändring i förordning 2004:16 under 2006 möjliggör dock åter en sådan insamling.

## 16.3 Uppmärksammade brister i systemen

### 16.3.1 Sluten psykiatrisk vård

Psykiatrisamordningen kan konstatera att det saknas en kontinuerlig och tillförlitlig redovisning från den slutna psykiatriska vården. Förutom vårdgivarnas bristande inrapportering av psykiatrisk vårdform till patientregistret finns även ett problem i att data inte publiceras förrän två år efter det att patienten skrivits ut. Den långa tid som förflyter mellan det att uppgifter rapporteras in till dess att publicering sker begränsar möjligheterna att använda patientstatistiken för uppföljning, planering och genomförande av kvalitetshöjande eller produktivitetsförbättrande åtgärder. Uppgifterna blir därmed i första hand av intresse för den nationella statistiken. Att uppgifterna gäller utskrivna patienter och inte inneliggande är också ett bekymmer, inte minst inom rättspsykiatri där vårdtiderna ofta är långa.

Socialstyrelsen har, som tidigare nämnts, genomfört endagsinventeringar med tre till fyra års mellanrum, under de senaste femton åren. Även dessa har visat sig osäkra. Otillräckliga informations- och uppföljningssystem leder till att verksamheterna har svårt att redovisa det korrekta antalet patienter vårdade enligt lagen

<sup>4</sup> 1) Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

2) Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

3) Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

om psykiatrisk tvångsvård (LPT) samt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). (Socialstyrelsen, 2005b).

### 16.3.2 Öppen psykiatrisk vård

Alla som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska lämna in uppgifter om de patienter som under föregående år vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården, eller behandlats av läkare inom den del av den öppna vården som inte är primärvård. Detta beskrivs i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:1) med stöd i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen, och gäller således både de offentliga vårdgivarna och de privata. Enligt kommunallagen (1991:900, § 19) ska även fullmäktige se till att landstinget kan kontrollera och följa upp verksamheten för de privata vårdgivare som man slutit avtal med. Landstinget ska också genom avtalet se till att få information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i hur verksamheten utförs.

Psykiatrisamordningen har erfarit att varken Socialstyrelsen eller sjukvårdshuvudmännen ställer tillräckligt tydliga krav på inrapportering från de privata vårdgivarna. I vissa delar av landet utförs en betydande del av öppenvårdsbesöken av privata vårdgivare. Att dessa vårdgivare inte rapporterar in sina data är en allvarlig uppföljnings- och kvalitetsbrist.

I en studie som Socialstyrelsen genomfört på initiativ av Nationell psykiatrisamordning identifieras en rad orsaker till bristerna i inrapportering av läkarbesök och diagnoser (Socialstyrelsen, 2006n). Studiens resultat baseras på intervjuer med ett stort antal personer i ledande ställning inom landstingen. De intervjuade hänvisar bl.a. till att vissa verksamheter använder sig av diagnosklassificeringssystemet DSM-IV<sup>5</sup>, i stället för av ICD-10<sup>6</sup>. Det senare diagnosystemet är det system som Patientregistret använder sig av i sina sammanställningar och som krävs för rätt inrapportering. Anledningen till att ICD-10 inte används anges vara att kriterierna för diagnos är mindre detaljerade i ICD-systemet. Detta kan lösas med översättningsnycklar mellan DSM-

---

<sup>5</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, är en manual som publiceras av American Psychiatric Association och som innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd.

<sup>6</sup> International Classification of Diseases (ICD). En allmänt accepterad standard för klassificering av sjukdomar och är en statistisk klassifikation, dvs. ett system för att på ett meningsfullt sätt gruppera sjukdomar och dödsorsaker för översiktliga statistiska sammanställningar och analyser.

koderna och ICD-10. Somliga uppger att det även handlar om en attitydfråga, där vissa läkare av ideologiska skäl avstår från att sätta och rapportera in diagnoser. Gemensamt för ett flertal landsting är att motståndet mot att sätta diagnos är särskilt stort inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vidare förklaringar till diagnosbortfall anges vara brist på tid och personal.

I rapporten framhålls emellertid att administrativa och tekniska problem i form av skilda IT-system med svårigheter att överföra data mellan dessa är den dominerande orsaken till bristerna. Även attityd- och ledningsfrågor samt bristande kommunikation anges som skäl och några landsting uppger att rapportering till patientregistret inte ses som en högt rankad uppgift som man tar på allvar.

Vidare anger de intervjuade kontaktpersonerna och verksamhetsföreträdarna att landstingsledningen inte är tillräckligt tydlig med hur viktig verksamhetsrapporteringen är och att Socialstyrelsen måste ge en tydligare och bättre information om fördelarna med en korrekt inrapportering. Landstingen poängterar också att Socialstyrelsen måste bli snabbare på att återrapportera till psykiatrin så att resultaten kan användas vid den lokala verksamhetsuppföljningen.

### Förslag på förbättringar

För en förbättrad och smidig inrapportering anger de intervjuade kontaktpersonerna och verksamhetsföreträdarna bl.a. följande förslag till åtgärder:

- Ett stabilare och säkrare IT-system som möjliggör en smidig och säker rapportering.
- För att landstingen ska bli bättre på att sätta diagnos och använda klassifikationen ICD-10 föreslås att en klassifikationsgrupp sätts samman.
- Mer tryck i frågan och en diskussion kring betydelsen av inrapportering till patientregistret. Bättre kommunikation mellan verksamhet, kontaktpersoner och IT-enheter.
- En bättre och tydligare styrning med rutiner för hur man ska arbeta med dessa frågor. Underlätta arbetet för personalen genom att satsa på utbildning och kompetensutveckling.

### 16.3.3 Psykiatrisk vård inom primärvården

Det finns ingen rapporteringsskyldighet till nationella register när det gäller vård och behandling i primärvården. Uppgifter om antalet läkarbesök samt kostnader i primärvården rapporteras dock årligen in till SKL. Kunskapen om vilka insatser som ges i primärvården till personer med psykisk ohälsa är dock begränsad. Enligt Socialstyrelsens uppskattningar behandlas omkring en femtedel av primärvårdens patienter för psykiska störningar av olika slag (Socialstyrelsen, 2003c). Någon officiell statistik som stöder dessa uppskattningar finns emellertid inte. I en nyligen utförd enkätundersökning ställd till verksamhetschefer på landets vårdcentraler, med syfte att följa upp användningen av antidepressiva läkemedel rapporteras en stor och tilltagande belastning på primärvården när det gäller personer som söker för psykiska problem. I den enkät som riktats till patienter som ordinerats antidepressiva läkemedel framgick att 40 procent saknade avtalad tid för uppföljning av sin behandling. Socialstyrelsen konstaterar vidare brister inom primärvården gällande diagnostik och dokumentation av psykiatriska tillstånd (Socialstyrelsen, 2006c).

### 16.3.4 Socialtjänsten

I och med att huvuddelen av socialtjänstens statistik gällande personer med funktionshinder inte är individbaserad kan få slutsatser dras gällande stödet, däribland till psykiskt funktionshindrade. På nationell nivå får man förlita sig på enstaka tillsynsrapporteringar för att uppskatta hur stödet till olika funktionshindersgrupper är fördelat inom kommunerna. Handikappomsorgen utgör en betydande kostnadsmässig del av kommunernas socialtjänst. För en god verksamhetsuppföljning måste det finnas individbaserade uppgifter för att analysera och följa verksamhetens utbud, insatser och resultat. Det är en förutsättning för att den nationella nivån och ledningen ska kunna fatta välgrundade beslut om verksamhetens utveckling, och för att brukare och medborgare ska kunna göra en bedömning av vårdkvalitet och kostnader.

## 16.4 Pågående utvecklingsarbete

### 16.4.1 Utveckling av redovisning inom hälso- och sjukvård

#### Nyckeltal och individbaserad uppföljning

För att förbättra öppna redovisningar, individbaserad verksamhetsuppföljning och kostnad per brukare och resultat har Socialstyrelsen tillsammans med SKL bedrivit ett utvecklingsarbete inom det så kallade InfoVU-projektet, mellan 2001 och 2006. Projektet syftar till att skapa metoder för att enhetligt och tillförlitligt kunna mäta, registrera, sammanställa och öppet redovisa data gällande vårdens resultat, kvalitet och kostnader.

Målsättningen är att utifrån öppna resultatredovisningar ska både verksamma inom landstingen, kommunerna och staten samt intresserade medborgare kunna utläsa var vården är säker, hur effektivt vården bedrivs, vilka väntetider som olika landsting har samt var patienterna är mest nöjda. Inom området psykisk ohälsa har man inom projektet tagit fram ett trettiotal kvalitetsindikatorer, varav tre är resultatmått och ytterligare sju kan utvecklas till resultatmått. För att uppföljning med dessa indikatorer ska bli verklighet krävs dock en strukturerad vårddokumentation kopplad till en databas.

När det gäller redovisning av kostnad per patient (KPP), kostnad per brukare (KPB) och kostnad per resultat (KPR) har pilotprojekt genomförts både inom (dåvarande) Landstingsförbundet och inom ramen för Info-VU. Målet är att hitta en bra modell för att beräkna kostnaden för varje enskild patient, dess vårdkontakt och resultat inom psykiatri. Tanken med systemet är att ge information om verksamhetens produktivitet och effektivitet. För detta krävs att kostnadsinformationen ställs mot resultatet av vården och därmed knyts till ett väl utvecklat vårdregister.

Förutom delaktighet i InfoVU-projektet har SKL publicerat rapporten Verksamhetsuppföljning inom psykiatri, där man presenterade förslag på en gemensam metodik för att följa upp det kliniska arbetet. Med ett sammanhållet informationssystem menas de aspekter som bör beaktas för att få en så god uppföljning som möjligt. Dit räknas information om patienten, målet för insatsen, genomförd vård och resultatet av denna (SKL, 2006b).

Projektet Nysam (nyckeltalssamverkan) som startades upp på initiativ av landstingen arbetar med att ta fram data för att underlätta jämförelse mellan landstingen. Huvudmännen som medverkar i Nysam har själva tagit fram, kvalitetssäkrat och levererat uppgifter

till projektet. Detta arbete finns bl.a. på länsnivå för vuxenpsykiatri inom ett flertal sjukvårdsområden. Här arbetar man med att ta fram nyckeltal för vårdtillfällen, personalkostnader, vårdplatser, vård dagar osv. (Nysam, 2004).

### Vårdgaranti, valmöjligheter och väntetider i vården

För att åstadkomma en tillgänglig och likvärdig vård pågår ett fortlöpande utvecklingsarbete på nationell och kommunal nivå. Den så kallade vårdgarantin är en del av detta. Garantin har tillkommit inom den s.k. Dagmaröverenskommelsen och gäller för hela landet. Vårdgarantin innebär att primärvården ska kunna erbjuda hjälp per telefon eller besök samma dag som patienten hör av sig. Vill man träffa en läkare ska man inte behöva vänta mer än sju dagar, och för den som fått en remiss till den specialiserade vården ska man inte behöva vänta mer än tre månader. Garantin ger vidare rätt till behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling tagits. För psykiatriens del är det dock oklart vilka insatser som ska ingå i den behandling som patienten har rätt till enligt vårdgarantin. För närvarande pågår inom SKL ett arbete med att sammanställa riktlinjer för vad som bör ingå i behandlingsbegreppet vid en viss diagnos. Psykiatrien deltar i utvecklingsarbetet som är viktigt för att uppfylla målet om likvärdig vård.

Samtliga landsting och regioner har sedan 2003 anslutit sig till Landstingsförbundets rekommendation om "fritt vårdval". Detta innebär att den som fått en remiss till en specialist har rätten att välja vid vilken öppenvårds- eller specialistmottagning han eller hon vill ha sin behandling. I det riksavtal som slutits mellan landstingen gällande utomlänsvård framkommer dock att det fria vårdvalet bara gäller om hemlandstingets remisskrav iakttagits, samt att det vid mer kostnadskrävande vårdåtgärder krävs ett godkännande från hemlandstinget (Landstingsförbundet, 2003). För psykiatriens patienter har det fria vårdvalet i praktiken inte infriats, vilket delvis kan förklaras av ovanstående inräkningar.

I 1999 års Dagmaröverenskommelse avsattes resurser för att utveckla ett nationellt system för uppföljning och analys av väntetider i vården. I projektet ingick även allmänpsykiatri liksom barn- och ungdomspsykiatri. Målet i överenskommelsen var att det vid utgången av 2004 skulle vara en fullständig rapportering av de faktiska väntetiderna. För psykiatriens del är inte detta mål

uppfyllt då det krävs en mer heltäckande registrering för att man ska kunna dra några säkra slutsatser om väntetiderna.

#### 16.4.2 Systemutveckling inom socialtjänsten

För att förbättra möjligheterna att via god verksamhetsuppföljning ge medborgarna en bra service inom kommunens socialtjänst, behöver det på nationell nivå finnas en god kunskap om verksamhetens utbud, insatser och resultat. Ett flertal olika projekt pågår för närvarande för att åstadkomma en kvalitetsförbättring inom området.

När det gäller individbaserad statistik inom handikappområdet pågår för närvarande ett utvecklingsarbete inom Socialstyrelsen. I regleringsbrevet för 2006 fick Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda och testa en uppgiftsinsamling för ett individbaserat statistiksystem gällande kommunernas äldre- och handikappomsorg. I ett testprojekt som utfördes under 2006 (Socialstyrelsen, 2006o) fick man en tydlig bild av vilka möjligheter som finns för en individbaserad uppgiftsinsamling, och systemet kan införas under 2007. I det fortsatta arbetet ska projektgruppen undersöka förutsättningarna för en helårsbaserad uppgiftsinsamling från kommunerna.

Psykiatrisamordningen anser att ökade möjligheter att samköra dessa individuppgifter med andra register såsom patientregistret är en viktig del i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Inom InfoVU har ett projekt genomförts med inriktning på individrelaterad insats- och kostnadsredovisning, kostnad per brukare (KPB) (Socialstyrelsen 2006p). För att kunna genomföra en bra och effektiv verksamhetsuppföljning behöver man svar på frågorna vem, vad, med vilken kvalitet, till vilken kostnad, överensstämmelse med målen? och om man kan använda resurserna på ett mer effektivt sätt. För att kunna redovisa KPB ställs krav på IT-stöd, enhetlighet mellan system och program samt en bra kostnadsredovisning. I det förslag som projektet redovisat är indelningen inte gjord utifrån olika sökgrupper utan pekar bara på ”kostnad per brukare med socialtjänstinsatser”. Utifrån detta system kan man bl.a. avläsa skillnader i kostnader mellan kommuner och hur stor procent av brukarna som förbrukar de mesta resurserna, men inte vilka insatser samt vilken kostnad som är förenad med de insatser som ges till personer med psykiskt funktionshinder.



Inom InfoVU-projektet konstaterar man att den individbaserade nationella statistiken inom socialtjänsten måste utvecklas i linje med den framväxande nationella informationsstrukturen. Klassifikationer inom socialtjänstens område rörande sådant som individens funktionsnivå, oberoende av diagnos, är något som behöver utvecklas.

För att åstadkomma kvalitetsförbättringar arbetar Socialstyrelsen tillsammans med SKL i ett projekt som syftar till att ta fram kvalitetsindikatorer för socialtjänsten. Arbetet med att utveckla indikatorer inom hälso- och sjukvården har pågått i flera år och Psykiatrisamordningen ser positivt på att initiativ även tagits för utveckling av kvalitetsindikatorer inom socialtjänsten. Inom Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen pågår även ett projekt med syfte att stödja metodarbete i kommunernas inventering och uppsökande verksamheter.

### 16.4.3 Integrerad IT-infrastruktur

Problem med skilda IT-strukturer har uppmärksammats både lokalt och nationellt. De senaste åren har en rad nationella programsatsningar genomförts när det gäller IT-stöd i vård och omsorg, med syftet att åstadkomma en enklare informationsöverföring mellan huvudmännen. IT inom hälso- och sjukvården (ITHS) samt Carelink är två av dessa satsningar.

ITHS-projektet som finansierats av Stiftelsen för Kunskaps- och Kompetensutveckling (KK-stiftelsen), Landstingsförbundet och Vårdalsinstitutet, har sedan 1997 fördelat medel till olika utvecklingsprojekt, med syfte att skapa bättre samverkan mellan olika huvudmän och vårdgivare.

Carelink, som är en medlemsorganisation för landsting, kommuner och privata vårdgivare, har som mål att effektivisera de IT-stöd som finns i dag, snabba på och förenkla införandet av nya IT-stöd och tekniska lösningar samtidigt som kostnaderna hålls nere. För år 2006 ska Carelink särskilt uppmärksamma och fokusera på insatser som kan underlätta samarbetet mellan kommun och landsting för att öka förutsättningarna för en obruten vårdkedja.

I landstinget i Blekinge har man i samverkan med kommunerna arbetat med att utveckla rutiner kring informationsöverföring inom projektet Obruten Vårdkedja (OVK). Sedan oktober 2005 inkluderar även den psykiatriska vården i länet av dessa rutiner. Genom

ett slutet IT-system mellan landstingets slutenvård och primärvård samt kommunerna kan information överföras mellan vårdgivarna, under förutsättning att den enskilde vårdtagaren gett sitt medgivande. En spärr i OKV hindrar information om patientens hälsotillstånd och funktion att överföras till dess att patienten gett sitt medgivande. Utöver detta projekt har det över landet under de senaste åren förekommit en rad satsningar för att hitta IT-lösningar för den samordnade vårdplaneringen. Exempel på ytterligare satsningar är Vårdkedjan i Uppsala, Närmre-projektet i Västerbotten samt projektet Eskil i Sörmland (Carelink, 2006).

Ovanstående projektsatsningar visar att det går att åstadkomma rutiner och förnyade arbetssätt som underlättar vårdprocesserna för den enskilde och informationsöverföring för vårdgivarna. I framtiden måste dock IT-stödet utvecklas ytterligare.

I ett samarbete mellan regeringen, SKL, Socialstyrelsen, Läke-medelsverket, Apoteket och Carelink har en nationell IT-strategi för vård och omsorg tagits fram (Socialdepartementet, 2006b). Syftet med strategin är att förbättra patientsäkerheten och öka kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården. För att förbättra samarbetet och samordningen på nationell nivå har man identifierat sex insatsområden. Dessa är att:

- Harmonisera lagar och regelverk med en ökad IT-användning.
- Skapa en gemensam informationsstruktur.
- Skapa en gemensam teknisk infrastruktur.
- Skapa förutsättningar för samverkande och verksamhetsstödande IT-system.
- Möjliggöra åtkomst till information över organisationsgränserna.
- Göra information lättillgänglig för medborgarna.

## 16.5 Psykiatrisamordningens bedömning

De data som samlas in på nationell nivå från hälso- och sjukvården och socialtjänsten gäller främst vårdkonsumtionen i form av kostnader, antal vårdtillfällen, vård dagar och läkarbesök respektive genomförda insatser inom socialtjänsten. Detta produktionsrelaterade synsätt anser Nationell psykiatrisamordning vara en begränsning. Som konstateras ovan bör informationen vara individbaserad om den ska kunna ge svar på frågor om vilken vård brukaren får,

om den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig samt vilka resultat den ger.

För en heltäckande verksamhetsuppföljning där både hälso- och sjukvårdens samt kommunens insatser finns med krävs en integrerad IT-infrastruktur. Enligt Psykiatrisamordningen finns det i dag tre grundläggande hinder för att en sådan ska kunna förverkligas:

- Huvudmännens skilda IT-infrastruktur.
- Sekreteshinder.
- Nuvarande arbetssätt.

### **16.5.1 Huvudmännens skilda IT-infrastruktur**

I dagsläget skiljer sig ofta kvalitet, utbyggnad och kunskap i IT-stödet, mellan huvudmännen likväl som inom respektive landsting och kommun. Information som berör en patient och som behöver förmedlas från en huvudman till en annan kan oftast inte överföras på ett enkelt och säkert sätt via IT-stöd, eftersom patientinformationen oftast är uppdelad i olika system som inte kan kommunicera med varandra.

### **16.5.2 Sekreteshinder**

Bestämmelserna för sekretess och integritetsskydd är ytterligare en faktor som gör att överföring av integritetskänsliga uppgifter mellan huvudmännen är problematisk. Samtidigt är en sådan informationsöverföring nödvändig för att målen om en god och säker vård och omsorg skall kunna uppnås. Individens integritet får heller inte rubbas genom att känslig information blir tillgänglig för den som inte behöver den för sitt arbete. Såväl nuvarande lagstiftning (SoL, HSL, Betalningsansvarslagen m.fl.), som de förslag till kompletteringar som Psykiatrisamordningen föreslår i detta betänkande ställer krav på omfattande samverkan och gemensamma planeringsinsatser när det gäller gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Den samordnade planeringen består av flera moment som innebär att information måste föras över från hälso- och sjukvården till kommunen och vice versa. I kapitel 15 utvecklar Nationell psykiatrisamordning de svårigheter som finns när det

gäller sekretess och personuppgiftsbehandling i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

### 16.5.3 Nuvarande arbetssätt

Nationell psykiatrisamordning har uppfattat ett tredje hinder när det gäller IT-stödet, i form av gamla arbetssätt samt bristande kunskap. Detta styrks i konsultföretaget PLS Rambøll analys av IT-användningen i vården och omsorgen. Man betonar i analysen att kunskapen om vad IT kan tillföra är den begränsande faktorn snarare än den allmänna IT-utvecklingen i sig. Att man inte realiserat potentialen med IT-stöd beror i hög grad på bristande samordning (PLS Rambøll, 2003).

Psykiatrisamordningen konstaterar att både offentliga och privata vårdgivare brister i sin inrapportering till patientregistret samt att det saknas aktuell kunskap om innehåll och verksamhetsinriktning vid öppenvårdsenheterna. Det är heller inte acceptabelt att man inte kan följa utvecklingen av antalet patienter som vårdas med tvång, vilket hänger ihop med den bristande rapporteringen av vårdform för psykiatrins patienter. Att en godtagbar inrapportering till patientregistret sker är ett ansvar som åvilar såväl sjukvårdshuvudmännen som Socialstyrelsen. Enligt förordning (2001:100) om den officiella statistiken framgår att statistikansvarig myndighet bär ett ansvar att informera om ändamålet med uppgiftsinsamlandet.

## 16.6 Förslag till åtgärder

Nationell psykiatrisamordning anser att det krävs kraftfulla åtgärder för att skapa förutsättningar för en heltäckande verksamhetsuppföljning som innehåller uppgifter från såväl landsting som kommuner om insatser, kostnader, kvalitet och resultat för vård och rehabilitering samt socialt stöd till psykiskt sjuka och funktionshindrade. Målet är att man på nationell, regional och lokal nivå ska kunna bedöma vårdens och omsorgens kostnader och resultat utifrån tillförlitliga individdata.

För att möta de krav som bör ställas på ett informationssystem krävs att den enskildes väg genom vårdprocessen ska kunna följas, vilket förutsätter att de inrapporterade uppgifterna innehåller per-

sonnummer. En annan grundläggande förutsättning för ett bra informationssystem är att inrapporteringen av uppgifter till systemet ska vara smidig och enkel och den som rapporterar snabbt får tillgång till de uppgifter som finns i systemet.

Data om insatsernas omfattning och resultat är viktiga för flera olika aktörer i socialtjänst och hälso- och sjukvård såsom:

- Brukare och patienter (uppgifter om kvalitet, resultat och väntetider – underlag för att ställa krav på verksamheterna).
- Medborgarna/allmänheten (vad kostar verksamheten och vem får del av den?).
- De professionella (för förbättringsarbete och kvalitetssäkring).
- Vetenskapssamhället (för forskning och kunskapsutveckling).
- Ledare och beslutsfattare på lokal och regional nivå (data om verksamheterna som underlag för beslutsfattande).
- Riksdag, regering och berörda myndigheter (för styrning, uppföljning och tillsyn).

För att åstadkomma en resultatredovisning där uppgifter finns tillgängliga för olika intressentgrupper inom vård, omsorg och rehabilitering krävs ett flertal åtgärder på olika nivåer. Det handlar dels om att förbättra kvaliteten i de uppgifter som redan finns, dels om att öka takten och särskilt uppmärksamma insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder i ett långsiktigt utvecklingsarbete.

### 16.6.1 Förbättrad inrapportering till patientregistret

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att Socialstyrelsen under de närmaste åren bör bedriva ett sammanhållet utvecklingsarbete inom området för att förbättra inrapportering från vårdgivarna inom psykiatrin till patientregistret. Psykiatrisamordningen anser vidare att ytterligare resurser bör tillföras EpC för att ge ökade möjligheter för EpC att vara en kraftfull mottagar – och återrapporteringsfunktion för produktions- och resultatdata.

## Skäl för bedömningen

Ett välfungerande patientregister med fullständiga vårddata som omfattar både öppen och slutenvård är nödvändigt för att bedriva ett effektivt utvecklingsarbete. Att säkerställa inrapportering av vårdtider, vårdform och diagnos i slutenvården samt läkarbesök och diagnos i öppenvård från offentlig och privat vårdgivare bör vara möjligt för vårdgivarna och de ansvariga myndigheterna inom en snar framtid.

Kontaktpersoner och verksamhetsansvariga riktar i Socialstyrelsens rapport kritik till den nationella nivån där man anser att Socialstyrelsen bör förbättra sin del av processen med tydligare information och snabb åiterrapportering. (Socialstyrelsen, 2006n)

Nationell psykiatrisamordning anser att avtalen med de privata vårdgivarna bör innehålla krav på uppföljning och åiterrapportering enligt det som Patientregistret begär så att de privata vårdgivarnas vårdproduktion inkluderas i statistiken.

Utöver detta anser Psykiatrisamordningen som en del i Socialstyrelsen förtydligade uppdrag bör ingå att utveckla en modell för inrapportering och åiterrapportering.

Psykiatrisamordningen anser att Socialstyrelsen bör arbeta med en praktisk översättningslista från DSM-IV till ICD-10 för att förbättra inrapporteringen av diagnoser inom den öppna psykiatriska vården.

För att få en rimlig och mer heltäckande bild av den psykiatriska vården bör alla öppenvårdsbesök, oavsett vilken yrkeskategori, registreras.

Nationell psykiatrisamordning anser att Socialstyrelsen bör bedriva ett intensivt utvecklingsarbete för att tillskapa ett patientregister som bättre kan spegla den psykiatriska vårdproduktionen och ge en tillförlitlig statistik över patienter som fått vård i den öppna och slutna psykiatriska vården.

### 16.6.2 Fortsatt utveckling av kvalitetsregister inom psykiatri

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting ska säkerställa att de nationella kvalitetsregistren inom psykiatrisk hälso- och sjukvård utvecklas och tillgängliggörs.

### Skäl för bedömningen

Kvalitetsregister är viktiga för att verksamheterna inom psykiatrin ska kunna följa sina resultat och utvärdera nya metoders värde och effekter. Kvalitetsregistren inom psykiatrin bör prioriteras då behoven inom detta område är särskilt stora, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har enligt psykiatrisamordningens uppfattning ett särskilt ansvar för att så sker. Detta förutsätter att särskilda resurser avsätts för att:

- Förbättra kvaliteten på data i de fyra befintliga registren.
- Stödja vårdgivarnas användning av registren.
- Utveckla register inom fler områden alternativt utveckla ett register som täcker hela området.

Nationell psykiatrisamordning anser att särskilda stöd och utvecklingsaktiviteter ska tillskapas för att stödja utveckling och användning av psykiatrisk kvalitetsregister.

### 16.6.3 Införande av ett online-register för den rättspsykiatriska vården

**Bedömning:** För att förbättra uppföljning och återrapportering av den psykiatriska tvångsvården anser Psykiatrisamordningen att Socialstyrelsen ska få tillstånd att föra ett individbaserat online-register.

### Skäl för bedömningen

Nationell psykiatrisamordning anse att det är en allvarlig brist att det helt saknas aktuella uppgifter om tvångsvårdade patienter. Socialstyrelsen har uppmärksammat problemet och i en skrivelse till regeringen påtalar Socialstyrelsen behovet av ett utvecklat individbaserat register (Socialstyrelsen, 2005m). Enligt skrivelsen bör registret inkludera personer som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Socialstyrelsen anser att det i dag saknas ett system för att på nationell basis upprätthålla patientsäkerheten, rättssäkerheten samt samhällsskyddet. Genom ett utvecklat individbaserat register som förutom uppgifter om personen, vårdenheten, vårdtillfället

och medicinska data, även innefattar uppgifter om eventuell avvikning från vårdinrättningen och permission kan möjligheterna att följa utvecklingen inom tvångsvården förbättras. Om även uppgifter gällande tvångsåtgärder som bältesläggning, isolering och konvertering tas med i registret kan det ersätta både det nuvarande patientregistret samt det så kallade FOT-registret. En stor del av de data som skulle innefattas i det nya registret inrapporteras således redan. I dagsläget är tidsgränsen mellan inrapporterade vårddata och publicering i den officiella statistiken cirka två år. Ett framtida register skulle med fördel vara online-baserat, dvs. med kontinuerlig uppdatering där den som rapporterar in sina uppgifter kan få en daglig uppföljning om så önskas.

#### 16.6.4 Kvalitetsindikatorer inom socialtjänsten

**Bedömning:** Kvalitetsindikatorer bör utvecklas för socialtjänstens insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Det bör också utvecklas gemensamma indikatorer som kan användas av såväl psykiatrin som socialtjänsten för att följa och värdera samarbetet dem emellan.

#### Skäl för bedömningen

I dag saknas i hög grad indikatorer för att följa och värdera socialtjänstens verksamhet för personer med psykiskt funktionshinder. Sådana bör utvecklas dels för att verksamheterna ska kunna utvärdera och långsiktigt följa sin egen verksamhet, dels för att kunna göra nationella utvärderingar och öppna jämförelser. Socialstyrelsen har under 2006 startat ett arbete med indikatorer inom socialtjänsten. Nationell psykiatrisamordning anser att insatser för människor med psykiskt funktionshinder bör prioriteras i detta arbete. Det behöver också utvecklas indikatorer som kan användas av både hälso- och sjukvård och socialtjänst, samt indikatorer som kan ligga till grund för en analys av hur samarbetet mellan verksamheterna fungerar.



### 16.6.5 Utveckling av socialtjänststatistiken

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att statistik över socialtjänstens insatser till personer med funktionshinder ska vara individbaserad.

#### Skäl för bedömning

Idag saknas möjligheter att beskriva vilka insatser som ges till människor med psykiskt funktionshinder och vilka resultat de har. För att detta ska bli möjligt måste statistik över insatserna enligt socialtjänstlagen kunna redovisas på individnivå. År 2007 inleds ett utvecklingsarbete som i ett första steg innebär att sådana uppgifter lämnas för en viss dag. Nästa steg i utvecklingsarbetet bör vara att siffrorna redovisas på helårsbasis. Enligt Psykiatrisamordning bedömning måste det också på längre sikt bli möjligt att identifiera personer med psykiskt funktionshinder i statistiken för att kunna redovisa vilka insatser som ges. Behovet av ett sådant utvecklingsarbete behandlas delvis i avsnittet nedan.

### 16.6.6 Insatser för en enhetlig informationsstruktur

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning anser att arbetet med att utveckla enhetliga termer och begrepp, och uppbyggnaden av en enhetlig informationsstruktur för vården och omsorgen bör prioriteras.

#### Skäl för bedömning

I kapitel 3, En nationell vision samt kapitel 12, Statlig styrning, pekar Psykiatrisamordningen ut riktningen för de närmsta åtta åren när det gäller nationellt utvecklingsarbete och stöd till bl.a. verksamhetsutveckling. Redan i dag pågår ett framåtblickande arbete inom Socialstyrelsen, SKL och landstingen. Psykiatrisamordningens bedömning är dock att mer kan göras för att uppnå kvalitetskraven från medborgarna, professionen och patienterna. I den framtida nationella utvecklingsstrategi som Psykiatrisamordningen föreslår, prioriteras fyra mätbara uppföljningsområden för en

förbättrad vård och service till personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Dessa områden är boende, arbete och sysselsättning, inflytande samt vård och stöd. För att utvecklingsarbetet ska kunna följas måste det finnas variabler och utfallsmått som kan mätas. Informationen som mottas från kommunerna och landstingen ska kunna hanteras på ett tillförlitligt och smidigt sätt. En effektiv mottagar- och redovisnings funktion måste utvecklas hos Socialstyrelsen.

Viktiga delar av detta är att utveckla kvalitetsindikatorer, både sådana som är specifika för hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten och sådana som är gemensamma för verksamhetsområdena. I det förslag till ekonomiska satsningar de närmaste åren som Psykiatrisamordningen utvecklar i kapitlet föreslås att särskilda medel ska avsättas för utveckling på nationell nivå. Att förbättra nationell statistik och möjligheten till öppna jämförelser är en väsentlig del av detta.

För att kunna mäta målet om en fungerande bostad och ett bra vardagsstöd krävs i ett första steg en gemensam nationell definition av boendebegreppet. I ett pågående projekt inom IMS (se bilaga 3) arbetar man med att identifiera och granska de befintliga systematiska bedömningsmetoderna och instrumenten som kan användas vid individuella behovsbedömningar och uppföljning av insatser för personer med psykiskt funktionshinder. Projektet kan utgöra en grund för arbetet att utveckla definitioner av centrala begrepp på bl.a. boendområdet. Dessa kan sedan användas för att i återkommande inventeringar granska hur väl kommunerna lever upp till målet.

När det gäller det kommunala ansvaret för sysselsättning som i flertalet kommuner ges enligt SoL bör uppgifter samlas in i de återkommande inventeringar som Psykiatrisamordningen förslår i kapitel 3, En nationell vision. Även här bör definitioner tas fram som kan användas på nationell nivå och som kan ge en övergripande bild av hur många som är sysselsatta genom daglig sysselsättning, alternativt öppen eller skyddad anställning, samt vilka som inte har någon sysselsättning alls. Dessa data ska precis som med informationen om boende sammanställas, återrapporteras och redovisas genom öppen redovisning. Utöver den individbaserade informationen anser Psykiatrisamordningen att Arbetsmarknadsverket (AMV) samt Försäkringskassan (FK) ska rapportera statistik över sysselsättningssituationen för målgruppen till en nationell funktion. I Försäkringskassans uppdrag ligger även att,

om lagen om särskilt särskilt aktivitetsstöd till personer med psykiskt funktionshinder införs, följa upp satsningen och redovisa antal personer som beviljats aktivitetsstödet.

I kapitel 6 föreslås att en styrgrupp ska inrättas med syfte att övervaka, stödja och styra samhällets samlade satsning på förbättrad rehabilitering till personer med psykiskt funktionshinder. Styrgruppen ska ge regeringen rapporter om utvecklingen av samhällets rehabiliterande insatser till personer med psykiskt funktionshinder, och i styrgruppens uppdrag bör därmed ingå att analysera de nationella data som tas fram från kommuner, FK och AMV.

Den som tar del av vården och omsorgen bör ges ett ökat inflytande över insatsernas utformning och innehåll. Återkommande mätningar av grad av tillfredsställelse med given service och inhämtande av ytterligare behov och önskemål, är en strategi för att uppnå detta. I Psykiatrisamordningens nationella vision föreslås en samlad funktion för redovisning av brukarenkäter. För att möjliggöra detta bör ett antal nationella basenkäter tas fram som kan vara återkommande i lokala frågeformulär inom kommuner och landsting. I nästa steg bör nyckeltal tas fram som speglar, inflytande, delaktighet i samhället, social gemenskap och brukartillfredsställelse. Tillsammans med boende- och sysselsättningssituationen ska uppgifter om brukartillfredsställelse redovisas i öppna redovisningar.

För att avgöra om vården givit ett gott resultat och målen med behandlingen uppnåtts bör det finnas överenskomna termer och begrepp så att registreringen av åtgärder och resultat kan göras likvärdigt över hela landet. Landstingen behöver vidare bli mer aktiva på att anmäla sig samt rapportera till de nationella kvalitetsregistren. I framtiden bör alla verksamheter som ger vård enligt hälso- och sjukvårdslagen rapportera sina vårdtagare i kvalitetsregister. För att registren ska ha kapacitet att ta emot en ökad mängd information bör man prioritera uppbyggnaden av basregister för att inrapporteringen ska vara smidig och återkopplingen snabb.

I kapitel 12 föreslår Psykiatrisamordningen att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till människor med psykiskt funktionshinder förstärks genom ett särskilt riktat statligt statsbidrag. Statsbidraget ska enligt Psykiatrisamordningen vara villkorat på så sätt att en förutsättning för att kommuner och landsting ska få del av det riktade stödet ska vara att de bidrar till

uppföljningen genom att rapportera uppgifter till nationella register. Detta ingår i de nationella mål som Psykiatrisamordningen har lämnat som förslag till riksdagen. Därutöver krävs att berörda landsting och kommuner kommer överens om att samarbeta, samt ger berörda brukarorganisationer inflytande över hur statsbidraget ska användas.

### **Uppföljning inom primärvården**

En stor andel av primärvårdens patienter utgörs av personer som söker för psykiska problem. Psykiatrisamordningen anser att dokumentation och uppföljning behöver förbättras, och stödjer Socialstyrelsens rekommendation (Socialstyrelsen, 2006c) om utökad användning av lokala vårdprogram och rutiner för systematiskt utförd och dokumenterad diagnostik, samt regelbunden uppföljning, utvärdering och omprövning av behandling med antidepressiva läkemedel. Det är vidare viktigt att sjukvårdshuvudmännen uppmärksammar och förbättrar patientens delaktighet och inflytande.

## 17 Förslagens konsekvenser

Enligt direktiven (2003:133) skall Psykiatrisamordningen uppmärksamma personalförsörjningsfrågan och bedöma verksamhetens resursbehov. De ekonomiska konsekvenserna av förslagen skall analyseras och förslag på finansiering lämnas om kostnadsökningar bedöms bli aktuella. Samordnaren skall också beakta hur de förslag som redovisas inverkar på kommunernas och landstingens självstyrelse. Vidare skall samordnaren redovisa förslagets betydelse för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet.

### 17.1 Personalmässiga konsekvenser

**Bedömning:** Möjligheterna att på ett positivt sätt genomföra de intentioner och förslag som Psykiatrisamordningen har lagt fram beror i hög grad av tillgången på personal med rätt kompetens och inställning när det gäller att arbeta med den grupp av personer som lider av psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Ansvaret för rekrytering och kompetensfrågor åvilar berörda huvudmän.

#### Skäl för bedömningen

Bristen på kompetent personal i tillräcklig omfattning kan vara en begränsande faktor för ett genomförande av önskvärda förändringar. Redan nu finns betydande rekryteringsproblem såväl när det gäller kvalificerad personal till den psykiatriska vården, främst läkare, som till den kommunala omsorgen om psykiskt funktionshindrade. Kraven på ökad och mer specialiserad kompetens hos olika personalgrupper har ökat inom kommunernas vård och

omsorg. Svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens gäller förutom läkare och psykologer även sjuksköterskor och annan personal, inte minst på arbetsledande nivå.

Kompetensen och kanske möjligheterna inom den öppna psykiatriska vården, missbruksvården och socialtjänsten att ta sig an personer med psykisk sjukdom och funktionshinder står inte alltid i paritet med vad som skulle vara önskvärt eller optimalt. Särskilt gäller detta när patienten, utöver den psykiska sjukdomen, även lider av en svår personlighetsstörning och missbrukar såväl alkohol som andra droger. Dessa patienter är ingen lätt grupp att ta om hand och den ställer stora krav på kunskap, engagemang och tålamod.

För ett positivt genomförande av Psykiatrisamordningens intentioner behövs nyrekrytering av personal i första hand till den öppna psykiatriska vården och socialtjänstens gruppboenden av olika slag. Dessutom behövs en bred satsning på fortbildning för ökad kompetens och en attitydförändring inom berörda verksamheter som underlättar för personer med psykiskt funktionshinder att få, och behålla, kontakt med samhällets olika stödfunktioner. Ett sådant arbete kräver ett gemensamt engagemang och kommer att kosta såväl tid som ekonomiska resurser, men är nödvändigt för att Psykiatrisamordningens förslag och intentioner skall kunna genomföras med ett positivt resultat. De kostnader i form av återfall i sjukdom, lidande och i vissa fall förnyad brottslighet som ett misslyckande innebär, såväl för patienten själv som för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och för samhället i stort, är betydande.

Det finns en brist på högutbildad personal, främst läkare och specialistutbildade sjuksköterskor, inom den psykiatriska vården generellt, medan möjligheterna att rekrytera annan personal i allmänhet är goda.

För att kunna attrahera tillräckligt med kompetent personal krävs att den erbjudna arbetsmiljön är av god kvalitet och att förutsättningarna för att göra ett bra arbete finns. I detta ligger att personalen måste kunna känna trygghet i arbetet vilket, utöver tillräckligt med kunskap för arbetsuppgiften, kräver att åtgärder vidtagits för att den fysiska säkerheten för såväl personal som intagna så långt möjligt är tillgodosedd.

En god arbetsmiljö förutsätter också att det finns en tillräckligt stor grupp som kan dela på den kliniska arbetsbördan, backa upp vid ledigheter och ge tid för fortbildning och FoU-verksamhet.

Små enheter, med bara någon enstaka befattningshavare på varje kvalificerad nivå är mycket sårbara och har svårt att klara verksamheten vid innehavarens sjukdom eller annan bortavaro. En alltför liten medarbetarstab verkar också avskräckande på nya yngre kollegor och är kontraproduktivt för rekryteringen av nya medarbetare. För att så långt som möjligt hushålla med den knappa resurs som den rådande läkartillgången utgör inom psykiatrin kan det finnas skäl att förutsättningslöst, om än inom lagens ram, diskutera såväl den organisatoriska strukturen som fördelningen av uppgifter och ansvar som finns inom verksamheten.

För att förbättra rekryteringsläget inom psykiatrin har Psykiatrisamordningen i kapitel 10 föreslagit att landstingen regionalt ges möjlighet att under en sjuårsperiod söka statliga medel för inrättande av särskilda studierektorer med uppgift att stimulera och stödja yngre läkare att söka sig till det psykiatriska verksamhetsområdet.

Möjligheterna att rekrytera personal är beroende av flera faktorer, bland annat läget på arbetsmarknaden, den landstingskommunala och primärkommunala ekonomin och villkoren inom berörda sektorer. Tillgången på ekonomiska resurser och kvalificerad personal styr i hög grad ambitionsnivån hos dem som har att ge innehåll åt verksamheten och skapa de förutsättningar för vård, behandling och omhändertagande som svarar mot varje individs behov, vilket i sin tur styr kostnaderna för verksamheten. Psykiatrisamordningen återkommer nedan till en bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av framlagda förslag.

Rekrytering av personal med lämplig kompetens är givetvis en fråga för respektive huvudman. Detsamma gäller fortbildning av personalen och att se till att denna ständigt får tillgång till aktuell kunskap, nya och förbättrade metoder och arbetssätt m.m. Ansvaret för grundutbildning faller på det allmänna skolsystemet, universitet och högskolor. De senare är aktörer med stor frihet och självständighet när det gäller att tillskapa utbildningsvägar och kurser efter de behov som arbetsmarknaden anser sig ha. Sjukvårdshuvudmän och kommuner bör aktivt verka för att lämpliga kursprogram för utveckling av omhändertagande av bland annat psykiskt störda lagöverträdare kommer till stånd. Inom ramen för Psykiatrisamordningen har ett särskilt projekt i uppgift att tillsammans med tre universitet/högskolor planera för en sådan utbildning. Projektet kommer att presenteras våren 2007.

## 17.2 Ekonomiska konsekvenser

**Förslag:** Psykiatrisamordningen föreslår att särskilda medel avsätts dels för genomförande av nödvändiga åtgärder inom rehabiliteringsområdet, 225 miljoner kronor, dels för att öka möjligheten att nå de mål avseende utvecklingen inom området vård och stöd för personer som lider av psykisk ohälsa och/eller psykiskt funktionshinder som Psykiatrisamordningen föreslår, 1 000 miljoner kronor. Totalt omfattar de föreslagna åtgärderna en kostnadsökning för staten på omkring 1 225 miljoner kronor per år under perioden 2009-2015.

I nämnda belopp ingår inte de förslag som tidigare lämnats i delbetänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare och som har kostnadsberäknats till 430 miljoner kronor per år och inte heller de kostnader för satsningar inom området barn och ungdomar som riksdagen har beslutat om våren 2006.

### Skäl för förslaget

Som tidigare har framgått i detta betänkande finns det brister i utbud och kvalitet i insatserna på vissa håll och skillnaderna i hur vården bedrivs är stora mellan olika landsting och kommuner. Psykiatrisamordningen har konstaterat att utbudet inte alls motsvarar behoven. Det gäller t.ex. tillgången till rehabiliterande insatser, insatser till personer som har en psykisk sjukdom och som samtidigt missbrukar alkohol och andra droger, samt på flera håll också utbudet av boende- och sysselsättningsinsatser. Detta gäller inte minst i samband med vård och rehabilitering av de psykiskt störda lagöverträdarna.

### *Handikappersättning*

Psykiatrisamordningen har i kapitel 6 föreslagit att personer med svår psykisk sjukdom och funktionsnedsättning som ger kognitiva funktionshinder av allvarlig art läggs till de grupper som har rätt till handikappersättning om minst 36 procent av basbeloppet. Förslaget bedöms omfatta mellan 10 000 och 15 000 personer med svårt psykiskt funktionshinder, varav flertalet redan nu torde ha beviljats sådan ersättning. Kostnaden för Försäkringskassan kan



uppskattas till 115–170 miljoner kronor, dvs. omkring 10 procent av den totala kostnaden för handikappersättningen. Huruvida en reell kostnadsökning kommer att uppstå är avhängigt av i vilken utsträckning Försäkringskassan uppmärksammat gruppen hittills. Psykiatrisamordningen anser att förslaget inte bör medföra någon nämnvärd kostnadsökning.

Psykiatrisamordningen har i kapitel 6 föreslagit en ny modell för rehabilitering av personer med psykiska sjukdomar/funktionshinder. Modellen benämns Särskilt aktivitetsstöd för personer med psykiskt funktionshinder. Målgruppen är personer som har beviljats aktivitetsersättning på grund av psykisk sjukdom och syftar till att på ett kraftfullt sätt samordna och tillgängliggöra samhällets samlade rehabiliteringsutbud till gruppen. Modellen innehåller flera olika delar. En del av Psykiatrisamordningens förslag innebär att 300 tjänster inrättas vid landets försäkringskassor med uppgift att ge personer som lider av psykisk ohälsa ett särskilt stöd till en effektiv rehabilitering. Ett genomförande av förslaget innebär en kostnad på omkring 150 miljoner kronor. Psykiatrisamordningen föreslår att detta belopp reserveras inom utgiftsområde 22:2, Bidrag till arbetslöshetsersättning och aktivitetsstöd. I relation till det belopp som denna utgiftspost f.n. omfattar, 38 miljarder kronor, utgör de föreslagna 150 miljoner kronorna en relativt blygsam andel. Till detta kommer att det finns skäl att anta att införande av nämnda koordinatörer innebär en inte oväsentlig avlastning i övriga delar av Försäkringskassans organisation. Förslaget innebär således inte krav på ytterligare medel.

#### *Rehabilitering – aktivitetsstöd*

För att möjliggöra finansiering av särskilt aktivitetsstöd till personer under 30 år med psykiskt funktionshinder föreslår Psykiatrisamordningen att Försäkringskassans anslag 19:1, Sjukpenning och rehabilitering och 19:2, Aktivitets- och sjukersättningar m.m., successivt ökar med 100 miljoner kronor per år under perioden 2009–2011. Även denna utgift torde rymmas inom ramen för nuvarande budgetram, men kräva en viss omfördelning av tillgängliga resurser. Förslaget innebär att kommunerna inte behöver svara för kostnaderna för meningsfull sysselsättning under tre år för yngre personer med psykiskt funktionshinder.

Psykiatrisamordningens förslag om att vårdgarantin bör utvidgas till att även omfatta relevanta utredningar av psykiska sjukdomar och störningar medför inga särskilda kostnader för statens del. För landstingens del ligger uppgiften redan inom ramen för de åtaganden som stadgas i gällande lagstiftning. Förslaget innebär således inte att några nya uppgifter tillförs landstingen utan endast krav på att en utredning inleds snabbare än vad som nu på sina håll är fallet.

Psykiatrisamordningen föreslår också i kapitel 6 att ett långsiktigt stöd på 40 miljoner kronor ges till fontänhus och till brukarorganisationernas verksamheter. Förslaget innebär att kommuner kan ansöka hos Socialstyrelsen om bidrag till halva kostnaden för driften av fontänhus och brukarorganiserad verksamhet. Förutsättning för bidraget är att kommunerna själva eller dessa tillsammans med landstinget svarar för återstående kostnader. Psykiatrisamordningen anser att kostnaden bör finansieras genom en överföring av 20 miljoner kronor från utgiftsområde 13, anslag 22:3, Köp av arbetsmarknadsutbildning och övriga kostnader samt 20 miljoner kronor från utgiftsområde 10, anslaget 19:1, Sjukpenning och rehabilitering m.m. Förslaget innebär en ”vinst” för kommuner och eventuellt landsting på totalt 40 miljoner kronor, men framför allt en betydligt säkrare tillvaro för fontänhusen och brukarorganisationernas stödjande verksamhet till personer med psykiskt funktionshinder.

Psykiatrisamordningen har även föreslagit att 2 000 trygghets- och utvecklingsanställningar öronmärks för personer med psykiskt funktionshinder. För detta bör 1 000 nya OSA-anställningar och 500 trygghetsanställningar tillföras AMV. Dessutom bör 500 trygghetsanställningar som nu inte utnyttjas erbjudas personer med psykiskt funktionshinder. Tjänsterna bör tillföras AMV den 1 januari 2009. Kostnaden för de nya OSA-anställningarna kan kostnadsberäknas till 138 miljoner kronor och de nya trygghetsanställningarna till 85 miljoner kronor. Totalt bör således AMV tillföras 223 miljoner kronor till anslaget 22:2 Bidrag till arbetslöshetsersättning och aktivitetsstöd.

#### *Villkorat statsbidrag till landsting och kommuner*

Psykiatrisamordningen föreslår i kapitel 12 att samhällets insatser till människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder förstärks genom ett riktat statsbidrag till landsting och

kommuner under åren 2009–2015. För erhållande av bidraget, som föreslås uppgå till 800 miljoner kronor per år, krävs enligt förslaget att landsting och kommuner har avtalat om sitt samarbete kring människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, att samråd har ägt rum med brukarorganisationerna om hur medlen skall användas samt att grundläggande uppgifter om verksamheten har lämnats till nationella register.

### *Forskning och utveckling*

Forskningen inom området psykisk hälsa är eftersatt och behöver förstärkas. Psykiatrisamordningen har i kapitel 11 föreslagit en sju-årig forskningssatsning som omfattar 100 miljoner kronor per år under perioden 2009–2015. Medlen bör disponeras av Vetenskapsrådet för forskning inom området psykisk hälsa.

Psykiatrisamordningen har även föreslagit att 100 miljoner kronor årligen avsätts för utvecklingsarbete på nationell nivå under nämnda period. Medlen skall användas för att bygga upp nationella register över området psykisk ohälsa när det gäller såväl landstingens som kommunernas verksamhet. Medlen skall också användas till att bygga upp nätverk kring olika frågor, utarbetande av handlingsprogram, större utbildningsinsatser m.m. Medlen bör disponeras av Socialstyrelsen. En mindre del bör kunna användas av Sveriges Kommuner och Landsting när det gäller utvecklingsinsatser främst inom områden som samverkan, ledarskap och organisation. Kostnaden för förslaget om studierektorer för att stimulera yngre läkare att välja det psykiatriska området, sex miljoner kronor per år, bör också finansieras inom dessa medel. En del av medlen, 3,5 miljoner kronor, bör disponeras av brukar- och anhörignätverket för att detta skall kunna fungera som en aktiv dialogpartner till bl.a. Socialstyrelsen och verka för att stärka brukarinflytandet i verksamheter som riktar sig till målgruppen samt delta i arbetet mot stigmatisering. Psykiatrisamordningen föreslår också att fyra miljoner kronor avsätts för gemensam kunskapsutveckling om rehabilitering för psykiskt funktionshindrade och att dessa medel förvaltas av den styrgrupp som diskuterats i kapitel 6.

### 17.3 Konsekvenser för kommunernas och landstingens självstyrelse

**Bedömning:** Psykiatrisamordningens förslag innebär ingen ändring av landstingens och kommunernas ansvar för personer med psykiskt funktionshinder. Förslaget om ett nationellt ställningstagande för en modell med tidiga och samordnade insatser till barn och ungdomar innebär att staten tar ställning till hur verksamheten skall organiseras inom kommuner och landsting. Förslaget innebär en kvalitetshöjning som i enlighet med finansieringsprincipen åtföljs av ett föreslaget resurstillskott.

#### Skäl för bedömningen

Nationell psykiatrisamordning bedömer att förslagen inte förändrar gällande ansvarsförhållanden mellan staten, landstingen och kommunerna. Förslagen har utformats i syfte att göra den statliga styrningen mer konsekvent, samordnad och ändamålsenlig. Detta har utvecklats i kapitel 12 och kommer till uttryck bl.a. genom förslaget att riksdagen ska anta mål för hela området, att uppföljningen ska förbättras och att framtida resurstillskott ska vara villkorade.

Förslaget i kapitel 14, som innebär att kommuner och landsting blir skyldiga att ingå överenskommelser på vissa områden, har utformats med utgångspunkt från principen att staten ska undvika detaljstyrning av kommuners och landstings verksamheter. Skyldigheten att sluta överenskommelser mellan huvudmännen kommer enligt förslaget att framgå av hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Förslaget till innehåll i överenskommelserna ska ses som modell för hur krav kan ställas på gemensamt ansvarstagande utan att det föreskrivs precis på vilket sätt ansvarstagandet ska ske.

Flera av förslagen syftar till att på nationell nivå stödja landsting och kommuner att uppfylla sitt uppdrag. Detta gäller t.ex. förslaget i kapitel 12 att Socialstyrelsens ska ge ett mera kraftfullt stöd till utvecklingen.

Inom det barn- och ungdomspsykiatriska området föreslås en modell för hur tidiga insatser till barn och ungdomar kan organiseras. Psykiatrisamordningen anser det ska ske ett ställningstagande för modellen på nationell nivå, antingen genom att de

medel som avsätts inom området riktas till verksamheter som arbetar enligt modellen, eller genom ett avtal mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Förslaget innebär att staten delvis tar ställning för hur kommuner och landsting ska organisera sina verksamheter på ett visst begränsat område. Att förbättra samhällets insatser till barn och ungdomar är av ett betydande nationellt intresse och kraftiga och samordnade insatser över hela landet är därför nödvändigt. I enlighet med finansieringsprincipen har Psykiatrisamordningen också föreslagit ett resurstillskott inom området. Riksdagen har i beslut om tilläggsbudget våren 2006 tagit ställning för ett sådant resurstillskott.

#### 17.4 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

**Bedömning:** De förslag och bedömningar som har redovisats i detta betänkande syftar till att bättre tillgodose behovet av psykiatrisk vård och omhändertagande för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Det finns starka skäl att utgå ifrån att ett genomförande av förslagen leder till positiva brottspreventiva effekter.

#### Skäl för bedömningen

Brottsutvecklingen har totalt sett varit relativt konstant under det senaste årtiondet mätt i antal anmälda brott. Samtidigt har en viss omfördelning skett inom denna totala ram. Antalet brott mot liv och hälsa, framför allt i form av misshandel och andra våldsbrott, har ökat sedan mitten av 1990-talet. Flertalet av dem som begår våldsbrott är påverkade av alkohol och/eller droger i någon form. Under senare år har möjligheterna att bedriva en restriktiv alkoholpolitik minskat, bland annat som en följd av internationaliseringen. Drogmisshandlingen har sannolikt ökat, åtminstone ibland yngre. Detta talar för att en fortsatt ökning av våldsbrotten inte är osannolik.

Det finns inget som talar för någon tydlig förändring när det gäller den psykiska sjukligheten. Andelen personer med psykosjukdom uppgår till omkring två procent, varav en fjärdedel lider av schizofreni. De gärningsmän som lider av en allvarlig psykisk stör-

ning svarar för en relativt liten del av den totala brottsligheten, men bland dem som är psykiskt sjuka är kriminaliteten högre än i andra grupper. Särskilt ogynnsamma förhållanden råder då psykisk sjuklighet kombineras med alkohol- och/eller annat drogmissbruk.

Inledningsvis redovisades att antalet vårdplatser inom psykiatrin under de senaste årtiondena har minskat väsentligt. Även antalet platser för missbruksvård har minskat. Mellan 1994, när SiS tog över LVM-vården, och 2005 minskade antalet platser vid LVM-hemmen från 941 till 327. Fler personer med avvikande beteende och betydande problem har därmed kommit att få större rörelsefrihet, vilket också har ställt ökade krav på den öppna psykiatriska vården, missbruksvården och socialtjänsten.

Toleransen hos allmänheten gentemot personer med avvikande våldsbeteende har inte ökat som en konsekvens av att fler personer med psykisk sjukdom eller funktionshinder rör sig i samhället. Snarare har ökade krav på samhällsskydd mot avvikande personer, särskilt psykiskt störda, och mot återfall i brott samt allmänt sett hårdare tag mot lagöverträdare rests. I den mån som nya uppmärksammade brott sker, kommer sannolikt nya krav på skärpning av regler för permission och frigång, längre straff etc. att aktualiseras.

Samtliga nu diskuterade förhållanden pekar mot ett ökande behov av vård, behandling och omhändertagande av personer som lider av psykisk sjukdom eller som av annan anledning uppvisar ett avvikande beteende med våldstendenser. Inom psykiatrin sker ett fortgående utvecklingsarbete. Nya diagnostiska metoder liksom nya behandlingsmetoder och läkemedel har tillkommit. Utvecklingsarbetet och forskningen har medfört bättre förståelse för de psykiska störningarnas orsaker och verkan samt lett till bättre möjligheter att behandla störningarna. Insatserna i samband med utskrivning och uppföljning av utskrivna patienter har intensifierats på många håll. Denna utveckling kommer sannolikt att fortsätta.

Program för adekvat omhändertagande och stöd både när det gäller att lindra och att bota den psykiska sjukdomen eller störningen, eller minska det aktuella drogmissbruket, utvecklas och implementeras nu inom den psykiatriska vården. Programverksamheten inom kriminalvården och rättspsykiatrin tar också sikte på att reducera risken för återfall och utgör därmed en motvikt till övriga ovan diskuterade förhållanden.

De åtgärder som Psykiatrisamordningen föreslår i detta betänkande, samt i det betänkande Vård och stöd till psykiskt störda

lagöverträdare (SOU 2006:91) som nyligen har överlämnats till regeringen, bör, utöver att lindra den psykiska störningen, minska risken för att patienter som har varit i kontakt med den psykiatriska vården skall komma att begå brott eller återfalla i brott av allvarligt slag. Av särskilt intresse är härvid Psykiatrisamordningens förslag att rättspsykiatrin bör ta ett utökat ansvar för riskbedömningar inom sjukvårdsområdet och även svara för kunskapsöverföring till andra områden, t.ex. den allmänna psykiatrin, primärvården och socialtjänsten när det gäller identifiering och omhändertagande av utåtriktat aggressiva personer. Det är givetvis av största vikt att dessa patienter kan identifieras och tas om hand på rimligt sätt så att brottslig handling så långt möjligt kan förebyggas.

Det finns starka skäl att anta att ett förbättrat omhändertagande inom den psykiatriska vården där psykiatriska problem och missbruksproblem behandlas samtidigt och där kraftfulla insatser görs för att de patienter som skrivs ut från vården kan tas om hand på ett genomtänkt, strukturerat och samordnat sätt i samverkan mellan rättspsykiatrin, psykiatrin, socialtjänsten och andra berörda organisationer, medverkar till att andelen brott som begås till följd av psykisk sjukdom eller störning efter hand kan komma att minska märkbart. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att hur man än räknar så är den andel av samtliga brott som kan kopplas till förekomsten av psykisk sjukdom eller psykisk störning mycket liten. Någon genomgripande effekt på den totala brottsligheten i landet torde inte kunna utläsas i brottsstatistiken till följd av Psykiatrisamordningens här framlagda förslag.

## 17.5 Övriga konsekvenser

Psykiatrisamordningen bedömer att de framlagda förslagen inte har några uppenbara konsekvenser för jämställdheten mellan män och kvinnor och inte heller för att nå de integrationspolitiska målen. Inte heller har förslagen några mätbara regionalpolitiska effekter.

## 18 Genomförande

**Bedömning:** En nationell tioårig plan för psykisk hälsa bör tas fram. En sådan plan samt en nationell utvecklingsstrategi med mål och inriktning för samhällets insatser för personer med allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder bör antas av riksdagen år 2008.

Förslagen som rör förändringar i lagstiftningen och att särskilda statliga medel avsätts för vård, stöd och rehabilitering av psykiskt sjuka och funktionshindrade bör kunna genomföras den 1 januari 2009.

Förslag och bedömningar som inte kräver förändrad lagstiftning eller omfördelning av resurser mellan stat, landsting och kommuner bör genomföras utan dröjsmål. De uppdrag till olika myndigheter och utredningar som Psykiatrisamordningen föreslagit bör kunna lämnas utan föregående remissbehandling i regleringsbrev eller som särskilda uppdrag till berörda myndigheter.

### Skäl för bedömningen

För många psykiskt sjuka och personer med psykiskt funktionshinder är situationen otillfredsställande när det gäller insatser för vård, stöd och rehabilitering som Psykiatrisamordningen uppmärksammat talar för att åtgärder såväl av lagstiftningsnatur som av finansiellt stöd behöver sättas in snarast möjligt. En nationell tioårig plan för psykisk hälsa som kan antas av riksdagen under 2008, bör tas fram. Riksdagen bör då även kunna anta en nationell utvecklingsstrategi med mål och inriktning för vård, boende, sysselsättning och delaktighet i samhället för människor med allvarlig psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder.



Psykiatrisamordningens bedömning är att förslagen till lagstiftningsmässiga förändringar och ekonomiska tillskott bör kunna genomföras den 1 januari 2009 efter sedvanlig remissbehandling och beredning. Vissa av de föreslagna åtgärderna kommer således av formella och praktiska skäl inte att kunna genomföras omgående. Det finns emellertid inget som hindrar att en rad av de föreslagna åtgärderna kan vidtas redan nu utan att förändringar i lagstiftningen behöver inväntas. Tvärtom är det angeläget att det utvecklingsarbete som pågår i många landsting och kommuner t.ex. i syfte att förbättra samverkan och samordningen mellan de olika verksamheterna får fortsätta. Med stöd av de bedömningar som Psykiatrisamordningen redovisar i detta betänkande och i det tidigare delbetänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91) finns ett brett underlag för lokala initiativ och diskussioner redan nu när det gäller att utstaka färdvägen mot målet att förbättra situationen för personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder, liksom när det gäller insatser inom området psykisk ohälsa i stort. Ytterligare underlag tillkommer när resultatet av den ovan diskuterade hälsoplanen och utvecklingsstrategin föreligger 2008.

Socialstyrelsen har fått ett särskilt uppdrag att ta över vissa av Nationella psykiatrisamordningens uppgifter när Psykiatrisamordningen avvecklas den 30 november 2006. Det är till Socialstyrelsen som de pågående, ännu inte avslutade projekt som initierats av Psykiatrisamordningen skall avrapporteras. Inom Socialstyrelsen har en särskild enhet närmast under verksledningen byggts upp för att ta hand om de frågor som övertas.

Psykiatrisamordningen har lämnat förslag till ett antal uppdrag som enligt Psykiatrisamordningen behöver fördelas till olika myndigheter enligt följande.

- Socialstyrelsen ges i uppdrag att tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting arbeta fram ett gemensamt program inom området psykisk hälsa som stöd för gemensamma insatser för utbildning och planering för kommuner och landsting.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att tillsammans med andra berörda aktörer skapa en gemensam utvecklingsplan med riktlinjer och förhållningssätt för hur tvångsvården bör bedrivas med inriktning mot att så långt möjligt undvika tvångsåtgärder.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ansvara för att ett antal utvecklingsinsatser görs inom området psykisk ohälsa med sär-

skild inriktning mot allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder.

- Socialstyrelsen ges i uppdrag att stödja metodutveckling och implementering, sprida information om arbetssätt samt stimulera verksamheterna till ökad aktivitet inom brukarinflytandeområdet.
- Försäkringskassan, Arbetsmarknadsverket samt Socialstyrelsen ges i uppdrag att inrätta en gemensam styrgrupp för att övervaka, stödja och styra samhällets samlade satsning på förbättrad rehabilitering till personer med psykiskt funktionshinder. I gruppen bör även Sveriges Kommuner och Landsting samt brukarorganisationerna ingå.
- Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Arbetsmarknadsverket ges i uppdrag att analysera skillnader i insatser för rehabilitering mellan män och kvinnor.
- Assistanskommittén ges i uppdrag att bedöma kostnaderna för och övriga konsekvenser av att personkrets 3 får tillgång till insatsen daglig verksamhet enligt LSS.
- Hjälpmedelsinstitutet ges i uppdrag att stödja utvecklingen av hjälpmedel för personer med psykiskt funktionshinder.
- Myndigheten för handikappolitisk samordning (HANDISAM) ges i uppdrag att under två år samla, sprida och informera om exempel på hur samhället kan anpassas för personer med psykiskt funktionshinder.
- En särskild utredning ges i uppdrag att utforma en ansvarsgaranti för personer med missbruk och samtidig psykisk sjukdom med syfte att säkerställa att planering och vård- och stödinsatser kommer till stånd i rimlig tid.
- En särskild utredning eller Socialstyrelsen ges i uppdrag att belysa frågorna om hur reglerna om dokumentation och journalföring försvårar huvudmännens möjligheter till samlokalisering och integrering av olika verksamheter.
- En särskild utredning bör omgående tillsättas om huvudmännens möjligheter att tillsammans bedriva verksamhetsuppföljningar och göra gemensamma behovsinventeringar såvida detta inte löses genom de förslag som Patientdatautredningen lämnar inom kort.

- En särskild utredare bör se över omfattningen av och möjliga lösningar på problemet med att vissa psykiskt funktionshindrade personer med våldsproblematik inte kan förordnas god man eller förvaltare trots att de har behov av sådan.
- En särskild utredare ges i uppdrag att analysera villkoren för sociala kooperativ och lämna förslag till en modell för att sociala kooperativ ska kunna utvecklas på ett för målgruppen ändamålsenligt sätt.
- Barnombudsmannen, BO, ges i uppdrag att utreda möjligheten att tillskapa en nationell kommission för händelseanalys och gemensam utredning när en ung människa tagit sitt liv.
- Barnombudsmannen ges i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting att formulera konkreta och uppföljningsbara mål för de delar av barnpolitiken som rör barns och ungdomars hälsa.
- Statskontoret ges i uppdrag att föreslå en modell för hur de medel som staten avsätter till kommuner, landsting, Statens institutionsstyrelse och Kriminalvården för vård till personer med missbruk kan användas mer effektivt och mer långsiktigt. Uppdraget bör baseras på en översyn av vilka medel som nu fördelas inom området.
- Vetenskapsrådet ges i uppdrag att utforma och driva en strategisk forskningsinsats inom området psykisk hälsa/ohälsa.

Psykiatrisamordningen anser att samtliga dessa uppdrag bör kunna ges till respektive myndighet och organisation utan föregående remissbehandling inom ramen för de årliga regleringsbrev för år 2007, alternativt år 2008, eller som särskilda uppdrag. För några av de angivna föreslagna uppdragen har Psykiatrisamordningen förordnat att särskilda utvecklingsmedel avsätts. De angivna uppdragen torde dock ligga inom ramen för respektive myndighets ansvarsområden och kunna påbörjas utan ytterligare ekonomiskt stöd utöver vad som redan tidigare beslutats.

Utöver de nämnda uppdragen till myndigheter och utredningar har Psykiatrisamordningen även föreslagit att regeringen tar initiativ till en översyn av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) för att anpassa lagen till de förändringar som skett inom vårdområdet under den senaste tioårsperioden. En sådan översyn kan med fördel påbörjas utan dröjsmål.

Psykiatrisamordningen anser att staten bör sluta en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting att tillsammans med Kriminalvården, Statens Institutionsstyrelse och Socialstyrelsen utarbeta ett nationellt handlingsprogram för personalrekrytering inom området vård, stöd, behandling och rehabilitering vid psykisk ohälsa.

Avslutningsvis kan det finnas skäl att erinra om att Psykiatrisamordningen i delbetänkandet Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91) har föreslagit att en organisationskommitté bör tillsättas snarast med uppgift att analysera vissa frågor som gäller den föreslagna myndigheten för nationell samordning av rättspsykiatrisk utredning och vård. Kommittén föreslogs även analysera de praktiska och legala förutsättningarna för införande av ett nationellt register för rättspsykiatrisk vård. Psykiatrisamordningen förordade också i delbetänkandet att en interimistisk organisation borde tillsättas omgående för att intensifiera det pågående och föreslagna utvecklingsarbetet när det gäller omhändertagandet av psykiskt störda lagöverträdare i avvaktan på att den nationella samordningsmyndigheten etablerats. I delbetänkandet förordar Psykiatrisamordningen ett ställningstagande till de förslag som tidigare framlagts av Psykansvarskommittén i betänkandet Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3).

## 19 Författningskommentarer

### 19.1 Förslaget till lag om ändring i 7 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100)

Förslaget, som innebär att samma sekretessregler skall gälla hos Försäkringskassan, Premiepensionsmyndigheten och domstol när det gäller aktivitetsstöd för psykiskt funktionshindrade som gäller för andra ekonomiska förmåner, har diskuterats i kapitel 6.

### 19.2 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

#### 3 kap 6 §

Bakgrunden till förslaget har diskuterats i kapitel 5.

Paragrafen har ändrats genom att *boendestöd för personer med psykiska funktionshinder* lagts till bland de insatser som i bestämmelsen anges som exempel på verksamheter som socialnämnden bör bedriva för att underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Genom bestämmelsen ges insatsen samma status som andra kommunala verksamheter och vikten av att kommunerna ger särskilda insatser till personer med psykiska funktionshinder understryks. *Boendestöd för personer med psykiska funktionshinder* ska tolkas som socialt stöd som ges till den enskilde i dennes bostad och som utformats och anpassats efter de behov som finns hos personer med psykiska funktionshinder. I begreppet ingår också psykosociala stödinsatser som ges utanför bostaden.

#### 2 kap 7 §

Syftet med den nya bestämmelsen har redovisats i kapitel 14.

Paragrafen reglerar kommunens skyldighet att, när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och

socialtjänst tillgodosedda, upprätta en individuell plan tillsammans med landstinget. Landstinget har enligt 3 c § hälso- och sjukvårdslagen ett motsvarande ansvar.

Bedömningen, *enligt första stycket*, av om en individuell plan behöver upprättas tillsammans med landstinget, ska göras i varje enskilt fall utifrån det som framkommer i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om hans eller hennes hälsotillstånd och sociala situation. För vissa grupper bör kommunen utgå från att ett behov av en individuell plan finns. Det gäller personer med omfattande behov som t.ex. personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar, andra personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder, ungdomar med omfattande psykosociala behov, samt dementa personer med behov av somatiska insatser. När den enskilde begär det ska en individuell plan alltid upprättas. Detta gäller även om företrädare för kommunen bedömer att det inte behövs (se nedan st. 2). Detsamma gäller om begäran görs av en närstående under förutsättning att den enskilde inte motsätter sig att en plan upprättas.

Med *behov av socialtjänst* avses i detta sammanhang behov av insatser enligt socialtjänstlagen och lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Behoven, som kräver planering för att tillgodoses, kan också vara av sådan karaktär att de, helt eller delvis, kan komma att tillgodoses genom den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga och missbrukare. Däremot ska bestämmelsen inte användas i sådana fall när det huvudsakliga skälet till att socialtjänsten kontaktas är att man vill åstadkomma en prövning enligt den sociala tvångsvårdslagstiftningen. Med *behov av hälso- och sjukvårdsinsatser* avses behov av somatiska och psykiatriska vård- och behandlingsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, både sådana som landstinget ansvarar för och sådana som kommunen ska tillhandahålla. Även övriga insatser som regleras genom hälso- och sjukvårdslagen t.ex. rehabilitering, habilitering och hjälpmedel ska omfattas av behovsbedömningen.

Bestämmelsen innebär att kommunens ansvar utvidgas till att uppmärksamma den enskildes samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den slutgiltiga bedömningen av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som ska ges till en enskild patient och hur de ska utformas görs dock av hälso- och sjukvårdspersonal på uppdrag av en vårdgivare som arbetar för kommunen eller landstinget. Planeringsskyldigheten ger inte kommunen möjlighet att besluta om insatser som ska tillhandahållas av en annan huvudman.

Av planen ska framgå mål för insatserna på kortare och längre sikt och vilka insatser respektive huvudman svarar för. Insatser som kan omfattas av planen kan vara av akut och omedelbar karaktär men också avse en flerårig process t.ex. när det gäller den enskildes rehabilitering. I begreppet *svara för* ingår också vem som ska bekosta insatserna. Detta ska emellertid bara anges när det är relevant. Av planen ska också framgå vem som ska *samordna insatserna*. En namngiven befattningshavare hos landstinget eller kommunen ska anges i planen. Det är dock landstinget eller kommunen och inte den enskilde befattningshavaren som har det formella ansvaret för insatsernas samordning och som kan ställas till svars om detta inte sker på ett tillfredsställande sätt.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Genom uttrycket *tillsammans med* understryks att det enligt huvudregeln inte är fråga om att om inhämta den enskildes samtycke i efterhand, utan att han eller hon ska delta aktivt och att det är hans eller hennes behov och önskemål som ska vara utgångspunkten för planeringen. Detta ska ske när det är möjligt. Syftet med den begränsningen är att understyrka att planeringsansvaret gäller också när en person själv väljer att inte delta, eller på grund av sin hälsa eller sociala situation inte förmår att delta. Detta är undantagssituationer som aldrig får användas rutinmässigt i syfte att förenkla arbetssituationen för hälso- och sjukvårds- och socialtjänstpersonalen. En individuell plan kan aldrig upprättas enligt bestämmelsen om den enskilde motsätter sig att så sker.

En individuell plan ska dokumenteras så att den kan särskiljas från övriga vård- stöd- och behandlingsinsatser.

Av *andra stycket* framgår att när kommunen bedömer att det finns behov av att upprätta en individuell plan tillsammans med landstinget, skall kommunen kalla landstinget till en individuell planering. Kallelsen ska ske så snart behovet identifierats och planeringen ska inledas senast dagen efter att kallelsen har mottagits. Att planeringen inleds innebär att en första kontakt tas mellan kommunen och landstinget. Kallelsen kan även ske om den enskilde begär det och, om den enskilde inte motsätter sig det, på begäran av en närstående. Med närstående avses personer med nära band till den enskilde oavsett biologiskt släktskap. Det är i hög grad den enskilde själv som avgör vem som är hans närstående. I begreppet ingår också barn även om det måste tas hänsyn till barnets ålder och mognad, när det avgörs om det ska delta i vårdplaneringen.

Enligt *tredje stycket* har kommunen ett lagstadgat ansvar att delta i en planering som landstinget kallar till enligt 3 § c Hälso- och sjukvårdslagen.

I *fjärde stycket* anges att bestämmelsen ska tillämpas bara om det kan ske utan hinder av bestämmelser i sekretesslagen (1980:100). Detta innebär att den enskilde måste samtycka till att uppgifter lämnas ut från kommunen till landstinget och tvärtom, inom ramen för den individuella planeringen.

## 5 kap 8 § a

Bakgrunden till den föreslagna bestämmelsen har redovisats i avsnitt 14.

Paragrafen är ny och har formulerats på ett sätt så att den förutsätter att bestämmelser om öppenvård med särskilda villkor införs i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) rättspsykiatrisk vård.

Bestämmelsen föreskriver en skyldighet för kommunen att överenskomma om sitt samarbete med landstinget kring personer med psykiska funktionshinder. Skyldigheten syftar till att utifrån gemensamma mål identifiera de områden där det är nödvändigt att kommun och landsting tar ett gemensamt ansvar för vård och stöd till personer med psykiska funktionshinder. Vilken rättsverkan överenskommelsen ska ha avgörs av kommunen och landstinget. Av detta skäl används begreppet överenskommelse och inte i lagtexten. Överenskommelserna ska ange övergripande principer för samarbete, ansvarsfördelning och gemensamma verksamheter på dels ett antal obligatoriska områden, dels på de övriga områden som huvudmännen finner relevanta med hänsyn till lokala och regionala behov. Mer detaljerade avtal kan komplettera överenskommelserna på vissa områden.

Med personer med psykiska funktionshinder avses personer som har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livs-områden. Svårigheterna ska ha funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av en psykisk störning. I detta sammanhang finns inga åldersgränser utan överenskommelserna kan omfatta insatser till barn (0–18 år) och äldre (65+) när det är relevant. Det är skyldigheten att ingå överenskommelser som avgränsas genom begreppet psykiska funktionshinder. I de fall landstinget och kommunen anser att det finns



skäl att ingå överenskommelser kring grupper där det är osäkert om de faller in under begreppet finns inga hinder.

I bestämmelsen föreskrivs sju områden som överenskommelsen måste omfatta. Utöver dessa står det huvudmännen fritt att identifiera ytterligare områden som överenskommelserna bör omfatta.

1. Överenskommelsen ska innehålla gemensamma mål. Dessa måste rymmas inom ramen för vad som stadgas i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och övriga relevanta författningar. Bestämmelsen förhindrar inte att kommunen och landstinget upprättar ett gemensamt måldokument vid sidan av en sådan överenskommelse som regleras här. Skyldigheten att ange gemensamma mål blir då uppfylld genom en hänvisning till det gemensamma måldokumentet.

2. Överenskommelsen ska också innehålla rutiner för samarbete mellan kommunen och landstinget kring enskilda personer med psykiska funktionshinder. Rutinerna kan t.ex. ange hur informationsöverföring mellan huvudmännen ska gå till generellt, och i särskilt angivna situationer.

3. I överenskommelsen ska det finnas bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar. Genom vad som föreskrivs i punkten blir huvudmännen skyldiga att definiera och tydliggöra ansvarsfördelningen för behandling av missbruk och beroende, samt på vilket sätt, och i vilka former, insatserna till gruppen ska samordnas. I punkten används begreppet psykisk störning. Detta innebär att den målgrupp till vilken de insatser som regleras inom ramen för punkten riktas är något bredare än vad som i övrigt gäller i bestämmelsen. Skälet är att huvudmännens samarbete kring personer som har en psykiatrisk problematik och samtidigt missbrukar knappast tjänar på att avgränsas bara till dem som anses ha ett funktionshinder, utan även bör omfatta t.ex. människor med en personlighetsstörning som inte är av den karaktären att den faller inom ramen för begreppet psykiskt funktionshinder. Ofta finns behov av att huvudmännen bedriver gemensamma verksamheter gentemot personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar, t.ex. särskilda mottagningar eller uppsökande team som består av brett sammansatta kompetenser. Vilka sådana verksamheter som ska finnas och vilket syfte de ska tjäna bör anges i överenskommelserna.

4. Bestämmelser om ansvar för hjälpmedel till personer med psykiska funktionshinder ska finnas i överenskommelsen. Detta är ett område med stora utvecklingsbehov varför en tydlig ansvarsfördelning mellan landstinget och kommunen har särskilt stor betydelse. I de fall där det redan finns en överenskommelse mellan huvudmännen om tillhandahållande av hjälpmedel, är det lämpligt att hänvisa till den i överenskommelsen som gäller samarbete kring personer med psykiskt funktionshinder. Hänvisningen bör kompletteras med en förklaring av vad den gällande ansvarsfördelningen betyder när det gäller hjälpmedel som kompenserar för kognitiva funktionshinder.

5. Ansvaret för boende och sysselsättning till personer som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska tas upp i överenskommelsen. Kommunens ansvar för insatser enligt LSS och socialtjänstlagen gäller även för personer som har permission enligt 25 § LPT eller 9 och 10 §§ LRV, eller genomgår öppenvård med särskilda villkor enligt någon av dessa lagar. Svårigheter kring ansvars- och kostnadsfördelningen kan ändå uppstå eftersom tolkningen av vilka insatser som åvilar landstingets hälso- och sjukvård respektive kommunernas socialtjänst kan skilja sig åt. Övergripande principer för hur den bedömningen ska göras och hur ansvaret ska fördelas ska finnas i överenskommelserna. Andra frågor som tas upp under punkten 5, är t.ex., vilket stöd den psykiatriska vården ska ge till ett boende för personer som är på väg att avsluta tvångsvården eller vilka sysselsättningsverksamheter i en kommun som också kan vara öppna för personer som fortfarande vårdas i psykiatrisk slutenvård. Även sociala insatser i mera hemlika sjukvårdsinrättningar, för personer som tvångsvårdas kan omfattas.

6. Överenskommelsen ska också innehålla bestämmelser om ansvar i sådana situationer och kring sådana grupper där särskild samverkan krävs. Genom punkten får huvudmännen en skyldighet att identifiera vilka situationer och grupper, utöver de som nämns explicit i lagtexten, som kräver särskild samverkan och ingå överenskommelser på dessa områden. Vilka dessa är skiljer sig mellan olika landsting och kommuner.

7. Överenskommelsen ska ange former för hur tvister som uppkommer med anledning av överenskommelserna ska lösas. Med det

menas t.ex. tidsgränser inom vilka tvisten ska lösas och vem eller vilka som ska avgöra ansvarsfördelningen när landstinget och kommunen inte kommer överens.

I *andra stycket* anges att avtalen, när det är möjligt, ska utformas i samråd med organisationer som företräder klienter, patienter och närstående. Begreppet *organisationer som företräder klienter, patienter och närstående* ska ges en vid tolkning. Vilka organisationer som ska inbjudas till samråd måste avgöras av vilka som finns i den region där överenskommelsen ska ingås. Även lokala och regionala organisationer och mer löst sammansatta nätverk kan ingå. Det kan vara organisationer som endast företräder närstående till personer med psykiska besvär och funktionshinder och organisationer som endast består av personer med patient- och klienterfarenhet, eller med erfarenhet av psykisk ohälsa, eller andra liknande svårigheter. För att den lagstadgade skyldigheten att samråda ska anses vara uppfylld måste kommunen och landstinget antingen ha genomfört samrådet eller ha gjort allvarliga ansträngningar att få till stånd ett samråd t.ex. genom upprepade inbjudningar, telefonkontakter eller på annat sätt. Att samråd ska ske innebär inget krav på att organisationerna ska godkänna avtalens innehåll.

I  *tredje stycket* anges att överenskommelserna kontinuerligt ska följas upp och utvärderas av kommunen och landstinget gemensamt. En plan för detta bör finnas redan när överenskommelserna ingås. I planen bör tidpunkter för avstämning och eventuell omvärdering av överenskommelsens innehåll anges.

### **19.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)**

#### **3 § c**

Bakgrunden till förslaget återfinns i kapitel 14.

Paragrafen är ny och innebär med beaktande av de ändringar som föreslås i betänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare*, (SOU 2006:91) att paragraferna 3 c–3 f ändras till 3 d–3 g.

Bestämmelsen relegerar en skyldighet för landstinget att, när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda, upprätta en individuell plan till-

sammans med kommunen. Kommunen har enligt 2:7 § socialtjänstlagen (2001:453) ett motsvarande ansvar.

Bedömningen, *enligt första stycket*, av om en individuell plan behöver upprättas tillsammans med kommunen, ska göras i varje enskilt fall utifrån det som framkommer i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om hans eller hennes hälsotillstånd och sociala situation. För vissa grupper bör landstinget utgå från att ett behov av en individuell plan finns. Det gäller personer med omfattande behov som t.ex. personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar, andra personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder, ungdomar med omfattande psykosociala behov samt dementa personer med behov av somatiska insatser. När den enskilde begär det ska en individuell plan alltid upprättas. Detta gäller även om företrädare för landstinget bedömer att det inte behövs (se nedan st. 2). Detsamma gäller om begäran görs av en närstående under förutsättning att den enskilde inte motsätter sig en plan upprättas. När patienten vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård bestämmer dock chefsöverläkaren ytterst om behandlingen, vilket kan leda till bedömningen att en gemensam individuell planering enligt hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens bestämmelser inte kan göras. I tvångsvårdslagarna finns krav på att en vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård.

Med *behov av socialtjänst* avses i detta sammanhang behov av insatser enligt socialtjänstlagen och lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Behoven, som kräver planering för att tillgodoses, kan också vara av sådan karaktär att de helt eller delvis kan komma att tillgodoses, genom den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga och missbrukare. Däremot ska bestämmelsen inte användas i sådana fall när det huvudsakliga skälet till att socialtjänsten kontaktas är att man vill åstadkomma en prövning enligt den sociala tvångsvårdslagstiftningen. Med *behov av hälso- och sjukvårdsinsatser* avses behov av somatiska och psykiatriska vård- och behandlingsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, både sådana som landstinget ansvarar för och sådana som kommunen ska tillhandahålla. Även övriga insatser som regleras genom hälso- och sjukvårdslagen t.ex. rehabilitering, habilitering och hjälpmedel ska omfattas av behovsbedömningen.

Bestämmelsen innebär att landstingets ansvar utvidgas till uppmärksamma den enskildes samlade behov av socialtjänst och hälso-

och sjukvård. Beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen eller beslut om insatser enligt LSS fattas dock av kommunen. Planerings- skyldigheten ger inte landstinget möjlighet att besluta om insatser som ska tillhandahållas av en annan huvudman.

Av planen ska framgå mål för insatserna på kortare och längre sikt och vilka insatser respektive huvudman svarar för. Insatser som kan omfattas av planen kan vara av akut och omedelbar karaktär men också avse en flerårig process t.ex. när det gäller den enskildes rehabilitering. I begreppet svara för ingår också vem som ska bekosta insatserna. Detta ska emellertid bara anges när det är relevant.

Av planen ska också framgå vem som ska *samordna insatserna*. En namngiven befattningshavare hos landstinget eller kommunen ska anges i planen. Det är dock landstinget eller kommunen och inte den enskilde befattningshavaren som har det formella ansvaret för insatsernas samordning och som kan ställas till svars om detta inte sker på ett tillfredsställande sätt.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Genom uttrycket *tillsammans med* understryks att det enligt huvudregeln inte är fråga om att inhämta den enskildes samtycke i efterhand, utan att han eller hon ska delta aktivt och att det är hans eller hennes behov och önskemål som ska vara utgångspunkten för planeringen. Detta ska ske när det är möjligt. Syftet med den begränsningen är att understryka att planerings- ansvaret föreligger också när en person själv väljer att inte delta, eller som på grund av sin hälsa eller sociala situation inte förmår att delta. Detta är undantagssituationer som aldrig får användas rutin- mässigt i syfte att förenkla arbetsituationen för socialtjänst- och hälso- och sjukvårdspersonalen. En individuell plan kan aldrig upprättas enligt bestämmelsen om den enskilde motsätter sig att så sker.

En individuell plan ska dokumenteras så att den kan särskiljas från övriga vård- stöd- och behandlingsinsatser.

Av *andra stycket* framgår att när landstinget bedömer att det finns behov av att upprätta en individuell plan tillsammans med kommunen, skall det kalla kommunen till en individuell planering. Kallelsen ska ske så snart behovet identifierats och planeringen ska inledas senast dagen efter att kallelsen har mottagits. Att plane- ringen inleds innebär att en första kontakt tas mellan landstinget och kommunen. Kallelsen kan även ske om den enskilde begär det och, om den enskilde inte motsätter sig det, på begäran av en

närstående. Med närstående avses människor med nära band till den enskilde oavsett biologiskt släktskap. Det är i hög grad den enskilde själv som avgör vem som är hans närstående. I begreppet ingår också barn även om det måste tas hänsyn till barnets ålder och mognad, när det avgörs om det ska delta i vårdplaneringen.

Enligt *tredje stycket* har landstinget ett lagstadgat ansvar att delta i en planering som kommunen kallar till enligt 2.7 § socialtjänstlagen.

I *fjärde stycket* anges att bestämmelsen ska tillämpas bara om det kan ske utan hinder av bestämmelser i sekretesslagen (1980:100). Detta innebär att den enskilde måste samtycka till att uppgifter lämnas ut från landstinget till kommunen och tvärtom, inom ramen för den individuella planeringen.

## 8 a §

Förslagets bakgrund har redovisats i avsnitt 14.

Paragrafen är ny. Paragrafen har formulerats på ett sätt så att den förutsätter att bestämmelser om öppenvård med särskilda villkor införs i lagen (1991:1128) om psykiatrisk öppenvård och lagen (1991:1129) rättspsykiatrisk vård.

Bestämmelsen föreskriver en skyldighet för landstinget att överenskomma om sitt samarbete med kommunen kring personer med psykiska funktionshinder. Skyldigheten syftar till att utifrån gemensamma mål identifiera de områden där det är nödvändigt att landsting och kommun tar ett gemensamt ansvar för vård och stöd till personer med psykiska funktionshinder. Vilken rättsverkan överenskommelsen ska ha avgörs av landstinget och kommunen. Av detta skäl används begreppet överenskommelse och inte avtal i lagtexten. Överenskommelserna ska ange övergripande principer för samarbete, ansvarfördelning och gemensamma verksamheter på dels ett antal obligatoriska områden, dels på de övriga områden som huvudmännen finner relevanta med hänsyn till lokala och regionala behov. Mer detaljerade avtal kan komplettera överenskommelserna på vissa områden.

Med personer med psykiska funktionshinder avses personer som har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Svårigheterna ska ha funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av en psykisk störning. I detta sammanhang finns inga åldersgränser

utan överenskommelserna kan omfatta insatser till barn (0–18 år) och äldre (65+) när det är relevant. Det är skyldigheten att ingå överenskommelse som avgränsas genom begreppet psykiska funktionshinder. I de fall landstinget och kommunen anser att det finns skäl att ingå överenskommelser kring grupper där det osäkert om de faller in under begreppet finns inga hinder.

I bestämmelsen föreskrivs sju områden som överenskommelserna måste omfatta. Utöver dessa står det huvudmännen fritt att identifiera ytterligare områden som överenskommelserna bör omfatta.

1. Överenskommelserna ska innehålla gemensamma mål. Dessa måste rymmas inom ramen för vad som stadgas i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och övriga relevanta författningar. Bestämmelsen förhindrar inte att landstinget och kommunen upprättar ett gemensamt måldokument vid sidan av en sådan överenskommelse som regleras här. Skyldigheten att ange gemensamma mål blir då uppfylld genom en hänvisning till det gemensamma måldokumentet.

2. Överenskommelserna ska också innehålla rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen kring enskilda personer med psykiska funktionshinder. Rutinerna kan t.ex. ange hur informationsöverföring mellan huvudmännen ska gå till allmänhet, och i särskilda situationer.

3. I överenskommelserna ska det finnas bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar. Genom vad som föreskrivs i punkten blir huvudmännen skyldiga att definiera och tydliggöra ansvaret för behandling av missbruk och beroende, samt på vilket sätt och i vilka former insatserna till gruppen ska samordnas. I punkten används begreppet psykisk störning. Detta innebär att den målgrupp till vilken de insatser som tydliggöra inom ramen för punkten riktas är något bredare än vad som i övrigt gäller i bestämmelsen. Skälet är att huvudmännens samarbete kring personer som har en psykiatrisk problematik och samtidigt missbrukar knappast tjänar på att avgränsas bara till dem som anses ha ett funktionshinder, utan även bör omfatta t.ex. människor med en personlighetsstörning som inte är av den karaktären att den faller inom ramen för begreppet psykiskt funktionshinder.

Ofta finns behov av att huvudmännen bedriver gemensamma verksamheter gentemot personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar, t.ex. särskilda mottagningar eller uppsökande team som består av brett sammansatta kompetenser. Vilka sådana verksamheter som ska finnas och vilket syfte de ska tjäna bör anges i överenskommelserna.

4. Bestämmelser om ansvar för hjälpmedel till personer med psykiska funktionshinder ska finnas i överenskommelserna. Detta är ett område med stora utvecklingsbehov varför en tydlig ansvarsfördelning mellan landstinget och kommunen har särskilt stor betydelse. I de fall där det redan finns en överenskommelse mellan huvudmännen om tillhandahållande av hjälpmedel, är det lämpligt att hänvisa till den. Hänvisningen bör kompletteras med en förklaring av vad den gällande ansvarsfördelningen betyder när det gäller hjälpmedel som kompenserar för kognitiva funktionshinder.

5. Ansvaret för boende och sysselsättning till personer som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska tas upp i överenskommelserna. Kommunens ansvar för insatser enligt LSS och socialtjänstlagen gäller även för personer som har permission enligt 25 § LPT eller 9 och 10 §§ LRV, eller genomgår öppenvård med särskilda villkor enligt någon av dessa lagar. Svårigheter kring ansvars- och kostnadsfördelningen kan ändå uppstå eftersom tolkningen av vilka insatser som åvilar landstingets hälso- och sjukvård respektive kommunernas socialtjänst kan skilja sig åt. Övergripande principer för hur den bedömningen ska göras och hur ansvaret ska fördelas ska finnas i överenskommelserna. Andra frågor som tas upp under punkten 5, är t.ex. vilket stöd den psykiatriska vården ska ge till ett boende för personer som är på väg att avsluta tvångsvården eller vilka sysselsättningsverksamheter i en kommun som också kan vara öppna för personer som fortfarande vårdas i psykiatrisk slutenvård. Även sociala insatser i mera hemlika sjukvårdsinrättningar för personer som tvångsvårdas kan omfattas.

6. Överenskommelsen ska innehålla bestämmelser om ansvar i sådana situationer och kring sådana grupper där särskild samverkan krävs. Genom punkten får huvudmännen en skyldighet att identifiera vilka situationer och grupper som kräver särskild samverkan och ingå överenskommelser på dessa områden. Vilka dessa är skiljer sig mellan olika landsting och kommuner.



7. Överenskommelsen ska ange former för hur tvister som uppkommer med anledning av överenskommelserna ska lösas. Med det menas t.ex. tidsgränser inom vilka tvisten ska lösas och vem eller vilka som ska avgöra ansvarsfördelningen när landstinget och kommunen inte kommer överens.

I *andra stycket* anges att avtalen, när det är möjligt, ska utformas i samråd med organisationer som företräder patienter och närstående. Begreppet *organisationer som företräder klienter, patienter och närstående* ska ges en vid tolkning. Vilka organisationer som ska inbjudas till samråd måste avgöras av vilka som finns i den region där överenskommelsen ska ingås. Även lokala och regionala organisationer och mer löst sammansatta nätverk kan ingå. Det kan vara organisationer som endast företräder närstående till personer med psykiska besvär och funktionshinder och organisationer som endast består av personer med patient- och klienterfarenhet, eller med erfarenhet av psykisk ohälsa, eller andra liknande svårigheter. För att den lagstadgade skyldigheten att samråda ska anses vara uppfylld måste landstinget och kommunen antingen ha genomfört samrådet eller ha gjort allvarliga ansträngningar att få till ett samråd t.ex. genom upprepade inbjudningar, telefonkontakter eller på annat sätt. Att samråd ska ske innebär inget krav på att organisationerna ska godkänna avtalens innehåll.

I *tredje stycket* anges att överenskommelserna kontinuerligt och ska följas upp och utvärderas av landstinget och kommunen gemensamt. En plan för detta bör finnas redan när överenskommelserna ingås. I planen bör tidpunkter för avstämning och eventuell omvärdering av överenskommelsens innehåll anges.

#### **19.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård**

Förslaget har diskuterats i kapitel 15.

Paragrafen är ändrad genom att ett andra stycke har lagts till. Bestämmelsen är formulerad på ett sätt så att den förutsätter att bestämmelser om öppenvård med särskilda villkor införs i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Genom paragrafen får chefsöverläkaren, utan hinder av hälso- och sjukvårdssekretessen, lämna upplysningar som är nödvändiga för att kommunen ska kunna fullgöra sina uppgifter enligt LSS och

socialtjänstlagen gentemot personer som har permission eller genomgår öppenvård med särskilda villkor enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård. Med nödvändiga uppgifter avses främst uppgifter om tidigare brottslighet eller information om patientens sjukdomstillstånd och förhållanden i övrigt som kräver särskild uppmärksamhet och planering. Det får antas att bestämmelsen i första hand blir relevant när det gäller rättspsykiatriska patienter. I vissa särskilda fall kan det emellertid vara nödvändigt att även uppgifter om den som tvångsvårdas enligt LPT lämnas ut. Det gäller främst om patienten på grund av sin sjukdom eller sina förhållanden i övrigt kan vara farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Bestämmelsen gäller även vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård genom en hänvisning i 24 § nämnda lag.

### **19.5 Förslaget till lag om ändring i 5 och 6 §§ lag (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag.**

Bakgrund till och syftet med förslaget till ändringar i 5 och 6 §§ lag (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag har behandlats i kapitel 7.

#### **5 §**

Paragrafen har ändrats genom att *eller har en psykisk sjukdom vars konsekvenser är kognitiv funktionsnedsättning av allvarlig art* lagts till bland de funktionsnedsättningar som medför rätt till handikappersättning. Genom bestämmelsen ges funktionsnedsättningen samma status som blindhet, dövhet och hörselskada när det gäller rätt till handikappersättning.

Med psykisk sjukdom avses de sjukdomar som enligt sjukdomsklassifikationen ICD 10 definieras som sådana. Det räcker emellertid inte med att den enskilde erhållit en sådan diagnos av läkare. Konsekvensen av sjukdomen skall, för att personen skall omfattas av denna definition, medföra kognitiva funktionsnedsättningar av allvarlig art. Kognitiva funktionsnedsättningar avser tankemässiga funktionsnedsättningar som inte är av tillfällig art. Exempel på kognitiva funktionsnedsättningar kan vara bristande

exekutiva funktioner, koncentrationsstörningar, uppmärksamhetsstörningar, minnesstörningar och bristande abstraktionsförmåga. Konsekvenser av dessa funktionsnedsättningar kan vara oförmåga att planera och rätt värdera handlingar och konsekvenser, sociala funktionsnedsättningar och oförmåga att ta initiativ till handling och slutföra den. Utredning av funktionsnedsättningarnas art och grad görs av legitimerad psykolog eller därmed jämförbar funktion.

## § 6

Paragrafen har ändrats genom att *eller har en psykisk sjukdom vars konsekvenser är kognitiv funktionsnedsättning av allvarlig art* lagts till bland de funktionsnedsättningar som medför rätt till handikappersättning uppgående till 36 procent av prisbasbeloppet. Med psykiskt funktionshindrad avses den grupp som beskrivs i författningskommentaren till § 5.

### **19.6 Förslaget till lag (200x:xx) om särskilt aktivitetsstöd för personer med psykiska funktionshinder**

Bakgrunden till förslaget har behandlats i kapitel 6.

## 1 §

I paragrafens *första stycke* anges personkretsen som lagen omfattar. Personkretsen begränsas dels av åldersgränser som är desamma som anges i lag (1962:381) om allmän försäkring kap 7 § 1 5 st., dels av den diagnos som är den huvudsakliga orsaken till den nedsättning av arbetsförmågan för vilken aktivitetsersättning utgår. Med psykiatrisk diagnos avses de diagnoser som i den internationella sjukdomsklassifikationen ICD 10 klassificeras som psykiatriska diagnoser. Hit hör psykotiska sjukdomar: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29). Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48) t.ex. fobier, tvångssyndrom och hypokondri. Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79) så kallade intellektuella handikapp, Störningar i psykisk utveckling (F80-F89) t.ex. störningar i tal- och språk-utveckling samt inlärningsstörningar, Aspergers syndrom, autism.

Den psykiatriska diagnosen skall vara huvudskälet till att personen beviljats aktivitetsersättning.

För att omfattas av lagen skall den enskilde ha beviljats hel aktivitetsersättning. I det fall Försäkringskassan under den tid som särskilt aktivitetsstöd utgår till personen bedömer att den försäkrades arbetsförmåga ökar och finner skäl att minska aktivitetsersättning till  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  eller  $\frac{3}{4}$  aktivitetsersättning, jfr lag (1962:381) om allmän försäkring kap. 7 § 2 st. 2–4, påverkas inte den enskildes rätt till aktivitetsstöd. På samma sätt utges ett beviljat särskilt aktivitetsstöd under hela den stipulerade tiden om tre år oavsett för vilken tidsperiod den enskilde beviljats aktivitetsersättning. Undantag från denna regel är om den enskilde tillsammans med Försäkringskassan bedömer att han eller hon inte längre har behov av insatsen vilket regleras i § 11.

I *andra stycket* anges att lagen inte omfattar personer som deltar i daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 9 p. 10. Motivet till detta är att en dylik insats är att betrakta som en sysselsättningsgaranti för den enskilde, vilket medför att behovet av sysselsättning och rehabilitering tillgodoses genom annan lagstiftning.

## 2 §

I paragrafen anges att personer som tillhör personkretsen har rätt till särskilt aktivitetsstöd. Beslut om särskilt aktivitetsstöd fattas efter ansökan. Finner Försäkringskassan att en person som har aktivitetsersättning tillhör personkretsen ska den enskilde informeras om möjligheten att ansöka om stödet.

I paragrafen anges också stödets syfte. Insatsen skall utgöra ett mer intensifierat stöd för rehabilitering mot arbete på kort eller lång sikt än de aktiviteter som anges i lag (1962:381) om allmän försäkring kap 7 § 5 st. 1 samt i socialtjänstlag (2001:453) kap 5 § 7 st. 2. Med aktiviteter i lag (1962:381) om allmän försäkring avses verksamheter som kan antas ha en positiv inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd, psykiska eller fysiska prestationsförmåga. Medan aktiviteterna som regleras i nämnda lagstiftning har till syfte att öka förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan, har den verksamhet som avses i § 2 har som syfte att öka den faktiska arbetsförmågan, varför insatsen skall ses som ett uttryck för en höjd ambitionsnivå i insatsen. De aktiviteter som

anges i denna lag ersätter inte insatser som beviljats enligt lag (1962:381) om allmän försäkring kap 7 § 5 st. 1. Det senare kan utgöra ett komplement till det särskilda aktivitetsstödet.

Med arbete eller arbetsliknande förhållanden avses verksamhet där enskilda deltagare i vid mening deltar i produktion av varor och/eller tjänster under villkor som med avseende på tid och arbetsmiljö i allt väsentligt är analogt med lönearbete, dock utan anställningsförhållande och lön. Formuleringen inkluderar inte fritidsaktiviteter eller aktiviteter som syftar till behandling eller allmänmedicinsk rehabilitering vilket utvecklas i § 6. Det bör understrykas att stödet inte utgår enbart till sådan verksamhet utan att det om avses i paragrafen är aktiviteternas långsiktiga mål.

Med avgörande avflytande avses att den enskildes behov och önskemål skall vara avgörande för när och hur insatsen utformas och planeras.

### 3 §

Paragrafens syfte är att ange en tidsgräns inom vilken en utredning av den enskildes behov och resurser skall inledas. Utredningen kan innefatta en kartläggning av befintliga utredningar som den försäkrade genomgått, men också att Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade tar initiativ till kompletterande utredningar. De utredningar som bedöms behövas skall utföras av ansvarig myndighet. Sålunda skall Försäkringskassan inte, enligt lagen, anses ha ansvar för att köpa utredningar, endast att i samråd med den enskilde tillse att dessa kommer till stånd hos ansvarig huvudman.

En utredning av hälsa, resurser och behov skall alltid innehålla ett bekräftande av den diagnos som legat till grund för beviljandet av aktivitetsersättningen. Med utgångspunkt i den enskildes sjukdomstillstånd skall en utredning ange i vilken utsträckning och på vilket sätt sjukdomen påverkar funktionsförmågan negativt, och vilka andra eventuella faktorer som har en negativ inverkan på den enskildes funktionsförmåga, exempelvis sociala faktorer eller andra sjukdomstillstånd.

Med utgångspunkt i bedömningen i kombination med den enskildes egna behov och önskemål och hans eller hennes mål med sin rehabilitering görs en funktionsprofil av den enskildes styrkor och svagheter i relation till de målsättningar den enskilde har. Denna profil används för att identifiera funktionsnedsättningar

som den enskilde har i relation till målsättningen med rehabiliteringen som är i behov av rehabilitering alternativt kompensation.

#### 4 §

I paragrafen regleras att Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade skall upprätta en aktivitetsplan. Planen skall vara skriftlig och ta sin utgångspunkt i vad de utredningar som anges i § 3 visat att den enskilde har behov av, samt i vad den enskilde själv önskar och har för målsättning. Planen ska utformas på ett sätt som är anpassat efter den försäkrades behov av information och eventuell anpassning efter den enskildes funktionshinder. I planen skall samtliga planerade insatser anges, oavsett vilken huvudman som svarar för dem. Även målsättningen för insatserna skall ges. Aktivitetsplanen ersätter rehabiliteringsplan enligt lag (1962:381) om allmän försäkring kap 22 § 6 i det fall en sådan finns då den i allt väsentligt täcker samma områden som rehabiliteringsplanen.

Planen skall upprättas utifrån den försäkrades behov och i samverkan med berörda myndigheter och i förekommande fall arbetsgivare. I paragrafen anges även att andra som kan vara berörda kan komma att ingå i planeringen (första stycket). Med andra avses i detta fall närstående eller andra stödpersoner som den försäkrade väljer att involvera i sin planering.

I andra stycket anges att Försäkringskassan skall medverka till att berörda myndigheter inom respektive ansvarsområde vidtar åtgärder som bedöms nödvändiga för att den enskilde skall erhålla en effektiv rehabilitering. Med medverka till avses att Försäkringskassan skall vara väl bevandrad i övriga myndigheters skyldigheter och vid behov bistå den enskilde att ansöka om insatser från övriga huvudmän. Försäkringskassan ska också kunna påtala behovet av aktiviteter för en annan myndighet men har ingen möjlighet att fatta beslut eller på annat sätt bestämma om en aktivitet som en annan huvudman svarar för.

#### 5 §

Personer som avses i denna lag som har en restarbetsförmåga bör aktualiseras för att komma i åtnjutande av skyddade anställningar hos Arbetsmarknadsverket i det fall förutsättningar i övrigt finns. I

första stycket anges att Försäkringskassan skall medverka till att en sådan prövning kommer till stånd hos Arbetsmarknadsmyndigheten vilket innebär att Försäkringskassan skall bistå den enskilde att kontakta myndigheten för en sådan prövning.

Arbetsmarknadsmyndighetens insatser för personer med funktionshinder som anges i andra stycket avser de program som riktas till personer med funktionshinder. Dessa kan variera över tid men främst avses skyddade anställningar såsom de regleras i förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga.

## 6 §

Det särskilda aktivitetsstödet kan beviljas för deltagande olika typer av verksamhet i enlighet med den enskildes val och behov, samt förutsättningarna i verksamheten för att tillgodose den enskildes behov. Med daglig sysselsättning avses strukturerad verksamhet där den enskilde deltagaren i vid mening bidrar till produktion av varor eller tjänster och där deltagarnas arbete är avgörande för att verksamheten skall fungera. Öppna träfflokaler för umgänge är exempelvis inte att betrakta som daglig sysselsättning enligt denna definition. Daglig sysselsättning kan bedrivas av kommuner, landsting, samverkansorgan, privata aktörer, stiftelser eller ekonomiska/ideella föreningar som t.ex. brukarorganiserad verksamhet och sociala kooperativ. Särskilt aktivitetsstöd kan också utges i arbetspraktik eller för att den försäkrade skall kunna färdigställa påbörjade studier. I dessa fall utges stödet för att ersätta utförande av personligt stöd till den enskilde och hans eller hennes arbetsplats eller utbildningsanordnare. Detta innebär inga inskränkningar i Arbetsmarknadsmyndighetens ansvar för stöd till personligt biträde på arbetsplatsen (§§ 18, 19 förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga) eller särskild stödperson för introduktion och uppföljning (SIUS) §§ 20, 21 förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga) utan syftar till att garantera att stödet kan utgå även i andra situationer och under längre perioder än de som avses i nämnda lagstiftningar. Denna typ av stöd, exempelvis supported employment eller supported education, kan

anordnas av kommuner, landsting, samverkansorgan, privata aktörer, stiftelser eller ekonomiska/ideella föreningar.

I andra stycket anges att särskilt aktivitetsstöd inte kan användas för att tillgodose en försäkrads behov av utredning, vård eller behandling som får anses vara sjukvårdshuvudmannens ansvar. Sådan verksamhet anses vara sådan som antas ha en positiv inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd, men såsom anges i kommentaren till § 2 syftar insatser enligt denna lag till att öka den faktiska arbetsförmågan, inte förutsättningar för densamma. I det fall den försäkrade har behov av vård och behandling skall Försäkringskassan aktivt bistå den enskilde att söka sådan vård och behandling hos sjukvårdshuvudmannen som avgör om den önskade insatsen bygger på kunskap och beprövad erfarenhet och sålunda skall ges inom ramen för Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) § 3. Inte heller alternativmedicinska insatser kan ingå i aktivitetsstödet.

## 7 §

Avsikten med särskilt aktivitetsstöd är att yngre personer med psykiska funktionshinder skall komma igång i en individuellt utformad rehabilitering. Emellertid är den nya lagen inte ämnad att förskjuta det ansvar som idag finns för att bistå enskilda med rehabilitering varför insatsen efter tre år avslutas och den enskilde hänvisas därefter till samhällets ordinarie utbud. Bedömningen är att tre år är en ändamålsenlig tid för att den enskilde skall erhålla goda förutsättningar för återgång i arbete alternativt fortsatt målinriktad rehabilitering.

## 8 §

Försäkringskassan bedömer i nära samråd med den enskilde hur hans eller hennes behov av rehabiliterande verksamhet kan tillgodoses. Försäkringskassan fattar beslut om det antal timmar som kan tillgodose den enskildes behov under ett år. Det maximala antalet timmar en enskild kan beviljas är 1 380, beräknat på en semester på sex veckor och maximalt 30 timmar i rehabiliteringsverksamhet övriga veckor.

Regeringen eller den myndighet regeringen väljer meddelar timbeloppet skall i fastställandet av detsamma beakta de priser som



finns för platser i verksamhet som bedrivs enligt ex. socialtjänstlag (2001:453) och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 9 p. 10 och med utgångspunkt i den månadsavgift för en plats i sådan verksamhet på heltid beräknas timbeloppet. Anledningen till att beräkna timbelopp är att även det personliga stöd på arbetsplats, i praktikplats eller för färdigställande av studier som avses i § 6 st. 1 skall kunna utgå. Nämnade insats tar i allmänhet fler timmar per vecka i anspråk under den inledande perioden, och mindre senare i processen varför timantalet beräknas på årsbasis.

Kostnaden för insatsen får inte överstiga tröskelvärdet som anges i lag (1992:1528) om offentlig upphandling § 4 st. 2. på årsbasis.

## 9 §

Insatser enligt särskilt aktivitetsstöd skall vara anpassade efter den enskildes individuella behov och önskemål. Försäkringskassan har att bedöma vad som är att betrakta som lämplig aktivitet, vilket skall ske i nära samråd med den enskilde. Det finns inte skäl att särskilt ange kriterier för vad som utmärker en lämplig aktivitet generellt då lämpligheten i alla delar skall bedömas med utgångspunkt i den enskildes önskemål och behov.

Den enskilde skall ges ett stort inflytande över valet av anordnare av det särskilda aktivitetsstödet. Den enskilde skall informeras om utbudet av verksamhet i närområdet och i samråd med Försäkringskassan och med utgångspunkt i de behov och önskemål han eller hon har bestämma vilken verksamhet han eller hon vill ta del av, under förutsättning att verksamheten uppfyller villkoren i §§ 6 och 8.

## 10 §

Omfattningen av särskilt aktivitetsstöd skall beslutas årsvis av skäl som angavs i kommentaren till § 11. Emellertid skall ersättningen till anordnaren av verksamheten ske månadsvis då detta är det normala förfarandet i ex. kommunala verksamheter.

I särskilda fall kan det finnas skäl för Försäkringskassan att medge en förhöjd timersättning, dock max 12 procent. Detta kan vara tillämpligt i det fall den som beviljats ersättning har andra

funktionshinder som kräver ytterligare personalstöd i verksamheten eller i det fall den enskildes funktionsnedsättning är synnerligen komplicerad och medför extraordinära *insatser för att han eller hon skall kunna delta i verksamheten på avsett sätt.*

## 11 §

Syftet med särskilt aktivitetsstöd är att den enskilde skallerbjudas ändamålsenliga aktiviteter för återgång till arbete på kort eller lång sikt. Skyddad anställning används i paragrafen på samma sätt som i 5 §. I det fall en person erhåller anställning på minst 50 procent, tidsbegränsad eller tills vidare, avslutas insatsen särskilt aktivitetsstöd då behov ej längre föreligger. Om den enskilde erhåller anställning omfattande 25 procent eller mindre än fortgår insatsen för övriga 75 procent. Skälet till att fortsätta om den enskilde erhåller en mindre omfattande anställning är att tillfälliga eller begränsade arbetsinsatser inte skall medföra att stödet upphör för den enskilde då detta snarast skall ses som en viktig del av rehabiliteringen. Det skall sålunda vara möjligt att i mindre omfattning delta i reguljärt eller skyddat arbete med fortsatt stöd.

I det fall en person erhåller en reguljär eller skyddad anställning som omfattar mer än 25 procent men bedöms ha behov av personligt stöd på arbetsplatsen som beskrivits i § 6 påverkas inte särskilt aktivitetsstöd. Detta fortlöper antingen tills den enskilde tillsammans med Försäkringskassan bedömer att behovet inte längre kvarstår eller till dess att den bortre tidsgränsen för insatsen som anges i § 7 nåtts.

En förtida avslutning skall ske endast om den enskilde som beviljats insatsen och Försäkringskassan är överens om att behov av insatsen inte längre kvarstår.

## 12 §

I allmänhet innebär deltagande i rehabiliterande/aktiverande verksamhet enligt denna lag ingen ökad inkomst för den enskilde. Emellertid är det sannolikt att den enskildes omkostnader ökar i samband med deltagande, ex. att äta ute eller behov av kläder som är anpassade för arbetet och inte ersätts på annat sätt. För att kompensera detta kan Försäkringskassan lämna en omkostnads-

ersättning till den enskilde för merkostnader som uppstår i samband med den verksamhet som beviljats. Exempel på vad som kan bli aktuellt förutom ovannämnda exempel är kurs- eller medlemsavgift vilket kan förekomma i verksamheter som anordnas av ideella/ekonomiska föreningar, kostnader för studiematerial och arbetsmaterial som emanerar ur den verksamhet den enskilde deltar i, och kostnader för resor till och från verksamheten.

### 13 §

I paragrafen regleras formerna för överklagande samt att beslut om aktivitetsstöd skall gälla omedelbart.

# Referenser

- Andershed, A-K, H. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Forskningsöversikt, IMS/Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse. Stockholm. Förlagshuset Gothia.
- Ansvarskommittén (2005). *Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård?* Ansvarskommittens skriftserie, november 2005.
- Arbetsmarknadsstyrelsen (2005). *Arbetsmarknadspolitiska program. – Årsrapport 2004* (Ure 2005:1).
- Arbetsmarknadsstyrelsen & Statistiska Centralbyrån (2005). *Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden 4:e kvartalet 2004*. Information om utbildning och arbetsmarknad 2005:3.
- Arvidsson, H. (2005). *Changes in the group defined as severely mentally ill: five years after mentalhealth care reform in Sweden*. International Journal of Social Welfare 14: 277–286.
- Bachrach, L. (1992). *Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long-Term Patients*. The American Journal of Psychiatry, 149: 1455–1463.
- Barnombudsmannen (2005). *Satsa tidigt, en undersökning av barn- och ungdomspsykiatrin*. Rapport 2005:04. Stockholm.
- Beresford, P. (2002). *User involvement in research and evaluation: liberation or regulation?* Social Policy & Society 1: 95–105, Cambridge University Press.
- Bülow, P (2004). *Efter mentalsjukhuset: en studie i spåren av av-institutionalisering av den psykiatriska vården*, akademisk avhandling. Institutionen för hälsa och samhälle. Linköpings universitet.
- Bengtsson-Tops, A. (2001). *Severely mentally ill individuals living in the community. Needs for care, quality of life and social network*. Department of Clinical neuroscience, division of Psychiatry. Lunds Universitet.

- Björkman, T. (2002). *Case mangemnent for individuals with mental illness. A process-outcome study of ten pilot services in Sweden*. Department of Clinical neuroscience, division of Psychiatry. Lunds universitet.
- Björkman, T. (2005). Case Management. I Brunt, D & Hansson, L (red) *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund. Studentlitteratur.
- Carelink (2006). *Rutiner och överföring av information i samordnad vårdplanering – erfarenheter och nuläge 2006*.
- Civildepartementet (1991). *Vidga brukarinflytandet – en väg till ökad delaktighet och bättre service*. Stockholm, Allmänna förslaget.
- Corrigan, W.P. et al. (2005). *Psychiatr Services* 2005; 56:557–563.
- Dalman, C. & Wicks, S. (2006). *Vilka grupper söker vård inom psykiatrin? En uppföljning av psykiatrisk vård och beroendevård i Stockholms län 1998–2005*. Stockholm. Edita.
- Direktiv 2004:179 *Översyn av personlig assistans för vissa personer med funktionshinder*.
- Ds 2000:27. *Vad kostar det att regera? En studie av regeringskanslites dimensionering nu – och i framtiden*. Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
- Ds 2003:56. *Högspecialiserad vård. Kartläggning och förslag*.
- Ehlers, S., Gillberg, C. (1993). *The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study*. *J Child Psychol Psychiatry* 34:1327–1350.
- Ershammar, D. & Wiksten, A. (2002). *Makt över sin vardag – argument, tips och metoder för brukarinflytande i verksamheter för psykiskt funktionshindrade*. Stockholm. RSMH.
- Finne, E. (2003). *Statistik över socialtjänstens kontakter med missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm 2001*. FoU-enheten Stockholm, rapport 2003:6.
- Fryklund, C. & Röding, G. (2005). *Bättre bemötande – ökat brukarinflytande*. RSMH & Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten.
- FKRS 2006:06. *Försäkringskassans rättsliga ställningstagande*.
- Försäkringsöverdomstolen (FÖD), 1992: 6, mål nr 663/89.
- Försäkringskassan (2005). *Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar 2003 och 2004*. Diagnosfördelning. Statistik 2005:6.
- Holmberg, G. & Kristiansson, M. (1997). *Granskning av rättspsykiatriskt undersökta – många i kontakt med psykiatrin före brottet*. *Läkartidningen*, vol. 94, s. 4071–4075.

- Holmberg, G. & Kristiansson, M. (2006). *Contacts with public services, with special reference to mental health care, preceding a serious crime: A retrospective study of 268 subjects of forensic psychiatric investigations*. Int J of Law and Psychiatry 29.
- HSU 2000. *Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation*.
- Justitieombudsmannen. *Utelämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården*. (1986/87, s. 198).
- Johansson, P. (2006). *Brukarinflytande i praktiken – om planering, tydlighet och maktutjämning*. Ersta Diakoni.
- Landstingsförbundet (2003). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer*. Med giltighet från och med den 1 mars 2004.
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatrireformen – bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Akademisk avhandling. Umeå. Boréa.
- Markström, U. & Sandlund, M. (2002). *Brukarorganisationer, psykiatri och socialtjänsten bedriver FoU tillsammans – en utopi?* I Socialmedicinsk tidskrift nr 4:2002.
- Melkersson (1999). *Unemployment duration and heterogenous search behavior among Swedish disabled workers*.
- MFR (2000). Medicinska Forskningsrådet, Rapport 7. Stockholm.
- National Institute of Mental Health (1991). *Caring for people with severe Mental Disorders: a national Plan of Research to Improve Services*. DHHS Pub. No.(ADM) 911762. Washington, D.C.:Supt of Docs.,U.S: Grovt. Print.Off., 1991.
- Nationell Psykiatrisamordning (2004). En översiktlig genomgång av dagsläget i svensk psykiatri. Dnr 149/04
- Nationell psykiatrisamordning (2004). *Inskränkningar i patients rätt att använda elektronisk kommunikation samt rätt att granska och kvarhålla brev eller andra försändelser från patient*. Dnr 308/04.
- Nationell psykiatrisamordning(2005). *Nationell narkotikapolitisk samordning. Missbruk och samtidig psykisk sjukdom. En programförklaring i 10 punkter*.
- Nationell psykiatrisamordning (2006). *Förslag att förtydliga Socialstyrelsens ansvar*. Dnr 42/06.
- Nationell psykiatrisamordning (2006). *Ställningstaganden och förslag avseende tidiga insatser till barn och unga som riskerar allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder*. Dnr 43/06.
- Nationell psykiatrisamordning (2006). *Öppenvård med särskilda villkor*. Dnr 88/06.

- Nationell psykiatrisamordning (2006:1). *I begynnelsen var organisationen... Rehabilitering till arbete för personer med psykiska funktionshinder – hinder och möjligheter*. Vällingby. Stockholm.
- Nationell psykiatrisamordning (2006:2). *Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare – ett diskussionsunderlag om ansvar och organisation*. Stockholm. Edita.
- Nationell psykiatrisamordning (2006:3). *Långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatrins område*. Stockholm. Edita.
- Nationell psykiatrisamordning (2006:4). *Vad kostar vård och stöd för personer med psykiskt funktionshinder*. Stockholm. Edita.
- Nationell psykiatrisamordning (2006:5). *Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. Stockholm. Edita.
- Nationell psykiatrisamordning(2006:6). *Så vill vi ha det – Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet*. Stockholm. Edita.
- Nysam (2004). *Nyckeltal 2003. Hälso- och sjukvård*. Delrapport psykiatri.
- PLS Rambøll Management AB (2003). *IT för vård och omsorg*. Delrapport till ITPS utvärdering av den svenska IT-politiken.
- Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten*.
- Prop. 1990/91:14. *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m.*
- Prop. 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.
- Prop. 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*.
- Prop. 1997/98:182. *Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige*.
- Prop. 1999/2000:44. *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*.
- Prop. 1999/2000:79. *Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*.
- Prop. 1999/2000:149. *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2001/02:14. *Hälsa, lärande och trygghet*.
- Prop. 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*.
- Prop. 2005/06:195. *Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård*.
- Regeringsbeslut (S2005/441/HS). *En särskild satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder*. Regeringsbeslut 2005-01-20 nr 2 a.

- Regeringsbeslut (S2006/1993/HS). *Uppdrag avseende den psykiatriska hälso- och sjukvården och kommunernas verksamheter för personer med psykiska funktionshinder*. Regeringsbeslut 2006-08-31, nr 4a.
- Regeringsbeslut (S2006/2020/HS). *Uppdrag att utreda hur ett nationellt kunskapscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av svårare psykisk ohälsa skall organiseras*. Regeringsbeslut 2006-08-31, nr 4b.
- Regeringsbeslut (S2006/8660/HS). 2005-11-09, nr 2.
- RFV (1999). *Försäkringskassans arbete med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade*. 1999:9.
- RFV(2002). Riksförsäkringsverkets allmänna råd 2002:9 till 5 § lagen om handikappersättning och vårdbidrag.
- RFV(2004b). *Sjukdomar som orsakat pensionering*. 2004:3.
- RFV(2004a). *Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – och långvariga sjukskrivningar åren 1999–2003*. 2004:8 .
- RFV(2005). *Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar 2003 och 2004*. Diagnosfördelning. 2005:6
- Riksrevisionen (2004). *Barnkonventionen i praktiken*. Rir 2004:30.
- Riksrevisionen (2005). *Förtidspension utan återvändo*. Rir 2005:14.
- Regner, G., Heuman, S. & Eliasson, M. (2001) *Sekretesslagen, En kommentar*.
- Rose, D.; Fleischmann, P.; Tonkiss, F.; Campbell, P.; Wykes, T. (2002). *Review of the literature: user and carer involvement in change management in mental health context*. Service User Research Enterprise (SURE), Institute of Psychiatry. London.
- Rorsman, B., Gräsbeck, A., Hagnell, O. et al. *A prospective study of first incidence depression. The Lundby study 1957–1972*. Br J Psychiatr 1990;156:336–42.
- RSMH (2002). *Studievägledning, Vardagsmakt*.
- Samhall (2006). [www.samhall.se](http://www.samhall.se). 2006-10-10.
- Sandlund, M. & Markström, U. (2003). *Ideellt – professionellt. Utvärdering av regeringens satsning på alternativa stöd- och boendeformer för psykiskt funktionshindrade genom stöd ur Allmänna arvsfonden*. Rapport från Arvsfondsdelegationen/Socialdepartementet.
- S 1999:08. *Individen i centrum? En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen*. Utredningen om den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen.
- SBU (1992). *Behov av utvärdering i psykiatrin*. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Stockholm.



- SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*. Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar*. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2005a). *Behandling av ångestsyndrom*. Statens beredning för medicinsk utvärdering. vård
- SBU(2005b). *Riskbedömningar inom psykiatrin – kan våld i samhället förutsägas?* Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SCB (2003). *Levnadsförhållanden för personer med funktionshinder 1988–1999*.
- SCB (2005). *Löner och sysselsättning inom landstingskommunal sektor 2005*.
- SFS 2001:526. *Förordning om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken*.
- SFS 2000:630. *Förordning om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga*.
- SFS 2003:139. *Förordning om ändring i förordningen (1996:610) med instruktion för Statens institutionsstyrelse*.
- Skerfving, A. (1998). *Föräldrar och barn inom den psykiatriska öppenvården – en kartläggning*. Rapport nr 3 1998. FOU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms sjukvårdsområde.
- Skerfving, A. (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Sockholm. Förlagshuset Gothia.
- SKL, Statistikdatabas, sjukvårdsdata i fokus.
- SKL (2003). *Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner 2001*.
- SKL (2004). *Patienter i slutenvård 2002*.
- SKL (2004). *Patienter i slutenvård 2003*.
- SKL (2005a). *Patienter i slutenvård 2004*.
- SKL (2006a). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005*.
- SKL (2006b). *Verksamhetsuppföljning inom psykiatrin*.
- Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut (2004). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*.
- Socialdepartementet (2004). *Utveckling av den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter*. Skr. 2003/04:47.
- Socialdepartementet (2006a). *Ett Sverige för barn – redogörelse för regeringens politik*. Skr. 2005/06:206.

- Socialdepartementet (2006b). *Nationell IT-strategi för vård och omsorg.*
- Socialstyrelsen (1970). *Principplan för psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län.*
- Socialstyrelsen (1973). *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation.*
- Socialstyrelsen (1978). *Psykiatrisk hälso- och sjukvård. Förslag till principprogram.*
- Socialstyrelsen (1979). *Psykiatrisk långvård.*
- Socialstyrelsen (1988). *Psykiatri i utveckling. Mot öppnare vårdformer och ökad samverkan.* PM 1998:21.
- Socialstyrelsen (1996). *Kriminalitet, sjuklighet och dödlighet hos mentalsjukhuspatienter.*
- Socialstyrelsen (1997a). *Uppföljning av medicinskt färdigbehandlade i psykiatrisk slutenvård.*
- Socialstyrelsen (1997b). *God psykiatrisk vård på lika villkor?*
- Socialstyrelsen (1997c). *Svensk psykiatrisk forskning.*
- Socialstyrelsen (1998). *Medicinskt färdigbehandlade personer med utagerande beteende.*
- Socialstyrelsen (1999:3). *Psykiatriuppföljningen. Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer.*
- Socialstyrelsen (1999). *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.*
- Socialstyrelsen (2000a). *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten.*
- Socialstyrelsen (2000b). *Hemlösa i Sverige 1999. Vilka är de och vilken hjälp får de?*
- Socialstyrelsen (2000c). *Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud.* Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000.
- Socialstyrelsen (2001a). *Kamratstöd för personer med psykiska funktionshinder. En uppföljning av projekt som genom psykiatrireformen erhållit särskilda stimulerande bidrag för kamratstödjande verksamhet.*
- Socialstyrelsen (2001b). *Gränsöverskridande rehabilitering – hur gick det sedan? En uppföljning av 111 verksamheter för personer med psykiska funktionshinder.*
- Socialstyrelsen (2001c). *Åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården.*

- Socialstyrelsen (2001d). *Brukarråd och brukarrevisioner inom verksamheter för personer med psykiska funktionshinder*. Underlag från experter.
- Socialstyrelsen (2002a). *Uppföljning av de medicinskt färdigbehandlade, 7 år efter reformen*.
- Socialstyrelsen (2002b). *Rättspsykiatrisk vård – utvärdering – omvärdering*.
- Socialstyrelsen (2002c). *Utvärdering av FoU. En studie av FoU-enheter inriktade på individ- och familjeomsorg*.
- Socialstyrelsen (2003a). *Boende för personer med psykiska funktionshinder – en nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen (2003b). *Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet*.
- Socialstyrelsen (2003c). *Sju år efter reformen. Andra uppföljningen av medicinskt färdigbehandlade inom slutna psykiatrisk vård*.
- Socialstyrelsen (2003d). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Socialstyrelsen och WHO.-
- Socialstyrelsen (2003e). *Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling*.
- Socialstyrelsen (2004a). *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter*.
- Socialstyrelsen (2004b). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem*. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatireformen.
- Socialstyrelsen (2004c). *Funktionshindrade personer 2003*.
- Socialstyrelsen (2004d). *Tillsyn av psykiatrisk vård. Synpunkter från brukar- och anhörigföreningar i norra sjukvårdsregionen 2003*.
- Socialstyrelsen (2004e). *Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen (2004f). *Flickor som skadar sig själva. En kartläggning av problemets omfattning och karaktär*.
- Socialstyrelsen (2004g). *Riktlinjer för skolhälsovården*.
- Socialstyrelsen (2004h). *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001–2003*.

- Socialstyrelsen (2004i). *Fortsatt etablering av FOU-centra på äldreområdet – en andra uppföljning avseende år 2003.*
- Socialstyrelsen (2004j). *Socialt arbete med barn och unga i utsatta situationer. Förslag till kompetensbeskrivningar.*
- Socialstyrelsen och Länsstyrelserna (2005). *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004.*
- Socialstyrelsen (2005a). *Folkhälsorapport.*
- Socialstyrelsen (2005b). *Den rättspsykiatriska vården 2005 – Sammanställning från inventeringen den 18 maj 2005.*
- Socialstyrelsen (2005c). *Sjukdomar i slutenvård, 1987–2003.*
- Socialstyrelsen (2005d). *BUP i Västerbottens- och Jämtlands län – Verksamhetstillsyn av barn- och ungdomspsykiatriska kliniker.*
- Socialstyrelsen (2005e). *Hälso- och sjukvårdsrapport.*
- Socialstyrelsen (2005f). *Föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsen (2005g). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. SOSFS 2005:28.*
- Socialstyrelsen (2005h). *Personligt ombud 2000–2004.*
- Socialstyrelsen (2005i). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport.*
- Socialstyrelsen (2005j). *Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. SOSFS 2005:27.*
- Socialstyrelsen (2005k). *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet I hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12.*
- Socialstyrelsen (2005l). *Rättsfrågor med anknytning till IT i vård och omsorg. Lägesbeskrivning och underlag till infoVU-projektets huvudrapport.*
- Socialstyrelsen (2005m). *Behovet av ett individbaserat register för den psykiatriska tvångsvården. Dnr. 00-1113/2005.*
- Socialstyrelsen (2006 a). *Social rapport.*
- Socialstyrelsen (2006b). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2003.*
- Socialstyrelsen (2006c). *Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa, Studier av praxis i primärvården.*
- Socialstyrelsen (2006d). *Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen 2003–2005, Sammanfattande slutsatser.*
- Socialstyrelsen (2006e). *Beroendevård, Granskning av beroendevården i sju landsting.*
- Socialstyrelsen (2006f). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård – Remissversion. (remisstid 11 april–9 juni), Väg-*

- ledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruksproblem.
- Socialstyrelsen (2006g). *Lyssnar psykiatrin på brukare och närstående? En enkätundersökning om samverkan inom psykiatri, rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri i norra sjukvårdsregionen.*
- Socialstyrelsen (2006h). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. SOSFS 2006:11.*
- Socialstyrelsen (2006i). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsen (2006j). *Lokala hemlöshetsprojekt 2002–2005 – resultat, slutsatser och bedömningar.*
- Socialstyrelsen (2006k). *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär.*
- Socialstyrelsen (2006l). *Handikappomsorg – Lägesrapport 2005.*
- Socialstyrelsen (2006m). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS. SOSFS 2006:5.*
- Socialstyrelsen (2006n). *Inrapportering från psykiatrin till patientregistret- Inventering av inrapporteringsproblem och förslag till en förbättrad inrapportering.*
- Socialstyrelsen (2006o). *Individbaserad verksamhetsuppföljning för personer som insjuknat i stroke och personer med psykiska funktionshinder. Info-VU-rapport.*
- Socialstyrelsen (2006p). *Individbaserad statistik om kommunernas äldre- och handikappomsorg. Resultat från en testinsamling och ett förberedande arbete.*
- Socialstyrelsens remissvar på SOU 2004:100, Dnr: SoS 30, 10152/2004.
- Socialutskottets betänkande 1993/94:SoU28. *Psykiskt stördas villkor.*
- Sosial- og helsedepartementet i Norge (1997–98). *Opptrappingsplan for et bedre tilbud til mennesker med psykiske lidelser 1999–2006. St. prp. nr. 63.*
- SOU 1985:14. *Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Slutbetänkande av Barn- och ungdomspsykiatri- samt familjerådgivningsutredningen.*
- SOU 1991:78. *Krav på förändring – synpunkter från psykiskt störda och anhöriga. Delbetänkande av Psykiatriutredningen.*

- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen.
- SOU 1998:31. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén.
- SOU 2000:19. *Från dubbla spår till elevhälsa*. Slutbetänkande av Elevvårdsutredningen.
- SOU 2000:400. *Tillsyn – Förslag om en tydligare och effektivare tillsyn*. Tillsynsutredningens slutbetänkande.
- SOU 2001:56. *Funktionshinder och välfärd*. Delbetänkande från kommittén för välfärdbokslut.
- SOU 2001:95. *Att motverka hemlöshet. En sammanhållen strategi för samhället*. Slutbetänkande av Kommittén för hemlösa.
- SOU 2002:3. *Psykisk störning, brott och ansvar*. Betänkande från Psykansvarskommittén.
- SOU 2002:121. *Skollag för kvalitet och likvärdighet*. Betänkande från 1999 års skollagskommitté.
- SOU 2003:56. *Inte bara SAMHALL*. Samhallutredningens betänkande.
- SOU 2003:95. *Arbetskraft*. Betänkande från Lönebidragsutredningen.
- SOU 2003:99. *Ny sekretesslag*. Huvudbetänkande från Offentlighets- och sekretesskommittén.
- SOU 2004:3. *Tvång och förändring*. Slutbetänkande från LVM-utredningen.
- SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård*. Slutbetänkande från äldre-  
vårdsutredningen.
- SOU 2005:81. *Källan till en chans- Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården*. Betänkande av Sociala barn-  
och ungdomsvårdskommittén.
- SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*. Betänkande av utredningen om en vård-  
överenskommelse om missbrukarvården.
- SOU 2006:57. *En bättre tillsyn av missbrukarvården*. Delbetänkande av utredningen om tillsynen inom socialtjänsten.
- SOU 2006:77. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa*. Betänkande från utredningen om ungdomars psykiska hälsa.
- SOU 2006:91. *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare*. Delbetänkande från Nationell psykiatrisamordning.
- Statens Folkhälsoinstitut (2004). *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd*.

- Statens institutionsstyrelse (2004). *SiS behov av psykiatriska resurser och samarbete med psykiatrin inom missbrukarvården respektive ungdomsvården*. Skrivelse till Psykiatrisamordnare Anders Milton, 2004-09-27. Dnr 225/04.
- Statens institutionsstyrelse (2005). *Samverkan inom Ungdomsvården. Om psykiatriska vårdinsatser för ungdomar vid särskilda ungdomshem*.
- Statens institutionsstyrelse (2006). *Allmän SiS-rapport 2006:5. Årsrapport DOK 05. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2005*.
- Tengström, A., m.fl. (2006). *Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige?* Rapport nr 14, 2006. Mobilisering mot narkotika.
- The Epidemiologic Catchment Area study (ECA). (1991) *Psychiatric disorders in America*. Robins LN, Regier DA (eds). New York, The Free Press.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. Oxford university press, s. 129–130.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- WHO (1991). WHO technical report series 812. Geneva.
- Vårdförbundet (2003). *Kvalitetskrav för vård, stöd och service till personer med psykisk sjukdom*.
- Östman, M. (2000). *Imbus i Lund – En gruppverksamhet för barn som har föräldrar med en psykisk sjukdom*. Lund 2000.

# Kommittédirektiv



**En nationell psykiatrisamordnare**

**Dir.  
2003:133**

---

Beslut vid regeringssammanträde den 23 oktober 2003.

## Sammanfattning av uppdraget

En nationell psykiatrisamordnare tillkallas med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Samordnaren skall fortlöpande informera regeringen om resultatet av arbetet och vid behov ge förslag till författningsändringar och förtydliganden av gällande regelverk. Samordnaren ges vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet. Psykiatrisamordnarens uppdrag upphör senast den 1 november 2006.

## Inledning

Regeringen anser att det finns brister inom den psykiatriska vården och den sociala omsorgen. Den samordning och samverkan mellan ansvariga huvudmän som skulle kunna innebära både effektivare resursanvändning och ett bättre stöd till personer med psykiska funktionshinder fungerar inte fullt ut.

Vården och omsorgen om personer med psykiska funktionshinder har genomgått stora förändringar – från ett totalt och ibland livslångt omhändertagande på mentalsjukhus till ett självständigt liv ute i samhället med tillgång till vård, stöd och service. Nya lagar har stiftats och gällande lagar anpassats till aktuella mål.



Lagstiftningen inom det psykiatriska området är omfattande. Bestämmelser om ansvar, organisation, rättigheter och skyldigheter, rättssäkerhet samt tillsyn regleras bland annat i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och lagen (1988:870) om vård av missbrukare. En ny lag – lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet – främjar samverkan inom området.

I det följande görs en genomgång av centrala reformer och insatser som genomförts med syfte att förbättra situationen för psykiskt sjuka och/eller psykiskt funktionshindrade personer. I redogörelsen lyfts såväl positiva som negativa effekter fram. En sammanfattning görs också av Socialstyrelsens rapport angående de uppmärksammade händelserna som inträffade i Åkeshov och Gamla stan, Stockholm, under år 2003.

### Psykiatrireformen

I juni 1994 beslutade riksdagen om en lagändring som innebar ett förtydligande av att kommuners ansvar för uppsökande verksamhet, planering och samverkan även avsåg personer med psykiska funktionshinder (prop. 1993/94:218, bet. 1993/94: SoU28, rskr. 1993/94:396). Det beslutades samtidigt att kommunerna skulle få betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande i mer än tre månader inom psykiatrisk heldygnsvård och som av en specialist i psykiatri bedömts vara färdigbehandlad inom sådan vård. Kommunerna gavs härigenom incitament att satsa på insatser anpassade till personer med psykiska funktionshinder. I samband med förändringen genomfördes en skatteväxling mellan landsting och kommun som innebar att i genomsnitt 15 procent av psykiatrins resurser och verksamheter fördes över till kommunerna.

Reformen förutsatte ett förändringsarbete både inom socialtjänsten och inom psykiatrin. Genom en statlig satsning under tre år, 1995–1997, utgick sammantaget

- 955 miljoner kronor för att utveckla arbetsformer inom socialtjänst och psykiatri,

- 24 miljoner kronor för en försöksverksamhet med personliga ombud, samt
- 45 miljoner kronor för att förbättra villkoren för personer med allvarligt missbruk och psykiska funktionshinder.

Dessutom satsades 45 miljoner kronor på anhörigstöd, 45 miljoner kronor på brukarstyrt kamratstöd och 50 miljoner kronor på rehabilitering av tortyrskadade flyktingar. Vidare omdisponerades pengar för att stimulera en utveckling och uppbyggnad av alternativa boendeformer för långvarigt psykiskt funktionshindrade. Även rehabiliteringen – både den medicinska och den sociala – uppmärksammades. Det ansågs angeläget att landstingen, kommunerna, försäkringskassan och arbetsförmedlingen samverkade för att få till stånd en fungerande rehabilitering.

Psykiatrireformens målgrupp utgjordes främst av personer som har långvariga och allvarliga psykiska besvär och som har svårt att klara det dagliga livet och därför har behov av vård och omsorg. I Socialstyrelsens slutrapport från utvärderingen av psykiatrireformen (*Välfärd och valfrihet? – Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform, 1999:1*) uppskattades antalet personer med psykiska funktionshinder, som var aktuella inom både socialtjänsten och psykiatrin, till mellan 40 000 och 46 000.

#### *Utvärderingen av psykiatrireformen*

Socialstyrelsen har sammanställt utvärderingarna av psykiatrireformen i slutrapporten *Välfärd och valfrihet? – Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform (1999:1)* som presenterades år 1999. Ytterligare utvärderingar har därefter genomförts av Socialstyrelsen. Rapporterna *Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten och Sju år efter reformen – andra uppföljningen av medicinskt färdigbehandlade inom sluten psykiatrisk vård*, presenterades 2003.

Det stod relativt tidigt klart att det behövdes ett långsiktigt strategiskt arbete för att nå målen med psykiatrireformen. Socialstyrelsen bedömde i en rapport från år 1997 (*Är vi på rätt väg? 1997:6*) att reformarbetet hade goda förutsättningar att lyckas om beslutsfattare, professioner och företrädare för brukarna bibehöll uppmärksamheten på en hög nivå. Det var också viktigt att upp-

märksamma den långsiktiga finansieringen av olika insatser när de särskilda stimulansmedlen, som beslutats om i samband med psykiatrireformen, skulle upphöra.

I Socialstyrelsens slutrapport från 1999 konstaterades att psykiatrireformens viktigaste styrmedel, dvs. lagstiftning och statliga stimulansbidrag, hade haft positiva effekter. De psykiskt funktionshindrades situation hade uppmärksammats i högre grad och stimulansmedlen hade utgjort en viktig drivkraft i den utveckling som skett. Intresseorganisationerna var också positiva. Cirka 1 000 nya verksamheter hade kommit igång, exempelvis nya verksamheter för daglig sysselsättning och boendestöd. Ytterligare positiva effekter som nämndes var att ansvaret hade blivit tydligare och att samverkan mellan främst socialtjänst och psykiatri hade kunnat etableras på många håll.

Utvärderingen visade dock att psykiskt funktionshindrade personers möjligheter till delaktighet och inflytande fortfarande var eftersatta. Bl.a. klargjordes att stödet till anhöriga behövde utvecklas, att medverkan i rehabiliteringen var viktig och behövde stödjas, att samverkan och vårdplanering fungerade dåligt samt att behoven av ett samlat och samtidigt stöd till psykiskt funktionshindrade personer med missbruk inte tillfredsställts i tillräcklig grad. Utvärderingen visade också att det fanns brister beträffande rehabilitering och daglig sysselsättning. Omkring hälften av de med psykiska funktionshinder – mellan 20 000 och 25 000 – saknade adekvat sysselsättning. Socialstyrelsen konstaterade att det var inom detta område som samverkan och samordnad finansiering skulle kunna ha störst framgång.

I utvärderingen av boendeformerna år 2003 drog Socialstyrelsen slutsatsen att kommunerna inte planerar tillräckligt för att ge personer med psykiska funktionshinder möjlighet att finna ett anpassat boende med adekvat vård och omsorg och en meningsfull sysselsättning eller rehabilitering i hemkommunen. Vidare klargjordes att det fortfarande finns brister inom området för samverkan mellan socialtjänst och psykiatri.

## **Insatser för att förbättra vård, stöd och service**

### *Hemlösa*

En tredjedel av de personer som är hemlösa anses ha ett psykiskt funktionshinder. Enligt Socialstyrelsen finns omkring 10 000 hem-

lösa i Sverige. De hemlösas situation har uppmärksammats, bl.a. av Kommittén för hemlösa (S 1998:09). Kommittén föreslog olika åtgärder som syftade till att skapa en bättre situation för hemlösa (SOU 2001:95). Kommittén hade också i uppdrag att föreslå fördelning av 30 miljoner kronor till olika utvecklingsprojekt. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att under åren 2002–2004 utveckla metoder för att långsiktigt komma till rätta med problem som är kopplade till hemlöshet. Socialstyrelsen disponerar för detta ändamål 30 miljoner kronor till olika projekt. Kommuner och landsting och organisationer har visat ett stort intresse för att delta i Socialstyrelsens utvecklingsarbete.

#### *Personer med missbruksproblem och psykisk sjukdom*

Missbrukare med omfattande psykiska funktionshinder utgör en av samhällets mest utsatta grupper. Ett väl anpassat samhällsstöd ställer krav på en gemensam planering av insatserna mellan främst landsting och kommun samt i förekommande fall också med Statens institutionsstyrelse. Det finns dock brister i samordningen. I samband med psykiatrireformen gjordes en treårig satsning i syfte att förstärka vården för denna grupp. Satsningen bidrog till att olika samverkansmodeller utvecklades för svårt psykiskt störda missbrukare.

#### *Personligt ombud*

Personer med psykiska funktionshinder kan behöva insatser från många håll; den öppna psykiatrin, socialtjänsten, försäkringskassan, bostads- och arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, tandvården etc. Detta innebär att ett flertal kontakter med olika myndighetspersoner skall upprätthållas och att insatser måste planeras och samordnas. Riksdagen beslutade efter förslag från regeringen att en försöksverksamhet med personliga ombud skulle permanentas under år 2000 samt att verksamheten skulle göras tillgänglig i hela landet (prop. 1999/2000:1 utg. område 9, bet. 1999/2000:SoU1, rskr. 1999/2000:93). Det personliga ombudets uppgift är att tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs. Enligt Socialstyrelsen har verksamheten hittills slagit väl ut.

## Förändringar i tvångsvårdslagstiftningen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) omfattar all psykiatrisk vård. Den psykiatriska tvångsvården regleras särskilt i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Dessa båda lagar trädde i kraft 1992.

Ett av de ursprungliga målen med LPT och LRV var att tvångsvård och tvångsåtgärder skulle minska. En anpassning gjordes till den utveckling mot en starkt begränsad användning av tvångsvård som hade ägt rum, särskilt under 1980-talet.

Ändamålet med tvångsvården enligt LPT skall vara att den som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning, blir i stånd att frivilligt medverka till fortsatta vård- och behandlingsinsatser. Tvångsvården skall ta sin utgångspunkt i patientens vårdbehov. När vårdbehovet bedöms skall det dock även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för andras personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Den 1 juli 2000 gjordes vissa ändringar och kompletteringar av LPT och LRV i syfte att stärka rättssäkerheten. De viktigaste förändringarna innebar en stärkt rättssäkerhet vid övergång från frivillig vård till tvångsvård, tydligare riktlinjer för vid vilka tillfällena tvångsåtgärder får tillgripas under behandlingen samt tidsbegränsning av permissioner.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bl.a. följa upp och utvärdera de nya bestämmelserna för permission enligt LPT och LRV. Socialstyrelsen konstaterar i en rapport från 2001 att målet med den förändrade lagstiftningen huvudsakligen uppnåtts, att rättssäkerheten ökat och att användningen av tvångsåtgärder minskat. Vissa brister konstateras bl.a. vid upprättandet av vårdplaner för de intagna. I rapporten Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård – En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering, 2002, dras slutsatsen att lagändringen med skärpta regler för permission inte har haft avsedd effekt. Uppföljningen visar bl.a. att användningen av permissioner ökat och att ytterligare reglering kan behövas.

### *Psykansvarskommittén*

En kommitté tillsattes år 1999 för att utreda frågor om ansvar och påföljder för psykiskt störda lagöverträdare (Psykansvarskommittén, dir. 1999:39). Kommittén lämnade i januari 2002 sitt betänkan-

de Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3). Kommittén föreslog ett reformerat system, med utgångspunkt i principer om tillräknelighet, proportionalitet och samhällsskydd. Kommittén ansåg att en gärning bör vara fri från ansvar på grund av otillräknelighet bara om det är uppenbart att gärningsmannen inte har kunnat ta ansvar för sin handling. Fängelsedomda som är i behov av rättspsykiatrisk vård skall enligt förslaget kunna inleda verkställigheten av fängelsestraffet inom den rättspsykiatriska vården. När vårdbehovet har upphört skall resten av strafftiden avtjänas i anstalt. En möjlighet till samhällsskyddsåtgärd, dvs. ett frihetsberövande som inte är tidsbestämt, föreslogs med inriktning på samhällets behov av att skydda sig mot personer som har en hög benägenhet att återfalla i synnerligen allvarlig brottslighet på grund av sitt psykiska tillstånd. Kommittén föreslog vidare att en särskild verkställighetsform, slutet boende, skall införas för vissa funktionshindrade. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### **Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården**

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) uppmärksammas särskilt landstingens primärvård, hälso- och sjukvård för äldre samt psykiatrin. Bl.a. klargörs att det är angeläget att insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa förbättras samt att stödet till personer med psykiska funktionshinder stärks. Regeringen har därför i ett avtal om utvecklingsinsatser kommit överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att landstingen och kommunerna särskilt skall uppmärksamma bl.a. psykiskt funktionshindrade så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda. Detta skall ske genom utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatrin och socialtjänsten. För att stimulera en utveckling enligt den nationella handlingsplanen har landsting och kommuner under åren 2001–2004 fått ett statligt tillskott på närmare 9 miljarder kronor.

Socialstyrelsen svarar för den nationella uppföljningen och utvärderingen. I Socialstyrelsens årsrapport 2003 Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården framkommer bl.a. att utveck-

lingsbehov kvarstår inom området för samverkan mellan kommun, primärvård och psykiatri. Många landsting ger uttryck för höga ambitioner när det gäller stöd till personer med psykiska funktionshinder. Enligt Socialstyrelsen är det dock oklart hur mycket kommunerna och landstingen satsar på denna grupp.

### **Möjligheter till samverkan i gemensam nämnd**

Kommuner och landsting har från och med den 1 juli 2003 getts utökade möjligheter att utveckla samarbetet utifrån de lokala förutsättningarna (prop. 2002/03:20, bet. 2002/03:SoU12, rskr. 2002/03:158). Kommuner och landsting kan bilda en gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter reglerade i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård, socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen om vård av missbrukare i vissa fall och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Möjligheterna för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet skapar förutsättningar för en fördjupad samverkan utifrån de behov som finns.

### **Gemensam vårdplanering vid utskrivning från slutenvården**

Den 1 juli 2003 skärptes kraven på gemensam planering vid utskrivning från landstingens slutna hälso- och sjukvård genom ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Uttrycket ”medicinskt färdigbehandlad” i lagen har ersatts med ”utskrivningsklar”. Kommunen blir betalningsansvarig först när en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad för den patient som av den behandlande läkaren bedöms behöva insatser från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård och/eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Den gemensamma vårdplaneringen skall bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Den behandlande läkaren är ansvarig för att kalla till vårdplanering.

Eftersom förutsättningarna är olika för att erbjuda särskilda boenden och andra insatser för patienter inom psykiatri och inom

den somatiska vården, skiljer sig tidpunkten för när betalningsansvaret kan inträda. Detta sker vid somatisk vård tidigast fem dagar och vid psykiatrisk vård tidigast trettio dagar efter det att kallelsen om vårdplanering mottagits.

### **Finansiell samordning**

I uppföljningen av psykiatrireformen framhöll Socialstyrelsen att finansiell samordning skulle kunna vara en bra form för att förbättra förutsättningarna för personer med psykiska funktionshinder att få samordnade insatser för sysselsättning och långsiktig rehabilitering.

Regeringen lämnade i juni 2003 ett förslag till riksdagen om möjligheter till finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/2003:132). Finansiell samordning föreslås kunna ske frivilligt mellan en försäkringskassa, ett landsting, en länsarbetsnämnd samt en eller flera kommuner. Målgruppen för den föreslagna finansiella samordningen utgörs av människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna. De åtgärder som får finansieras genom den finansiella samordningen skall ligga inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde och syfta till att återställa eller öka den enskildes funktions- och arbetsförmåga.

### **Bemötande och sysselsättning**

Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder tog upp problemet att funktionshindrade upplever misstro och kontroll från myndigheters sida. Förutom en god planering av resurser krävs därför hög kompetens hos personal som bedömer och beslutar om funktionshindrade personers behov och stöd. Ett av de prioriterade arbetsområdena enligt den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) är därför att förbättra bemötande av personer med funktionshinder. Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har på regeringens uppdrag tagit fram ett nationellt program för kompetensutveckling som vänder sig till politiker och anställda inom den offentliga sektorn.



### *Tillkännagivande*

Riksdagen tillkännagav i december 2002 regeringen att det finns skäl att kartlägga och analysera hur psykiskt funktionshindrade personers behov av någon form av sysselsättning i realiteten tillgodoses samt om personer med psykiska funktionshinder får insatsen daglig verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (bet. 2002/03:SoU1, rskr. 2002/03:81). Regeringen skall återkomma till riksdagen med redovisning av resultaten och med förslag till åtgärder.

### **Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan i Stockholm**

Under maj 2003 begicks två uppmärksammade våldsdåd i Stockholm som har bidragit till en omfattande samhällsdebatt. Den 19 maj slogs en man med järnspett i Åkeshov varvid en person dog och flera skadades. Den 31 maj framfördes en bil i hög hastighet på en allmän gågata i Gamla stan med såväl döda som skadade människor som resultat. Det fanns uppgifter om att de misstänkta gärningsmännen sökt eller varit föremål för psykiatrisk vård, vilket har aktualiserat en diskussion om sambandet mellan situationen inom vård och omsorg och förekomst av allvarlig brottslighet.

Mot denna bakgrund har regeringen uppdragit åt Socialstyrelsen att utreda om det funnits brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet som kan ha haft betydelse för de två våldsdåden. Efter dessa händelser har andra våldsdåd med tragiska följder inträffat, vilket ytterligare har intensifierat debatten.

Socialstyrelsen föreslår i sin rapport om händelserna i Åkeshov och Gamla stan flera förbättringsåtgärder. Landstingen bör bl.a. få till stånd vårdinsatser som är anpassade till patienter med psykisk störning och missbruksproblem. Vidare föreslås att vården för missbrukare med psykos eller personlighetsstörningar måste organiseras i ett mycket nära samarbete mellan psykiatri, landstingens missbruksvård och socialtjänsten samt att uppsökande verksamhet från såväl psykiatri som socialtjänst i gemensamma team behöver utvecklas. Socialstyrelsen anser att en skärpning bör ske när det gäller nödvändigheten av en samlad vårdplanering, där förutom individen själv, berörda myndigheter och vårdgivare deltar. Indi-

viduella vårdplaner i samverkan med berörda vårdgivare och individer skall upprättas och det skall framgå vem som ansvarar för vilka insatser, hur planen skall följas upp samt hur avvikelser skall hanteras. Vidare dras slutsatsen att tidig upptäckt och tidigt samordnade insatser är grundläggande för att kunna ge effektiv vård, behandling och sociala insatser. Det kan handla om att förena insatser från bl.a. polis, kriminalvård, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, allmän psykiatri, skolhälsovård och beroendevård, bl.a. med syfte att förhindra inledning på en destruktiv karriär.

### Resurser inom psykiatrin och den sociala omsorgen

Den psykiatriska vården har utvecklats mot mer öppenvårdsinriktade insatser samtidigt som slutenvården har minskat.

Landstingen och regionerna redovisar sammanlagt en nettokostnad för specialiserad psykiatrisk vård på 12,3 miljarder kronor år 2001. Dessa kostnader motsvarar ca 10 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Av de 12,3 miljarderna avser ca 56 procent psykiatrisk slutenvård, ca 41 procent psykiatrisk mottagningsverksamhet, ca 3 procent psykiatrisk dagsjukvård och 0,4 procent psykiatrisk hemsjukvård. I Landstingsförbundets redovisning klargörs att dessa siffror är behäftade med viss osäkerhet på grund av svårigheter beträffande gränsdragning mellan de olika verksamheterna.

Antalet vårdplatser inom psykiatrin har minskat. År 2001 uppgick antalet psykiatriska vårdplatser sammanlagt till drygt 5 200. År 1996 var motsvarande siffra drygt 7 200. Antalet patienter som vårdas enligt LPT en viss given dag uppgick år 2001 till knappt 1 200. År 1996 var motsvarande siffra ca 1 300. Antalet allvarligt psykiskt störda lagöverträdare som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård har under åren 1993–2001 varit relativt konstant och varierat mellan 365 och 400 per år. Antalet inskrivna i rättspsykiatrisk vård har under samma period ökat från ca 830 till 1 280. Det beror framför allt på att vårdtiderna har förlängts.

Vid början av 2002 fanns ca 850 kommunala boenden för ca 8 000 personer med psykiska funktionshinder. Jämfört med en tidigare undersökning, 1997/98, är det en ökning med ca 20 procent. Uppskattningsvis fanns i början av 2002 ca 10 000 personer av psykiatireformens målgrupp i kommunernas boende eller i

psykiatrisk heldygnsvård. Lika många beräknas ha funnits i dessa vård eller boendeformer 1997/98. En omfördelning från psykiatrisk heldygnsvård till kommunala boenden har dock ägt rum.

Personalsituationen inom psykiatrin har uppmärksammats. Socialstyrelsen har bl.a. påvisat att det bland psykiatriker finns en relativt hög andel som är äldre än 55 år vilket innebär att andelen som går i pension de närmaste åren sannolikt är högre än för många andra läkargrupper.

## Uppdraget

Psykiatrireformen, vars syfte var att förbättra livssituationen för personer med psykiska funktionshinder, krävde förändringar inom såväl den psykiatriska vården som det sociala stödet och servicen. Socialstyrelsens utvärdering har visat att utvecklingen varit positiv även om flera brister kvarstår. Insatser har vidtagits, bl.a. för att främja samverkan. Detta arbete behöver dock intensifieras vilket också Socialstyrelsens rapport om händelserna i Åkeshov och Gamla stan i Stockholm klargjort.

Det krävs således ett strategiskt arbete för samordning av vård, social omsorg och rehabilitering utifrån ett helhetsperspektiv. Ambitionen med att tillkalla en psykiatrisamordnare är att skapa förutsättningar för en kraftsamling hos samtliga berörda aktörer för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen av människor med psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder.

Psykiatrisamordnaren skall göra en genomgång av situationen inom vården, den sociala omsorgen och rehabiliteringen av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade personer. Samordnarens uppdrag riktas främst mot personer som har allvarliga psykiska besvär.

Samordnaren skall genomföra sitt arbete i bred dialog med landsting, kommuner, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, berörda myndigheter, statliga kommittéer och brukarorganisationer. Samordnaren skall särskilt uppmärksamma frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens.

Psykiatrisamordnaren skall utifrån denna genomgång identifiera och analysera problem samt föreslå åtgärder som kan ge positiva effekter på vård, social omsorg och rehabilitering av personer med psykiska sjukdomar eller funktionshinder.

Samordnaren skall lämna förslag till utveckling av psykiatrins former, bedöma behovet av slutenvårdsplatser, pröva om det krävs nya vårdformer mellan slutenvård och öppenvård samt analysera hur socialtjänstens boendestöd eller andra insatser kan utvecklas. Samordnaren skall vidare uppmärksamma om tillräckliga åtgärder vidtas från huvudmännens sida i samband med in- och utskrivning av patienter som är föremål för psykiatrisk slutenvård. Därutöver skall rutiner för riskbedömning och omhändertagande av patienter som är farliga för andras personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa behandlas. Samordnaren skall uppmärksamma den psykiatriska vården av personer som är omhändertagna av andra huvudmän än kommuner och landsting, t.ex. av kriminalvården och Statens institutionsstyrelse. Samordnaren skall enligt riksdagens tillkännagivande (bet. 2002/03:SoU1, rskr 2002/03:81), redovisa resultat och föreslå åtgärder som gäller daglig sysselsättning till psykiskt funktionshindrade personer.

Samordnaren skall särskilt uppmärksamma personalförsörjningsfrågan inom vård, social omsorg och rehabilitering. En central utvecklingsfråga är hur nödvändig kompetens hos personalen, i dag och i framtiden, kan säkras.

I uppdraget ingår vidare att bedöma psykiatrins resursbehov. Samordnaren skall i det sammanhanget se över organisations- och effektivitetsfrågor samt prioriteringar. Samordnaren skall, med utgångspunkt från Socialstyrelsens uppföljningar och utvärderingar, snabbt redovisa effekterna av de medel som riksdagen har ställt till förfogande för kommuner och landsting i enlighet med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.

Samordnaren skall tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet. De möjligheter som ges enligt nuvarande lagstiftning, såsom samverkan i gemensam nämnd, skall främjas. Samordnaren bör även lyfta fram exempel på verksamheter som bedrivs med gott resultat, exempelvis när det gäller samordnad vårdplanering och rehabilitering.

Samordnaren skall se över gällande permissionsbestämmelser enligt LPT och LRV med anledning av de resultat som Socialstyrelsen presenterat i rapporten Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård – En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering.

Psykiatrisamordnaren skall fortlöpande informera regeringen om resultatet av sitt arbete samt vid behov lämna de förslag till för-

fattningsändringar och förtydliganden i gällande regelverk som anses påkallade.

Samordnaren skall samråda med Socialstyrelsen och beakta relevanta rapporter från myndigheten samt dess pågående utredningsarbete. Samordnaren skall även fortlöpande ha kontakt med andra myndigheter utifrån de behov som framkommer. Samordnaren skall vidare samråda med Ansvarskommittén (Fi 2003:02) samt följa beredningen av Psykansvarskommitténs betänkande Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3).

Samordnaren skall beakta hur de förslag som lämnas inverkar på kommunernas och landstingens självstyre. De ekonomiska konsekvenserna av förslagen skall analyseras och förslag på finansiering lämnas om kostnadsökningar bedöms bli aktuella. Vidare skall samordnaren redovisa förslagets betydelse för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet. Psykiatrisamordnarens arbete skall genomföras med ett tydligt jämställdhetsperspektiv.

Psykiatrisamordnarens uppdrag upphör senast den 1 november 2006.

(Socialdepartementet)

# Psykiatrisamordningens förslag när det gäller vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare

## 1 Bakgrund

På grund av de särskilda frågeställningar och behov av särlösningar som finns när det gäller det rättspsykiatriska området har Psykiatrisamordningen valt att behandla frågorna kring vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare i ett särskilt delbetänkande – Vård och stöd för psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91). Flera av de överväganden och förslag som lämnas i Psykiatrisamordningens slutbetänkande är dock även relevanta för gruppen psykiskt störda lagöverträdare. Inte minst gäller detta för frågor om samverkan mellan landsting och kommuner i samband med permission och utskrivning från den psykiatriska tvångsvården, och behovet av kommunala insatser.

I denna bilaga redovisas huvuddragen i de förslag som lämnats i delbetänkandet. Förslagen rör straffrättsliga frågor, sjukvårdshuvudmannens ansvar, den rättspsykiatriska vårdens uppgifter, samverkan och kommunernas roll, den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten samt behovet av nationell samordning. Målsättningen med de redovisade åtgärderna är att åstadkomma positiva systemeffekter för vård och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare som helhet, och syftet är att förbättra de berörda lagöverträdarnas psykiska hälsa och reducera risken för återfall i brott så mycket som möjligt.

## 2 Förslagen i delbetänkandet

### 2.1 Straffrättsliga frågor

*Ställningstagande till rättspsykiatrins framtida förutsättningar är angeläget*

Psykansvarskommittén har i sitt betänkande Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3) lämnat förslag till omfattande förändringar när det gäller det straffrättsliga systemets utformning för

psykiskt störda lagöverträdare. Förslagen innebar bl.a. att alla som har begått brott ska kunna dömas till kriminalvårdspåföljd, utom de som varit så påverkade av sin psykiska störning att de inte bedöms kunna bära ett straffrättsligt ansvar (otillräkneliga). De gärningsmän som döms till fängelse men är i behov av psykiatrisk vård skulle enligt förslaget kunna verkställa straffet inom rättspsykiatri så länge de har behov av vård. En genomgående tanke i kommitténs förslag var att skapa en närmare samverkan mellan kriminalvård och rättspsykiatri än vad som i dag vanligen är fallet.

Som redovisas i delbetänkandet finns det både för- och nackdelar med de förslag som kommittén lämnat, och det skulle inte vara helt okomplicerat att införa dem. Enligt Psykiatrisamordningen är det dock viktigt att regeringen tar ställning till hur det straffrättsliga systemet för psykiskt störda lagöverträdare ska komma att utformas i framtiden, även om alla detaljer i ett sådant system inte utkristalliserats. Den nuvarande situationen med en långt utdragen beredningsprocess av de förslag som lagts fram av Psykansvarskommittén skapar en osäkerhet och en situation som bland annat innebär risk för felsatsningar och att angeläget utvecklingsarbete hämmas.

#### *Förändrad reglering i samband med avslutande av rättspsykiatrisk vård*

Alla som skrivs ut från den slutna vården vill inte delta i någon fortsatt vård. För att bättre kunna möta deras behov i samband med utskrivningen har Nationell psykiatrisamordning föreslagit en komplettering av de psykiatriska tvångslagstiftningarna med regler om öppenvård med särskilda villkor (Dnr 88/2006). Dessa regler gör det möjligt att återinta patienten i slutna vård, t.ex. om patienten inte iakttar de villkor som gäller och det finns risk för återfall i allvarlig brottslighet.

En sådan reglering behövs redan nu. Regleringen är dessutom en nödvändighet om och när Psykansvarskommitténs förslag genomförs i någon form, för att även i fortsättningen kunna ge psykiatrisk vård till de psykiskt störda lagöverträdare som fortfarande behöver vård efter strafftidens utgång. I de sistnämnda fallen finns också anledning att se över förutsättningarna för fortsatt vård, t.ex. med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård.

*Verkställighet av påföljd för vissa personer med utvecklingsstörning m.fl.*

Psykiatrisamordningen föreslår i delbetänkandet ett tillägg i brottsbalken som gäller dömda personer som lider av utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd, eller lider av en hjärnskada som uppstått i vuxen ålder. Om den dömda utöver sitt funktionshinder också har en annan psykisk störning ska domstolen kunna överlämna personen till rättspsykiatrisk vård. Detta bör kunna ske även om den psykiska störningen i sig inte bedöms vara allvarlig.

*Presumtion för förordnande av § 7-intyg vid vissa typer av brott*

Det finns stora variationer mellan olika domstolar när det gäller huruvida en rättspsykiatrisk bedömning ska inhämtas eller inte, vilket leder till skilda bedömningar vid valet av påföljd. Det finns flera exempel på att personer som dömts till jämförelsevis långa frihetsberövanden inom kriminalvården inte genomgått någon form av sådan bedömning, trots att de haft ett klart vårdbehov. Psykiatrisamordningen anser att ett läkarintyg enligt 7 § lagen (1991:2041) om personutredning i brottmål m.m. ska inhämtas när det är fråga om att ta ställning till påföljd vid brott mot person, åtminstone när det kan vara aktuellt med en längre tids frihetsberövande, dvs. ett år eller mer. Psykiatrisamordningen föreslår att den nämnda lagbestämmelsen kompletteras.

## **2.2 Sjukvårdshuvudmannens ansvar bör tydliggöras i lagstiftningen**

Redan nu har sjukvårdshuvudmannen enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvar för psykiatrisk vård av intagna inom kriminalvården, den slutna ungdomsvården och vid LVM-hem. I brist på tillräckligt stöd från sjukvårdshuvudmannen har kriminalvården och den slutna ungdomsvården byggt upp egna parallella resurser för psykiatrisk vård och behandling, bland annat med stöd av konsultläkare. Psykiatrisamordningen anser att sjukvårdshuvudmannens ansvar för psykiatrisk vård för häktade och dömda, oavsett inom vilken organisation dessa befinner sig, bör bli ännu tydligare i hälso- och sjukvårdslagen, och lämnar ett förslag till detta. I detta ansvar ligger också att erbjuda lämpliga psykiatriska insatser när en



gärningsman dömts till skyddstillsyn med särskilda föreskrifter om psykiatrisk vård.

En stor del av de allvarliga våldsbrotten begås av gärningsmän som har intagit alkohol eller någon annan drog. Kombinationen av psykisk störning och alkohol eller annan drog utgör en särskilt stor riskfaktor för att begå våldsbrott. Aktuell forskning visar att de bästa effekterna uppnås när missbruket och den psykiska störningen behandlas samtidigt, och helst inom en och samma organisation. Psykiatrisamordningen anser att sjukvårdshuvudmannen ska svara för utredning, vård och behandling av missbruk av alkohol och droger, åtminstone när det gäller rättspsykiatrins patienter, först under slutna vård och därefter i avvaktan på att en lokal vårdgivare kan överta ansvaret. Samordningen föreslår att hälso- och sjukvårdslagen formuleras tydligare även om detta.

### 2.3 Rättspsykiatrins ansvarsområde bör breddas

Det finns olika sätt att definiera rättspsykiatri och dess uppgifter. Tidigare menades egentligen bara den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten, men genom lagen om rättspsykiatrisk vård 1992 kom även vården att inkluderas i begreppet rättspsykiatri. Psykiatrisamordningen anser att innehållet och arbetsformerna när det gäller omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare bör förändras de närmaste åren. Med stor sannolikhet kommer behovet av vårdplatser för slutna rättspsykiatrisk vård att minska successivt, medan innehållet i vården och rättspsykiatrins arbetsuppgifter bör breddas.

Psykiatrisamordningens uppfattning är att rättspsykiatrins uppdrag bör omfatta bedömning och vård av alla psykiskt störda lagöverträdare, vare sig de finns i ett häkte, en kriminalvårdsanstalt eller inom den rättspsykiatriska vården. Detta ansvar bör av kontinuitetsskäl gälla även efter utskrivning eller frigivning, tills den ordinarie psykiatriska vården har möjlighet att ta över ansvaret eller tills den frigivne eller utskrivne personen kan klara sig utan fortsatta psykiatriska insatser. På motsvarande sätt bör i första hand barn- och ungdomspsykiatrins ansvar även omfatta de ungdomar som är i behov av psykiatrisk vård och som är intagna i slutna ungdomsvård. Rättspsykiatri bör även ha huvudansvaret för att de åtgärder som förutsätts när någon döms till skyddstillsyn

med särskilda föreskrifter om öppen psykiatrisk vård faktiskt genomförs.

Psykiatrisamordningen anser att rättspsykiatrin även bör ansvara för missbruksvården av de gärningsmän som överlämnats till rättspsykiatrisk vård. Detta ansvar bör kvarstå även efter att den slutna vården avslutats, till dess att det antingen inte är nödvändigt med några ytterligare insatser eller den lokala psykiatrin och missbruksvården har övertagit ansvaret för de fortsatta insatserna. Det bör vara rättspsykiatrins ansvar att se till att "stafettpippen" förs vidare och tas om hand. Detta innebär emellertid inte någon inskränkning av kommunens ansvar för att dess invånare får det vård och stöd som följer av socialtjänstlagen.

Tiden inför och närmast efter utskrivning från rättspsykiatrisk vård är ofta kaotisk för den utskrivne och det är svårt för denne att orientera sig i samhället och klara de nödvändiga kontakterna med olika samhällsorgan. Psykiatrisamordningen anser att rättspsykiatrin måste ta ansvar för att den utskrivne personen får kontakt med berörda organ, och har en organisation utanför den rättspsykiatriska enheten som både kan fungera som en lots för den enskilde, och som en brygga mellan t.ex. socialtjänstens olika verksamheter och rättspsykiatrin. I delar av landet finns denna typ av organisationer redan. En sådan organisation kan med fördel även ha ansvar för de kontakter som krävs för de psykiskt störda som lämnar kriminalvården efter verkställighetstidens utgång.

Psykiatrisamordningen anser att rättspsykiatrin bör utvecklas till ett kompetenscentrum inom sjukvårdsområdet, som genom information och utbildning kan förmedla kunskap till andra vårdgivare om riskbedömning, identifiering och omhändertagande av personer som är i riskzonen för att begå allvarliga våldsbrott. Rättspsykiatrin bör även tillhandahålla strategier för ingripanden i syfte att förebygga våld och risksituationer inom vård och omsorg.

Den utveckling och vidgning av rättspsykiatrins uppdrag som här föreslås är inte unik för vårt land, utan är till stor del i linje med den utveckling som sker i stora delar av västvärlden även om de legala förutsättningarna för rättspsykiatrisk vård skiljer sig mellan olika länder.

## 2.4 Från frihetsberövande till ett liv i frihet kräver samverkan

Kraftfulla och samordnade åtgärder krävs i samband med att den psykiskt störde lämnar kriminalvårdsanstalten eller den rättspsykiatriska vården och återgår till ett liv i frihet.

Psykiatrisamordnaren anser att den regionala och lokala samverkan mellan framförallt kriminalvården, psykiatrin, rättspsykiatrin, missbruksvården och socialtjänsten i övrigt behöver utvecklas. Detsamma gäller kontakterna mellan samhällets olika aktörer, som t.ex. med försäkringskassor, arbetsmarknadsmyndigheter och frivilligorganisationer av skilda slag, och den enskilde i samband med och tiden närmast efter ett avslutat frihetsberövande. Samverkan är inget mål i sig, utan ett sätt att uppnå målet om en förbättrad psykisk hälsa och en återanpassning av den enskilde till ett liv i samhället.

Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning måste samverkan etableras både på ledningsnivån och lokalt runt den enskilde patienten eller klienten, för att den ska vara verkningsfull. I detta slutbetänkande lämnas förslag till lagstiftning som innebär att landsting och kommuner ska komma överens på ledningsnivå – en överenskommelse som ger legitimitet åt och anger förutsättningarna för samverkan kring den enskilde patienten.

## 2.5 Kommunala insatser och boendeformer

Kommunen har ansvaret för sina medborgare vare sig de under kortare eller längre tid är intagna i kriminalvård, psykiatrisk tvångsvård eller på annan institution eller om de befinner sig i frihet. Till kommunernas uppgifter hör boende och sysselsättning, samt viss missbruksvård om behoven inte kan tillgodoses på något annat sätt. För psykiskt störda lagöverträdare har kommunen ansvar för att pröva rätten till bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) när den dömden inte längre är frihetsberövad inom slutna rättspsykiatrisk vård, slutna ungdomsvård eller fängelse. Ansvaret gäller även under tiden för permission, oavsett dess längd, eller under tiden för öppen vård med särskilda villkor, när en sådan reglering införs. Psykiatrisamordningen lämnar i delbetänkandet förslag till komplettering av socialtjänstlagen och av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, som innebär att kommunerna får ett tydligare ansvar i denna fråga.

En vanlig anledning till att patienter som vårdas inom rättspsykiatri inte kan skrivas ut är att frågan om boende och sysselsättning inte är löst på ett tillfredsställande sätt. Ofta har företrädarna för rättspsykiatri och kommunen olika åsikter om vilken typ av boende som krävs för att patienten ska kunna skrivas ut. Det står dock klart att kommunernas insatser behöver främjas när det gäller att skapa anpassade boendeformer för dem som skrivs ut.

Utöver olika kommunala boendeformer anser Psykiatrisamordningen att ett begränsat antal patienter i landet behöver en mellanvårdsform som drivs i landstingets regi. Vid sådana boendeliknande enheter krävs bara ett begränsat medicinskt omhändertagande, och en lägre personaltäthet med färre behandlingsinsatser än på en normal rättspsykiatrisk avdelning. Men samtidigt måste säkerheten vara god, och frihet från våld och droger vara ett krav. Eftersom man kan behöva tillgripa tvångsåtgärder bör dessa enheter vara landstingens ansvar och inte kommunernas, även om boendet kan komma att bli långvarigt för den enskilde patienten.

## 2.6 Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten

Rättspsykiatri består inte bara av rättspsykiatrisk vård utan även av rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, som är en statlig verksamhet under Rättsmedicinalverkets (RMV) ledning. Den rättspsykiatriska utredningsverksamheten utgör en del av det straffrättsliga systemet och ska enligt Psykiatrisamordningens mening även fortsättningsvis vara en statlig verksamhet och bedrivs med statlig finansiering under ledning av en myndighet.

Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten bedrivs nu dels vid två avdelningar inom RMV, dels med stöd av entreprenadavtal vid två enheter inom hälso- och sjukvården där även rättspsykiatrisk vård bedrivs.

Frågan om att bibehålla driften av de nuvarande statliga undersökningsenheterna eller överlåta dem till närmast berörda landsting beror enligt Psykiatrisamordningens uppfattning av hur den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten samordnas nationellt. Om RMV ska finnas kvar i sin nuvarande form finns det alltså ingen anledning att ändra på de organisatoriska förhållandena för undersökningsenheterna. RMV/SKL-utredningen har föreslagit att verksamheten vid RMV och Statens kriminaltekniska laboratorium ska samordnas inom ramen för ett Forensiskt institut

(SOU 2006:63). Psykiatrisamordningen lämnar också ett förslag (se nedan) om att den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten och vården av psykiskt störda lagöverträdare ska samordnas på nationell nivå. Vid något av dessa två alternativ kan det finnas anledning för staten att initiera förhandlingar om att undersökningsverksamheten i Stockholm och Göteborg ska överföras till de berörda sjukvårdshuvudmännen.

## 2.7 Nationell samordning är nödvändig

Det är en nationell angelägenhet att utredning, vård och omhändertagande av de psykiskt störda lagöverträdarna fungerar tillfredsställande och på samma sätt över hela landet. Oavsett om Psykiatrisamordningens förslag genomförs eller inte sker vården av psykiskt störda lagöverträdare under tiden för ett påtvingat frihetsberövande och som en del av det straffrättsliga systemet. Staten har därmed ett större ansvar för verksamhetens innehåll, kvalitet, arbetsformer och likformighet när det gäller resultaten, än för övrig hälso- och sjukvård.

För att så långt möjligt garantera en eftersträvad likvärdighet krävs enligt Psykiatrisamordningens uppfattning att ett nationellt samordningsorgan i form av en myndighet får ett samlat ansvar för både rättspsykiatrisk utredningsverksamhet och den rättspsykiatriska vården. En referensgrupp med företrädare för de berörda aktörerna bör också knytas till myndigheten.

Vidare krävs att staten tar ett ökat ansvar för medfinansiering av vården av psykiskt störda lagöverträdare. Utgångspunkten för en sådan medfinansiering bör enligt Psykiatrisamordningen vara att landstingen och kommunerna uppfyller vissa nationellt överenskomna krav. Dessa krav ska gälla den rättspsykiatriska vårdens innehåll och arbetsuppgifter, samt att det finns analyserbara uppgifter som gör det möjligt att följa upp dessa faktorer och verksamhetens resultat. Psykiatrisamordningen föreslår i delbetänkandet en särskild lag som reglerar formerna för statens bidrag till vårdområdet.

Till myndighetens uppgifter bör höra att kontinuerligt följa upp och utvärdera verksamheten, bland annat med stöd av ett nationellt register över rättspsykiatrisk utredning och vård. Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning ska organisationen också ge service och stöd åt verksamhetens utövare, stimulera insatser för fortbildning,

kvalitetsutveckling och forskning inom området, följa upp att uppsatta kvalitetsmål uppfylls och premiera vårdgivare som uppfyller vissa krav på innehåll och struktur.

Avgränsningen av myndighetens verksamhet i förhållande till Socialstyrelsens uppgifter och dess register över den rättspsykiatriska vården kan behöva analyseras ytterligare. Psykiatrisamordningen förordar att en organisationskommitté tillsätts omgående för att analysera dessa frågor och ge förslag på hur stor myndigheten behöver vara, vilken kompetens som behövs, var den ska ligga m.m.

I avvaktan på att organisationskommittén genomfört sitt uppdrag och att den föreslagna samordningsmyndigheten kommit till stånd bör regeringen ta initiativ till att en tillfällig och frivillig organisation tillsätts med företrädare för staten, sjukvårdshuvudmännen och kommunerna. Organisationens uppgift ska vara att så långt möjligt verka för att genomföra de förslag som Psykiatrisamordningen redovisar i delbetänkandet och i detta slutbetänkande.

### **3 Några konsekvenser av förslagen**

#### **3.1 Kvalificerat omhändertagande kräver personal med hög kompetens**

De psykiskt störda lagöverträdarna är på flera sätt en utsatt kategori. Hela samhället har ett gemensamt intresse för att landsting och kommuner tillsammans kan ta sig an uppgiften att ge dem lämpligt stöd i form av kvalificerad psykiatrisk vård, missbruksvård, gruppbofästade och annat stöd. Detta är viktigt både ur ett individinriktat, humanitärt perspektiv och ur ett samhällsinriktat brottsförebyggande perspektiv.

De begränsningar av missbruksvården och den psykiatriska vården som skett under en lång följd av år utgör endast en kortsiktig lösning på de ekonomiska problem som de berörda huvudmännen stått inför. En låg ambitionsnivå när det gäller missbruksvård och akut psykiatrisk vård kan innebära att fler missbrukare och psykiskt störda personer begår brott. I brist på resurser och kvalificerat omhändertagande i frivilliga former hamnar de så småningom ofta i den rättspsykiatriska vården efter att ha dömts för brott. Då blir samhällets kostnader väsentligt högre, och de har

ofta åsamkat både sig själva och sina offer och anhöriga ett betydande lidande.

Att bredda rättspsykiatrins uppdrag enligt ovan och utveckla hela området kräver personal och delvis ny kompetens, samt ekonomiska resurser. Möjligheterna att på ett positivt sätt genomföra dessa förslag står och faller med tillgången på personal med rätt kompetens och inställning när det gäller att arbeta med gruppen psykiskt störda lagöverträdare. Det är ingen lätt grupp att ta om hand och den ställer stora krav på kunskap, engagemang, tålamod och medvetenhet om de etiska problem och avvägningar som är förenade med verksamheten.

För att kunna genomföra den inriktning som Psykiatrisamordningen förespråkar måste läkare och annan personal nyrekryteras, i första hand till den öppna psykiatriska vården och socialtjänstens boendestöd samt till kriminalvården och frivården. Dessutom behövs en bred satsning på fortbildning för ökad kompetens och en attitydförändring som underlättar för de psykiskt störda lagöverträdarna att få, och hålla, kontakt med samhällets olika stödfunktioner.

### **3.2   Forskning och utveckling, FoU**

För den viktiga kompetenshöjningen krävs också att forsknings- och utvecklingsarbetet kan ligga på en hög nivå. Psykiatrisamordningen förordar en utveckling som innebär att professorer inom området vård och rehabilitering av psykiskt stöda lagöverträdare finns vid åtminstone tre universitet i anslutning till de rättspsykiatriska undersöknings- och vårdenheterna. Psykiatrisamordningen framhåller vikten av att ett vetenskapligt synsätt genom-syrar all verksamhet och att de berörda verksamhetsansvariga avsätter pengar och personal för FoU-verksamheten. Psykiatrisamordningen efterlyser också en särskild anslagskonstruktion som gör det möjligt för de berörda myndigheterna att i efterhand få ersättning för kostnader i samband med att medarbetare ägnar viss tid för forskarutbildning och forskning.

### 3.3 Ekonomiska konsekvenser

Flera av de förslag som Psykiatrisamordningen framfört i delbetänkandet innebär endast ett förtydligande av det ansvar som landstingen redan nu har för vården av psykiskt störda lagöverträdare, och innebär inga ökade utgifter för staten. Ett förslag innebär dock att en delvis ny grupp patienter överlämnas till landstinget, nämligen förslaget om att gärningsmän som lider av en utvecklingsstörning, autism eller liknande störning och som också har en psykisk störning, ska kunna överlämnas till rättspsykiatrisk vård i stället för att dömas till fängelse. Kostnaderna för detta kan uppskattas till omkring 50 miljoner kronor per år netto. Förslaget till komplettering av lagen om personutredning i brottmål m.m. innebär att domstolarna kommer att förordna om fler § 7-intyg och, som ett resultat av dessa, även fler rättspsykiatriska undersökningar. Kostnaderna för detta kan uppskattas till omkring 30 miljoner kronor.

För statens del tillkommer också kostnader för att införa den nationella samordningsmyndigheten med sitt uppföljningssystem, samt för att utöka tillsynsmyndigheternas verksamhet med inriktning på det rättspsykiatriska området. Kostnaderna för dessa nationella funktioner uppskattas till omkring 50 miljoner kronor per år.

Psykiatrisamordningen föreslår i delbetänkandet att riksdag och regering bör bevilja särskilda medel som gör det möjligt att faktiskt bygga upp en kvalificerad psykiatrisk vård och missbruksvård för de psykiskt störda lagöverträdarna. Psykiatrisamordningen förordar att 300 miljoner kronor per år avsätts för detta ändamål. För att få del av dessa pengar bör landsting och kommuner kunna visa att de uppfyller de krav som bör ställas på en kvalificerad och ändamålsenlig organisation när det gäller omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare. Andra krav bör gälla vårdens och rehabiliteringens innehåll samt förebyggande insatser. Psykiatrisamordningen föreslår att dessa pengar administreras och betalas ut av den föreslagna myndigheten. Psykiatrisamordningen föreslår i delbetänkandet också att en ny lag införs för ändamålet.



## Utvecklingsprojekt inom psykiatrisatsningen – riktade

*Under 2005 och 2006 startade Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen riktade utvecklingsprojekt inom flera viktiga områden med fokus på personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. Projekten finansieras med de medel som i psykiatrisatsningen öronmärkts för verksamhetsutveckling (S2005/441/HS). Samtliga projekt ska slutredovisas till Socialstyrelsen i maj 2007.*

*Nedan följer en kort beskrivning av projekten.*

### **Rehabilitering**

Rehabiliteringsprojektet ska stimulera utvecklingen av arbetsrehabiliteringsmetodik för personer med psykisk ohälsa. Nationell psykiatrisamordning har under 2005 och 2006 inhämtat och sammanställt kunskap inom området rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder. En analys gällande hinder och möjligheter för rehabilitering publicerades i en rapport i mars 2006 (Nationell psykiatrisamordning, 2006:1).

Inom projektet bedrivs även flera delprojekt. Ett handlar om att inventera det utbud av rehabiliterande verksamhet som finns i olika kommuner. Vidare görs en jämförande studie som inkluderar brukarorganiserad verksamhet, sociala kooperativ, fontänhus och kommunal daglig verksamhet. En stor utbildningssatsning på evidensbaserad arbetsinriktad rehabilitering (supported employment) gör också inom ramen för projektet. *Projektägare: Socialstyrelsen.*

### **Brukarinflytande**

Syftet med projektet är att brukar- och anhöriginflytande etableras som ett kunskapsområde samt utvecklas så att det blir en mer naturlig del i psykiatris, socialtjänstens och de servicegivande

organisationernas styrning och verksamhetsuppföljning. I samarbete med ca 20 verksamheter inom kommuner, landsting och brukarorganisationer testas och vidareutvecklas följande metoder för stärkt brukarinflytande; brukarrevision, brukare som konsulter och utbildare samt funktionen brukarinflytandesamordnare, en s.k. BISAM. Projektet har också en utredande funktion och resultatet presenteras i en slutrapport som innehåller förslag på hur området bör utvecklas vidare. Utöver detta skall projektet bl.a. ta fram en guide till stöd för landstingens, kommunernas och brukarorganisationernas arbete för att utveckla brukarinflytandet. Projektet arbetar i nära samarbetar med brukar- och anhörigorganisationernas nationella nätverk. För mer information se [www.inflytandeguiden.se](http://www.inflytandeguiden.se).  
*Projektägare: Stockholms läns sjukvårdsområde i samarbete med Ersta Diakoni och Ersta Sköndal högskola.*

### **Boende**

Boendeprojektet inkluderar ett antal delprojekt med uppdrag att undersöka kvaliteten i boendet och boendestödet för personer med psykiskt funktionshinder. Studierna ska resultera i förslag, rekommendationer, och underlag till utbildningsåtgärder om hur verksamheterna kan utvecklas i framtiden. I projektet ingår bl.a. en kartläggning av boendeformer och boendestödsverksamheter samt ett antal uppföljningsstudier, bland annat om hur skillnader i kommunernas organisation påverkar verksamheten. I ett särskilt projekt kommer man att fokusera på att spåra framgångsfaktorer och goda exempel i syfte att sprida kunskap om dessa till kommunerna runt om i landet. *Projektägare: Växjö universitet.*

### **Nätverk för utveckling av metoder och verksamheter**

Tre olika nätverksprojekt har startats inom ramen för de riktade utvecklingsprojekten. Projekten syftar till att samla den kunskap och erfarenhet som finns i Sverige på respektive område, initiera ett nätverk mellan de aktuella verksamheterna och ta fram en mall för lokala vårdprogram. Nätverksprojekten ska även stödja och påskynda utvecklingsarbetet inom respektive område.

Inom följande områden har nätverksprojekt initierats:

- Personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk.  
*Projektägare: Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*
- Tidigt omhändertagande vid psykos.  
(Se även [www.topnatverket.se](http://www.topnatverket.se)).  
*Projektägare: Psykiatridivisionen, Uppsala läns landsting.*
- Adhd och autismspektrumstörning.  
*Projektägare: Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg.*

### Implementering av nationella nätverk

Utvärdering och uppföljning är två viktiga komponenter för att ta tillvara den samlade kunskap som framkommer i nätverksprojekten, men även för att bedöma vad som är praktiskt gångbart och hur man på bästa sätt kan implementera och stödja lyckade exempel. Därmed har Psykiatrisamordningen och Socialstyrelsen initierat en vetenskaplig studie om hur de tre nätverksprojekten genomförts i praktiken och i vilken utsträckning de uppsatta målen har kunnat nås. Studien ska bidra till ökad kunskap om nätverksorganisationers styrkor och brister. *Projektägare: Centrum för utvärderingsforskning, Umeå universitet.*

### Case managers för personer med psykisk störning och samtidigt missbruk

Ett projekt med syfte att förbättra vården och omsorgen för personer med komplexa vårdbehov pga. psykisk sjukdom och missbruk startade under 2005. Inom projektet har tre områden i landet valts ut för att delta i utvecklingsarbetet. Utbildning av sammanlagt 25 case managers har ägt rum och dessutom har politiker, tjänstemän och specialister får en specialutbildning om kombinationen psykisk sjukdom och missbruk. *Projektägare: Jönköpings kommun i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting.*

### Kvalitetsregister

Sedan 2001 har ett samarbete utvecklats mellan de fyra nu befintliga psykiatriska kvalitetsregistren: BUSA (Nationellt kvalitetsregister för behandling av barn och ungdomar med svår AD/HD), Bipolär (Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom), RIKSÄT (Nationellt kvalitetsregister för specialiserad ätstörningsbehandling) samt Schizofreni (Nationellt kvalitetsregister för schizofreni och psykossjukdom).

Registren samarbetar i den gemensamma organisationen KPV (Kvalitet i psykiatrisk vård) där syftet bl.a. har varit att specificera en uppsättning basvariabler samt utveckla en webbaserad datorapplikation för att mata in data och snabbt generera resultat. KPV har i ett riktat projekt beviljats medel för att utveckla de befintliga registren, stödja nya initiativ till ytterligare register, men framförallt att intensivt arbeta med att uppmuntra landets kliniker att delta i de register som finns (för mer information, se [www.kpvcentrum.se](http://www.kpvcentrum.se)). *Projektägare: Psykiatriskt forskningscentrum, Psykiatri och habilitering, Örebro läns landsting.*

### Personer med stora och omfattande behov på grund av psykisk sjukdom

För en liten grupp människor med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder är behoven så stora att personerna under långa perioder är beroende av omfattande vård och omsorgsinsatser från kommun och landsting. De utgör en grupp som är mycket resurskrävande, kräver extraordinära insatser, och är ofta svår att ge tillräcklig hjälp. Projektet ska ge en bild av hur man i Sverige tar hand om personer med stora omvårdnadsbehov. I uppdraget ingår att inventera problem och svårigheter, beskriva vilka behov som är svåra att tillgodose, samt uppskatta hur många personer det handlar om. Målet är att skapa konkreta modeller och förslag till hur stödet till personer med omfattande behov på grund av psykisk sjukdom kan förbättras. *Projektägare: Psykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.*

### Personer med psykisk sjukdom och utvecklingsstörning

Personer med utvecklingsstörning har en ökad biologisk sårbarhet för många sjukdomar. Det är också en grupp som löper ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa. För att personer med utvecklingsstörning som drabbas av psykisk ohälsa/psykisk sjukdom snabbt ska kunna få kompetent och lyhörd psykiatrisk bedömning och behandling har Psykiatrisamordningen och Socialstyrelsen initierat ett projekt för att se över området. Inom projektet ska man inventera pågående aktiviteter i landet och utarbeta en organisationsövergripande modell för behandling och insatser till målgruppen. Modellen ska vidare testas och utvärderas inom ramen för projektet. *Projektägare: Universitetssjukhuset, Lund.*

### Tidig intervention vid risk att skada sig själv eller någon annan

Projektet fokuserar på personer som söker till psykiatriska akutmottagningar, eller behandlas på allmänpsykiatriska mottagningar eller psykosmottagningar, och ska öka kunskaperna om risken för att de ska skada sig själva eller någon annan i patientgrupperna. Syftet är även att öka kunskapen om vilka insatser som ges och utforma praktiska kliniska råd. I uppdraget ingår att utforma och pröva en enkel checklista och blankett om vilka åtgärder som vidtas. *Projektägare: Psykiatridivisionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala.*

### Kriminalvårdsprojekt

Kriminalvården har fått i uppdrag att genomföra tre olika projekt i samarbete med kommun och landsting.

Det första projektet omfattar tre delprojekt i tre olika regioner. I varje region ska tre koordinatörer – en från kriminalvården, en från de deltagande kommunerna och en från de deltagande landstingen – skapa förutsättningar för gemensamma arbetsformer som främjar samlade insatser till psykiskt sjuka lagöverträdare eller personer med psykisk sjukdom som är i riskzonen att begå brott. *Projektägare: Kriminalvården, Landstinget Västmanland och Sala kommun.*

De två andra projekten berör ADHD-behandling på fängelser och är ett samarbetsprojekt mellan landstinget och kriminalvården som handlar om utredning och behandling av personer med adhd

skrivna i Stockholm. Projekten utförs vid kriminalvårdsanstalterna i Norrtälje och Håga. *Projektägare: Kriminalvården och Stockholms läns landsting.*

### Rättspsykiatri

Fyra delprojekt har startats inom området rättspsykiatri.

Det första projektet ska fokusera på innehållet i den vård som ges till personer som överlämnas till rättspsykiatrisk vård, och ska ange vilka insatser som bör ges på regionkliniker, länskliniker och på vanliga psykiatriska vårdavdelningar. Projektgruppen ska ta fram en modell för vårdprogram för att underlätta framtagandet av lokala vårdprogram. *Projektägare: Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall.*

Projekt nummer två studerar vårdkedjans utseende med fokus på personer dömda till vård i rättspsykiatrin eller kriminalvården, och personer med stora och/eller komplicerade behov med risk att hamna i kriminalitet. Syftet med projektet är att hitta en modell för en fungerande vårdkedja som inkluderar såväl landstingets psykiatri-, beroende- och kroppssjukvård som kommunens socialtjänst, beroendeheter och enheter för funktionshindrade, samt kriminalvårdens olika delar som anstalter och frivård. *Projektägare: Psykiatriska kliniken, Norra Älvsborgs Länssjukhus.*

Det tredje projektet inriktar sig på kompetensförsörjning. I det första skedet ska man kartlägga utbildningsnivån hos personalen inom de berörda verksamheterna. Därefter ska man utforma krav för innehåll och utformning av tre utbildningar: grundutbildning, kompletteringsutbildning och kompetensutveckling. Inom ramen för grundutbildningen kommer fyra testkurser hållas under 2006 och 2007. *Projektägare: Högskolecentrum i Vänersborg.*

Projekt nummer fyra ska lämna en skriftlig redogörelse för det internationella läget inom rättspsykiatrin. Beskrivningen inkluderar rättspsykiatrin i våra närmaste grannländer i Norden och i Europa samt i några andra länder som skulle kunna fungera som förebild för Sverige. Projektet har arrangerat ett seminarium under våren 2006. *Projektägare: Beroendecentrum, Stockholms läns landsting.*

### **Forskning om riskbedömningar i rättspsykiatri**

Projektet som startades under hösten 2006 syftar till att testa en riskskattningsskala inom allmänpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. Studien är en multicenterstudie där ett tiotal enheter deltar. Frågeställningarna är om instrument COVR (Classification of Violent Risk) kan förutsäga våldshandlingar inom en tvåårsperiod från utskrivningen. *Projektägare: Karolinska Institutet, Solna.*

### **Lättillgänglig information för personer med psykiskt funktionshinder**

Under 2006 startades ett projekt för att uppmuntra kommuner och landsting att skapa gemensamma guider med lättillgänglig information om vård, stöd och service till personer med psykiskt funktionshinder, deras anhöriga och personalen. Kommuner och landsting har under hösten 2006 haft möjlighet att ansöka om stimulansbidrag när de kan presentera en guide som är högst en månad gammal. Om guiden uppfyllt kraven på innehåll och utseende och varit lätt att hitta på nätet har ett stimulansbidrag betalats ut efter en fördelningsnyckel som bygger på invånarantal. *Projektägare: Eskilstuna kommun.*

### **Beräkning av kommunernas sammanlagda kostnad för vård och stödinsatser till psykiskt funktionshindrade**

I dag finns inga nationella sammanställningar av kommunernas totala kostnader för insatser till personer med psykiskt funktionshinder. För att få en överblick av de samlade kostnaderna för 2005 samt hur de fördelats på olika typer av insatser, har ett projekt initierats för att undersöka detta. Projektet ska också skapa en modell för hur uppgifter om kostnaderna skulle kunna samlas in årligen för att följa utvecklingen över tid. *Projektägare: Karlskoga kommun.*

### **Vad kostar det att ha ett psykiskt funktionshinder?**

Personer med psykiskt funktionshinder har betydligt sämre privat ekonomi än andra handikappgrupper i allmänhet och befolkningen i synnerhet. Problemen med privatekonomin riskerar att öka åter-

fallen i psykisk sjukdom och vara ett hinder för rehabiliteringen. Det initierade projektet har kartlagt vanligt förekommande kostnader för hälso- och sjukvård, kommunalt stöd och service samt kostnader för arvodering av god man eller förvaltare. Rapporten ingår i Psykiatrisamordningens rapportserie. Den publicerades i augusti 2006 och kan beställas från Fritzes. (Nationell psykiatrisamordning, 2006:4) *Projektägare: Intresseföreningen för schizofreni, Uppsala.*

### **Utveckling av systematiska bedömningsinstrument för utredning av kommunernas insatser för personer med psykiskt funktionshinder**

Projektet ska identifiera samt kvalitets- och relevansgranska befintliga systematiska bedömningsmetoder och bedömningsinstrument som kan användas vid två tillfällen. För det första ska de kunna användas vid individuella behovsbedömningar och uppföljning av insatser för personer med psykiskt funktionshinder där sociala, fysiska, medicinska och psykiska behov beaktas. För det andra ska de kunna användas vid inventeringar för att kartlägga behov och planera verksamheter för målgruppen. Ett antal kommuner kommer att delta och pröva instrumenten. Projektet ska utmynna i ett förslag på en modell för att även i fortsättningen stödja kommunernas implementering av systematiska behovsbedömningsinstrument för målgruppen. *Projektägare: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).*

### **Stöd till kommunernas inventering och uppsökande verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder**

Projektets mål är att ge kommunerna tillgång till ett praktiskt användbart instrument för att genomföra inventeringar och söka upp personer med psykiskt funktionshinder. Bland annat ska projektet stödja ett erfarenhetsutbyte mellan de kommuner som under 2005 och 2006 genomför en inventering av personer med psykiskt funktionshinder. Projektet ska, i ett begränsat antal kommuner, stödja metodutvecklingen av inventering och uppsökande verksamhet samt pröva 2–5 olika modeller för uppsökande verksamhet. Projektgruppen ska också ta fram en handbok eller ett webb-instrument som kommunerna kan använda som stöd för invente-



ringar. Där ska det även ingå strategier för en mer kontinuerlig bevakning av målgruppen och dess behov mellan inventeringstillfällena. *Projektägare: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).*

### **Kompetensutveckling för biståndsbedömare när det gäller psykiskt funktionshinder**

Nationell psykiatrisamordning har identifierat ett behov av kunskapsutveckling inom kommunernas arbete med att handlägga ärenden och bedöma behov för personer med psykiskt funktionshinder. Växjö universitet och Högskolan i Dalarna har fått i uppdrag att genomföra en pilotutbildning för handläggare och verksamhetsansvariga inom socialtjänsten som möter personer med psykiskt funktionshinder. *Projektägare: Växjö universitet.*

### **Barn till föräldrar med psykisk sjukdom**

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom är en särskilt utsatt anhöriggrupp. Under våren 2006 startades ett projekt för att öka kunskapsnivån inom området, erbjuda redskap för utvecklings- och kvalitetsarbete och underlätta för landsting och kommuner att utveckla sina verksamheter för att bättre möta behoven hos både barn och föräldrar. *Projektägare: Psykiatriska kliniken, Skellefteå lasarett.*

### **Skillnader i samhällets insatser till män och kvinnor med psykiskt funktionshinder**

Män och kvinnor med psykiskt funktionshinder lever ofta ett socialt utsatt liv. Det kan handla om isolering, fattigdom, stigmatisering och diskriminering av olika slag. I lägesrapporter från Socialstyrelsen har framkommit att kvinnor med funktionshinder riskerar att diskrimineras på grund av både sitt kön och funktionshinder och man har i rapporterna dokumenterat skillnader i insatser för män respektive kvinnor på en rad områden. Syftet med projektet är att med hjälp av statistiska uppgifter och befintlig forskning synliggöra skillnaderna i samhällets insatser till män och

kvinnor med psykiskt funktionshinder/psykisk ohälsa. *Projektägare: Skellefteå kommuns Handikappomsorg.*

### **Samverkanskonsult**

För att samla den kunskap och de erfarenheter som finns i Sverige kring olika samverkansmodeller, från samlokalisering till gemensamma nämnder, finansiell samordning och kommunalförbund, har ett projekt med en samverkanskonsultinitierats. Konsultens uppgift är att under ett års tid stödja verksamheter som har påbörjat ett utvecklingsarbete samt att stimulera fler landsting och kommuner till att finna lösningar på sina samverkansproblem. Samverkanskonsulten ska ordna större träffar för diskussion och erfarenhetsutbyte, men ska också kunna anlitas av kommunerna och landstingen för att hjälpa dem med lokala diskussioner om samverkan. *Projektägare: Norrtälje kommun.*

### **Personalförsörjning**

I direktiven till Nationell psykiatrisamordning ingår uppdraget att se över personalförsörjningen inom psykiatriområdet. Nationell psykiatrisamordning har bildat en arbetsgrupp tillsammans med Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen för att belysa olika aspekter på området.

Följande områden har identifierats som angelägna att arbeta vidare med:

- Tillgång till specialläkare, skötare och boendestödare.
- Innehållet i utbildningar, t.ex. arbetsterapeut, socionom och sjuksköterska.
- Hur psykiatriområdet ska kunna vara ett attraktivt arbetsområde för ungdomar.

Som en del i detta arbete har ett mindre projekt initierats:

### **Kartläggning av psykiatriprofessorer**

Syftet med projektet är att kartlägga och sammanställa en förteckning över de befintliga professorerna inom psykiatri samt deras huvudsakliga verksamhetsområde. Sammanställningen gäller både

professorer inom allmänpsykiatri, rättspsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och äldrepsykiatri. Inom projektet ska man också göra en inventering av vilka som finns på "tillväxt", dvs. hur många som inom en fem- till tioårsperiod skulle kunna bli professorer. *Projektägare: Institutet för neurovetenskap, Akademiska sjukhuset, Uppsala.*

### **Vidareutbildning för läkare**

Uppdraget gäller att skapa oberoende utbildningstillfällen för psykiatriker från barn-, vuxen-, äldre- beroende- och rättspsykiatrin. CME- kurserna (Continuous Medical Education) ska kunna användas i läkarnas kontinuerliga utbildning och stämma överens med de planer som finns inom Läkarförbundet för läkares fortbildning. Innehållet i kurserna ska utformas så att de kan fungera under många år. Fem kurser har genomförts under 2006 i samarbete med Svenska Psykiatriska föreningen. *Projektägare: Psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.*

### **Forskning och kunskapsspridning kring psykosociala insatser och case manager-metodik**

Behovet av ökad forskning och kunskapsspridning kring psykosociala insatser till personer med psykiskt funktionshinder stod klart tidigt och Psykiatrisamordningens ambition har varit att initiera en större satsning inom området. Olika aktiviteter vidtogs under hösten 2005 och våren 2006 för att finna ut en modell som svarade mot utvecklingsbehoven och som verkade attraktiv för aktuella verksamheter inom kommun, landsting och universitet. I september 2006 fattade regeringen beslut om en satsning på ett femårigt nationellt kunskapsprojekt avseende psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder (S2006/6893/HS, S2006/6959/HS) och ett femårigt projekt med en utbildnings-satsning för Case Managers ( S2006/1995/HS, S2006/6969/HS).

### **Nationellt kunskapscentrum för forskning och utveckling**

Under våren 2006 utlystes ett stort projekt riktat till universitet/högskola, eller annan forskningsmiljö i statlig, kommunal eller landstingskommunal regi. Utlysningen gällde skapandet av ett

nationellt center för kunskapsproduktion och kunskapsspridning på området ”psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder”. Sju ansökningar inkom och granskades av en sakkunnig grupp. I enlighet med sakkunnigas utlåtande föreslog Nationell Psykiatrisamordning att uppdragets skulle gå till Lunds universitet. Projektet är ett initiativ för att långsiktigt stimulera brukarnära och praktikrelevant forskning och verksamhetsutveckling, samt kunskapsspridning och utbildning med fokus på området. Målet med satsningen är ett hållbart nationellt stöd för att producera och sprida kunskap som är relevant för vård, stöd, service och rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder. En prioriterad uppgift är stöd till implementering av kunskapsbaserade metoder i de berörda organisationernas verksamhet för brukare. *Projektägare: Lunds universitet.*

### **Implementering av samhällsbaserade insatser och case manager-metodik**

Ett fullskaleförsök med syfte att systematiskt införa case management-metodik med ACT-inriktning påbörjades under hösten 2006 på Psykiatrisamordningens och Socialstyrelsens initiativ. Projektet ska utmynna i ett utvärderat och provat utbildningspaket med tre nivåer, innehållande en omfattande utbildning för den som ska arbeta som case manager, en kortare kurs med övergripande kunskap om case manager – modeller samt en introduktionskurs för övriga berörda personalgrupper, chefer, läkare, omgivande vårdgrannar, politiker m fl. Utbildningen ska riktas till både kommuner och landsting. Försöket ska följas upp, både när det gäller erfarenheter från planering, implementering, utbildning och brukarnas och närståendes erfarenheter, liksom effekterna i form av livskvalitet, symtomnivå, funktionsnivå och grad av tillfredsställelse med insatsen. Även kostnadsaspekterna ska beaktas. De utvärderingsuppdrag som gäller effekt- och effektivitetsfrågorna kommer att lämnas till oberoende forskare, och ingår inte i detta uppdrag. Att utvärdera och följa upp insatsen och implementeringen av arbetsmodellen ingår däremot i uppdraget. *Projektägare: Karlstad universitet.*

# Utvecklingsprojekt inom psykiatri- satsningen – via ansökningar

*Av de nationella medel som öronmärkts för verksamhetsutveckling har en tredjedel fördelats till projekt som kommuner, landsting och statliga myndigheter själva ansökt om att få starta. Syftet är att utveckla samverkan, boende, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet, arbetssätt och metodutveckling.*

*Följande projekt har tilldelats medel (uppdelade efter område)*

## Innehållet i vården

Projektets namn	Sökande/Huvudman
"Ett sundare liv – gemensam utbildningssatsning inom psykiatri och kommun för instiftande av livsstilsgrupper för riskpatienter för metabolt syndrom	Danderyds sjukhus, FoUU-sektionen, psykiatriska kliniken
Bipolär sjukdom hos unga vuxna: en modell för tidig upptäckt av nyinsjuknade och ett systematiskt program för omhändertagande och uppföljning	Norra Stockholms psykiatri, Affektivt centrum
Journaldokumentation utan fri text – IT-stöd för strukturerad dokumentation vid bipolärt syndrom	Norra Stockholms psykiatri
Integrativ/komplementär psykiatrisk vård	Högskolan Kristianstad, Forskningsplattformen
Försöksprojekt med kognitiv beteendeterapi i form av självhjälpsprogram via Internet inom primärvården i Norrbottens län	Norrbottens läns landsting, Division Primärvård
Fysisk aktivitet på recept för personer med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom	Lasarettet i Motala, Psykiatriska kliniken
Identifiering av patienter med risk för dålig långtidsprognos bland de som, för första gången, söker psykiatrisk hjälp för psykotiska symptom	Stockholms läns landsting, Danderyds sjukhus
Tvångsvård i svensk psykiatri – ett utvecklingsprojekt kring etiska dilemman	Örebro läns landsting, Psykiatriskt forskningscentrum
Utveckling och implementering av kvalificerad utredning tidigt i vårdförloppet för personer med svåra psykiska funktionshinder	Västra Götalandsregionen, NU-sjukvården

**Boende och sysselsättning**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
Vardagsaktiviteter i reell miljö som plattform för utveckling vid långvarig psykisk ohälsa – boendets betydelse belyst via boendes egna upplevelser av verkliga faktorer. – klientcentrerade interventioner med hjälp av OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model)	Umeå universitet, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering
Kommunala aktivitetscentra för personer med allvarlig psykisk sjukdom – en interventionsstudie	Lunds universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Nationellt kunskapscentrum med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel	Karlstads kommun, Arbetsmarknads- och socialförvaltningen, Avdelningen för socialpsykiatri

**Arbetsrehabilitering**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
Projekt Fenix unga	Strängnäs kommun, Socialtjänst & omsorg, Enhet kommunal psykiatri
Sammanställa en professionell beskrivning/manual av arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan	Västra Götalandsregionen, NU-sjukvården
Metodutveckling för vuxenutbildningen – Komvux – näringsliv	Finansiell samordning i Sundsvall

**Rehabiliteringsmetodik**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
Rehabiliteringsträdgårdar i allmänpsykiatrisk eftervård	Sveriges lantbruksuniversitet, Institutionen för Landskapsplanering, Alnarp
Specialpedagogiska metoder i rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder	Örebro kommun, rehabiliteringsverksamheten Steget
Kvalitetsdokument om stöd till återhämtning från psykisk ohälsa	Landstinget i Kalmar län

**Brukarinflytande**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
Reellt brukarinflytande – utvärdera och gå vidare!	Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs sjukhus Vuxenpsykiatriska kliniken
Patienter som konsulter i vården	Stockholms läns landsting, Norra Stockholms psykiatri
Mobilisering av det civila och offentliga samhället	Eskilstuna kommun, vuxenförvaltningen samt kommunledningskontoret

**Anhörigstöd**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
Utbildning i familjestöd för anhöriga till borderline-patienter – Family connections	Jakobsberg – Karolinska psykiatriska öppenvård
Bättre hjälp till människor med emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS) och deras anhöriga	Region Skåne, Universitetssjukhuset i Lund, Psykiatridivisionen
Starka band. Utbildning för anhöriga till patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning och självskadebeteende	Västra Götalandsregionen, NU-sjukvården, Psykiatriska kliniken

**Barn och unga**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
DVD-baserat informationsmaterial för effektivt bemötande av OCD hos barn och ungdomar	Linköpings Universitetssjukhus, BUP-kliniken
Aggressiva små barn	Akademiska sjukhuset i Uppsala, BUP
Multifamiljeterapi vid anorexia nervosa hos ungdomar	Lunds universitetssjukhus, Enheten för Anorexi och Bulimi
Internat om psykiskt sjuka ungdomar	Sandviken, Psykiatri och rehabilitering

**Insatser för kvinnor med psykiska funktionshinder**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
"Freja" – en verksamhet för stöd åt unga kvinnor med sociala handikapp och psykiska funktionshinder	Kävlinge kommun
Implementering av praktiska kunskapsbaserad utbildning om övergrepp mot kvinnor med psykiska funktionshinder, i utbildningar för sjuksköterskor, poliser och socionomer.	Växjö universitet, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete (IVOSA)
Fortbildning för personal som möter kvinnor med psykisk ohälsa	Stockholms kommun, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)

**Insatser för personer med psykiskt funktionshinder som har utländsk bakgrund**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
Åtgärder för att ge invånarna i Rosengårds stadsdel i Malmö samma psykiatriska vårdkonsumtion relaterad till vårdbehov som invånarna i övriga Malmö	Malmö högskola, område Hälsa och samhälle
Utveckling av psykiatrisk diagnostik i en mångkulturell vårdmiljö	Stockholms läns landsting, Norra Stockholms psykiatri, Transkulturellt centrum

**Attitydstudie**

Projektets namn	Sökande/Huvudman
Att skapa förutsättningar för att personer med psykiska funktionshinder ska kunna leva ett fullvärdigt liv i samhället: ett demonstrationsprojekt i samarbete mellan psykiatriska kliniken, sydväst och Ersta Sköndal högskola	Stockholm läns landsting, SLSO, Psykiatriska kliniken sydväst

**Rättspsykiatri**

<b>Projektets namn</b>	<b>Sökande/Huvudman</b>
Minimizing acts of violence: Development and implementation of a telephone-linked care (TLC) system for managing impulsivity among forensic psychiatric outpatients	Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för rättspsykiatri

**Neuropsykiatri**

<b>Projektets namn</b>	<b>Sökande/Huvudman</b>
Arbetsminnesträningprojekt	Region Skåne, Universitetssjukhuset i Lund, verksamhetsområde Psykiatri
Dialektisk psykopedagogisk behandling för personer med autismspektrumtillstånd och utbildning för boendestödjare	Norra Stockholms psykiatri
Studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder i högre utbildning	Sisus
Projekt Mentorsutbildning	Stockholms läns landsting, Handikapp & Habilitering



# Brukar- och anhörignätverket

## **Föreningen Balans**

Föreningen Balans är en anhörig- och patientförening som vänder sig till personer som upplevt depressioner eller omväxlande deprimerande och maniska perioder eller har drabbats av "utbrändhet" (utmattningsdepression) eller dystymi (lindrigare men ibland långvarig form av depression). Ett övergripande mål för Balans är att arbeta mot fördomar om psykiska sjukdomar, bryta tabun samt minska stigmatisering. 2006 hade föreningen cirka 600 medlemmar. För mer information gå in på: [www.foreningenbalans.nu](http://www.foreningenbalans.nu)

## **Föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (FUB)**

FUB är en intresseorganisation som arbetar för att barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning ska kunna leva ett gott liv. Föreningen bevakar utvecklingsstörda personers intressen i kommuner, landsting, riksdag och hos myndigheter inom olika samhällsområden. FUB har cirka 29 000 medlemmar i cirka 165 lokal-föreningar runt om i landet.

För mer information gå in på: [www.fub.se](http://www.fub.se)

## **Handikappförbundets samarbetsorgan (HSO)**

Handikappförbundets samarbetsorgan är en paraplyorganisation för självständiga handikappförbund. Uppdraget är främst att i gemensamma frågor företräda rörelsen inför regering, riksdag och centrala myndigheter. Det består av 43 handikappförbund med tillsammans 480 000 medlemmar.

För mer information gå in på: [www.hso.se](http://www.hso.se)

### **Kriminellas revansch i samhället (KRIS)**

KRIS är en ideell förening med syfte att hjälpa före detta kriminella och missbrukare tillbaka in i samhället. Föreningen består 2006 av 25 lokalföreningar och medlemsantalet är drygt 5 000.

För mer information gå in på: [www.kris.a.se](http://www.kris.a.se)

### **Nätverk för Sveriges Fontänhus**

Nätverket för Sveriges fontän hus är en riksorganisation för alla klubbhus som jobbar enligt Fountain Housemodellen. Fountain House är en certifierad modell inom psykiatrisk rehabilitering. Organisationen är öppen för män och kvinnor som har drabbats av psykisk ohälsa. I Sverige finns idag tio klubbhus som jobbar enligt denna modell.

För mer information gå in på: [www.sverigesfontanhus.se](http://www.sverigesfontanhus.se)

### **Riksförbundet Attention**

Riksförbundet Attention är en intresseförening för personer med neuropsykiatriska funktionshinder som ADHD, DAMP, Tourettes syndrom, tal- och språkstörningar, tvångssyndrom och Aspergers syndrom. Attention är också öppet för anhöriga och professionella. För närvarande har förbundet drygt 40 lokalföreningar och 4 500 medlemmar.

För mer information gå in på: [www.attention-riks.se](http://www.attention-riks.se)

### **Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL)**

RFHL vänder sig till människor som har problem med droger och läkemedel. Medlemmarna består till stor del av före detta narkomaner och av människor som har eller har haft ett läkemedelsberoende. Förutom att stötta medlemmarna bedriver RFHL sitt socialpolitiska arbete framförallt genom opinionsbildning och kunskapsspridning. Förbundet har 14 lokalföreningar runt om i landet.

För mer information gå in på: [www.rfhl.se](http://www.rfhl.se)

**Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)**

RSMH arbetar för att människor med psykisk ohälsa ska ges goda förutsättningar att komma tillbaka till ett gott liv. RSMH arbetar aktivt med att försöka påverka psykiatrin och kommunerna i olika frågor som berör människor med psykisk ohälsa. Verksamheten består av två delar, intressepolitik och kamratstöd. RSMH består av 145 lokalföreningar och har cirka 10 000 medlemmar.

För mer information gå in på: [www.rsmh.se](http://www.rsmh.se)

**Riksförbundet Föräldraföreningen Mot Narkotika (FMN)**

FMN är en partipolitiskt och religiöst obunden föräldraförening som med råd och stöd hjälper familjer med missbrukande barn och/eller andra anhöriga. Ett drygt 50-tal lokalföreningar, kontaktgrupper och kontaktpersoner är anslutna till förbundet. Föreningen har cirka 5 500 medlemmar.

För mer information gå in på: [www.fmn.org.se](http://www.fmn.org.se)

**Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES)**

SPES är en ideell organisation för stöd till de som mist en familjemedlem, släkting, partner eller god vän som tagit sitt liv. SPES vill öka kunskapen om suicid som ett samhälls- och folkhälsoproblem, om preventiva åtgärder samt motverka fördomar och tabuföreställningar. SPES verksamhet i landet drivs på ideell basis genom 14 kretsar, ett 50-tal kontaktpersoner, ett 30-tal informatörer samt telefonjour för efterlevande. Förbundet har cirka 1 500 medlemmar.

För mer information gå in på: [www.spes.nu](http://www.spes.nu)

**Riksföreningen Anorexi- och Bulimikontakt**

Anorexi- och Bulimikontakt är en ideell förening med syfte att sprida information och genomföra aktiviteter för att stödja personer med ätstörningar och deras anhöriga. Föreningen arbetar även förebyggande inom området. Idag finns 13 lokalföreningar i Sverige. Antalet medlemmar uppgår till drygt 1 600

För mer information gå in på: [www.abkontakt.se](http://www.abkontakt.se)

### **Riksföreningen Autism (RFA)**

Riksföreningen Autism (RFA) är en intresseförening för personer som själva har autism eller autismliknande tillstånd och deras närstående. RFA arbetar också aktivt för att påverka politiker och myndigheter i frågor som rör målgruppen. RFA har drygt 10 000 medlemmar fördelade på 24 lokala distrikt runt om i Sverige. För mer information gå in på: [www.autism.se](http://www.autism.se)

### **Schizofreniförbundet, intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser**

Förbundet är en rikstäckande intresse- och handikapporganisation som arbetar för att tillvarata intresset för dem som drabbats av schizofreni eller liknande psykossjukdomar, samt deras anhöriga. I Sverige finns ca 70 lokala IFS-föreningar och antalet medlemmar är cirka 5 000. För mer information gå in på: [www.schizofreniforbundet.org.se](http://www.schizofreniforbundet.org.se)

### **Svenska OCD-förbundet Ananke**

Svenska OCD-förbundet Ananke är en handikapporganisation som arbetar med att sprida information om tvångssyndrom/OCD (Obsessive Compulsive Disorder) och att stödja människor med OCD och deras anhöriga. Förbundet informerar också om evidensbaserad behandling. Idag har förbundet drygt 2 000 medlemmar, 11 lokalföreningar och ett 20-tal kontaktpersoner i hela landet. För mer information gå in på: [www.ananke.org](http://www.ananke.org)

### **Svenska Ångestsyndromsällskapet (ÅSS)**

Svenska Ångestsyndromsällskapet är en ideell förening som verkar syftar till att stödja personer som drabbats av olika ångestsjukdomar. ÅSS sprider kunskap om ångestsyndrom och informerar om vilka former av behandling som finns att tillgå. För närvarande har föreningen 13 lokalföreningar inom landet. För mer information gå in på: [www.angest.se/riks](http://www.angest.se/riks)

# Statens offentliga utredningar 2006

---

## *Kronologisk förteckning*

1. Skola & Samhälle. U.
2. Omprövning av medborgarskap. Ju.
3. Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. N.
4. Svenska partnerskap – en översikt. Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
5. Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning. Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. UD.
7. Studieavgifter i högskolan. U.
8. Mångfald och räckvidd. U.
9. Kontroll av varor vid inre gräns. Fi.
10. Ett förnyat programkontor. U.
11. Spel i en föränderlig värld. Fi.
12. Rattfylleri och sjöfylleri. Ju.
13. Djurskydd vid hästavel. Jo.
14. Samernas sedvanemarkar. Jo.
15. Detaljhandel med nikotinläkemedel. S.
16. Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. Fö.
17. Ny häkteslag. Ju.
18. Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. Fö.
19. Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. Ju.
20. Tonnageskatt. Fi.
21. Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. Ju.
22. En sammanhållen diskrimineringslagstiftning. Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. Ju
23. Nya skatteregler för idrotten. Fi.
24. Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. S.
25. Arbetslivsresurs. Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. N.
26. Sverige som värdland för internationella organisationer. UD.
27. Stöd till hälsobefrämjande tandvård. S.
28. Nya upphandlingsregler 2. Fi.
29. Teckenspråk och teckenspråkiga. Kunskaps- och forskningsöversikt. S.
30. Är rättvisan rättvis? Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. Ju.
31. Anställ unga! U.
32. God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. N.
33. Andra vägar att finansiera nya vägar. N.
34. Den professionella orkestermusiken i Sverige. U.
35. Värdepapper och kontrollavgifter. Fi.
36. För studenterna ...  
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. U.
37. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Ju.
38. Vuxnas lärande. En ny myndighet. U.
39. Ett utvidgat miljöansvar. M.
40. Utbildningens dilemma. Demokratiska ideal och andrafierande praxis. Ju.
41. Internationella sanktioner. UD.
42. Plats på scen. U.
43. Översyn av atomansvaret. M.
44. Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. N.
45. Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: ”Det ser lite olika ut ...” En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. U.

46. Jakten på makten. Ju.
47. Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. Ju.
48. Bidragsbrott. Fi.
49. Asylsökande barn med uppgivenhets-symtom – trauma, kultur, asylprocess. UD.
50. En ny lag om värdepappersmarknaden. + Författningsbilaga. Fi.
51. Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor. + Daisy. U.
52. Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. Ju.
53. Partierna nominerar. Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. Ju.
54. Teckenspråk och teckenspråkiga. Översyn av teckenspråkets ställning. S.
55. Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. Fi.
56. Ansvarsfull servering – fri från diskriminering. S.
57. En bättre tillsyn av missbrukarvården. S.
58. Sanktionsavgift i stället för straff – områdena livsmedel, foder och djurskydd. Jo.
59. Arbetslivets (o)synliga murar. Ju.
60. På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. Ju.
61. Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. UD
62. Testa och öva i norra Sverige. Center i Arvidsjaur. N.
63. Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. Ju.
64. Internationella kasinon i Sverige. En utvärdering. Fi.
65. Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. S.
66. Hästtävlingar – på lika villkor. Jo.
67. Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till finansiering av service till sjöfolk. N.
68. Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. U.
69. Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. Fi.
70. Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. Ju.
71. Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. S.
72. Öppna möjligheter med alkohol. N.
73. Den segregering integrationen. Om social sammanhållning och dess hinder. Ju.
74. En ny lag om värdepappersmarknaden. Supplement. Fi.
75. Jämställdhet i förskolan – om betydelsen av jämställdhet och genus i förskolans pedagogiska arbete. U.
76. Otillbörliga affärsmetoder. Jo.
77. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. U.
78. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Ju.
79. Integrationens svarta bok. Agenda för jämlikhet och social sammanhållning. Ju.
80. Patent och innovationer för tillväxt och välfärd. N.
81. Mervärdesskog.  
Del 1. Förslag och ställningstaganden.  
Del 2. Utredningens underlag A.  
Del 3. Utredningens underlag B, bilagor. N.
82. Patientdatalag. S.
83. Radio och TV i allmänhetens tjänst. Överlåtelse av rättigheter till offentligt framförande. U.
84. Deluppföljning av den kommunal-ekonomiska utjämningen – med förslag om organisation samt löne- och byggkostnadsutjämning. Fi.
85. Drogtestning av totalförsvarspliktiga. Fö.
86. Mera försäkring och mera arbete. S
87. Arbetskraftsinvandring till Sverige – förslag och konsekvenser. N.
88. Effektivare LEK. N.
89. Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerera. Fi.
90. På väg mot en enhetlig mervärdesskatt. Fi.
91. Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. S.
92. Skadeståndsansvar vid sjötransport av farligt gods. Ju.

93. Gästforskare – nya regler för inresa, vistelse och arbete. U.
94. Översvämningsshot. Risker och åtgärder för Mälaren, Hjälmaren och Vänern. M.
95. Detaljhandel med växtbaserade läkemedel. S.
96. Ett nytt grundlagsskydd för tryck- och yttrandefriheten?  
Tryck- och yttrandefrihetsberedningen inbjuder till debatt. Del 1+2. Ju.
97. Arbetstagares medverkan vid gränsöverskridande fusioner. N.
98. Ytterligare rättssäkerhetsgarantier vid användandet av hemliga tvångsmedel, m.m. Ju.
99. En ny konkurrenslag. N.
100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. S.

# Statens offentliga utredningar 2006

---

## Systematisk förteckning

### Justitiedepartementet

---

- Omprövning av medborgarskap. [2]  
Rattfylleri och sjöfylleri. [12]  
Ny häkteslag. [17]  
Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. [19]  
Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. [21]  
En sammanhållen diskrimineringslagstiftning.  
Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. [22]  
Är rättvisan rättvis?  
Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. [30]  
Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. [37]  
Utbildningens dilemma  
Demokratiska ideal och andrafierande praxis. [40]  
Jakten på makten. [46]  
Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. [47]  
Diskrimineringsens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. [52]  
Partierna nominerar.  
Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. [53]  
Arbetslivets (o)synliga murar. [59]  
På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. [60]  
Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. [63]  
Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. [70].  
Den segregerade integrationen.  
Om social sammanhållning och dess hinder. [73]

- Hälsa, vård och strukturell diskriminering. [78]  
Integrationens svarta bok. Agenda för jämlikhet och social sammanhållning. [79]  
Skadeståndsansvar vid sjötransport av farligt gods. [92]  
Ett nytt grundlagsskydd för tryck- och yttrandefriheten?  
Tryck- och yttrandefrihetsberedningen inbjuder till debatt. Del 1+2. [96]  
Ytterligare rättssäkerhetsgarantier vid användandet av hemliga tvångsmedel, m.m. [98]

### Utrikesdepartementet

---

- Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt.  
En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. [6]  
Sverige som värdland för internationella organisationer. [26]  
Internationella sanktioner. [41]  
Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. [49]  
Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. [61]

### Försvarsdepartementet

---

- Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. [16]  
Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. [18]  
Drogtestning av totalförsvarspliktiga. [85]

### Socialdepartementet

---

- Detaljhandel med nikotinläkemedel. [15]  
Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. [24]  
Stöd till hälsobefrämjande tandvård. [27]  
Teckenspråk och teckenspråkiga.  
Kunskaps- och forskningsöversikt. [29]  
Teckenspråk och teckenspråkiga.  
Översyn av teckenspråkets ställning. [54]



Ansvarsfull servering – fri från diskriminering. [56]  
En bättre tillsyn av missbrukarvården. [57]  
Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. [65]  
Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. [71]  
Patientdatalag. [82]  
Mera försäkring och mera arbete. [86]  
Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. [91]  
Detaljhandel med växtbaserade läkemedel. [95]  
Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. [100]

### **Finansdepartementet**

---

Kontroll av varor vid inre gräns. [9]  
Spel i en föränderlig värld. [11]  
Tonnageskatt. [20]  
Nya skatteregler för idrotten. [23]  
Nya upphandlingsregler 2. [28]  
Värdepapper och kontrolluppgifter. [35]  
Bidragsbrott. [48]  
En ny lag om värdepappersmarknaden. + Författningsbilaga. [50]  
Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. [55]  
Internationella kasinon i Sveige. En utvärdering. [64]  
Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. [69]  
En ny lag om värdepappersmarknaden. Supplement. [74]  
Deluppföljning av den kommunalekonomiska utjämningen – med förslag om organisation samt löne- och byggkostnadsutjämning. [84]  
Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerat. [89]  
På väg mot en enhetlig mervärdesskatt. [90]

### **Utbildnings- och kulturdepartementet**

---

Skola & Samhälle. [1]  
Studieavgifter i högskolan. [7]  
Mångfald och räckvidd. [8]  
Ett förnyat programkontor. [10]  
Anställ unga! [31]

Den professionella orkestermusiken i Sverige. [34]  
För studenterna...  
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. [36]  
Vuxnas lärande. En ny myndighet. [38]  
Plats på scen. [42]  
Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: ”Det ser lite olika ut...” En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. [45]  
Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor. + Daisy. [51]  
Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. [68]  
Jämställdhet i förskolan – om betydelsen av jämställdhet och genus i förskolans pedagogiska arbete. [75]  
Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. [77]  
Radio och TV i allmänhetens tjänst. Överlåtelse av rättigheter till offentligt framförande. [83]  
Gästforskare – nya regler för inresa, vistelse och arbete. [93]

### **Jordbruksdepartementet**

---

Djurskydd vid hästavel. [13]  
Samernas sedvanemarkor. [14]  
Sanktionsavgift i stället för straff – områdena livsmedel, foder och djurskydd. [58]  
Hästtävlingar – på lika villkor. [66]  
Otillbörliga affärsmetoder. [76]

### **Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet**

---

Ett utvidgat miljöansvar. [39]  
Översyn av atomansvaret. [43]  
Översvämningshot. Risker och åtgärder för Mälaren, Hjälmararen och Väneren. [94]

### **Näringsdepartementet**

---

Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. [3]  
Svenska partnerskap – en översikt. Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [4]

Organisering av regional utvecklingspolitik  
– balansera utveckling och förvaltning.  
Rapport 2 till Organisationsutredning-  
en för regional tillväxt. [5]

Arbetslivsresurs.

Ett statligt ägt bolag efter sammanslag-  
ning av Samhall Resurs AB (publ) och  
Arbetslivstjänster. [25]

God sed vid lönebildning – Utvärdering av  
Medlingsinstitutet. [32]

Andra vägar att finansiera nya vägar. [33]

Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan,  
utbildning, avtal m.m. [44]

Testa och öva i norra Sverige. Center i  
Arvidsjaur. [62]

Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till  
finansiering av service till sjöfolk. [67]

Öppna möjligheter med alkolås. [72]

Patent och innovationer för tillväxt och  
välfärd. [80]

Mervärdesskogh.

Del 1. Förslag och ställningstaganden.

Del 2. Utredningens underlag A.

Del 3. Utredningens underlag B, bilagor.  
[81]

Arbetskraftsinvandring till Sverige  
– förslag och konsekvenser. [87]

Effektivare LEK. [88]

Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerat  
[89]

Arbetsstagares medverkan vid gränsöver-  
skridande fusioner. [97]

En ny konkurrenslag. [99]

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-690 91 91  
Ordertel: 08-690 91 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.*

– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Tryckt av Edita Sverige AB  
Stockholm 2006

ISBN 978-91-38-22656-8  
ISSN 0375-250X