

Så vill vi ha det

Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet

Stockholm 2006-04-11

Innehåll

INLEDNING	4
En svag grupp	5
En stark grupp	5
Begrepp som vi använder	6
VÅR SYN PÅ DAGSLÄGET	
Psykiatrireformen	7
Hårt slag mot patient-, brukar- och anhörigrörelsen	7
Vad händer sedan?	8
Ett folkhälsoproblem	9
VÅRD OCH BEHANDLING	
Öppen- och slutenvård	11
Suicidalitet	13
Tvångsvård	14
Rättspsykiatri	15
Dubbel diagnoser och annan tilläggsproblematik	16
De anhörigas roll	17
Behandlingsmetoder	18
Utredning och diagnostik	19
Behandlingsplanering	20
Somatisk vård och tandvård	21
HJÄLP, STÖD, REHABILITERING OCH HABILITERING	
Daglig sysselsättning och arbete	22
Studier	23
Boendet	24
Personligt ombud	24
Stöd- och självhjälpgrupper	25
Kognitiva hjälpmedel	25
FÖREBYGGANDE OCH TIDIGA INSATSER	
Mödra- och barnvårdscentralerna	27
Familjecentraler	28
Barnomsorg, skola, förskola och fritid	28
Barn- och ungdomsombud	29
Stöd till föräldrar	29
Tidiga insatser	30
Primärvården	31

Socialtjänsten	31
Studenthälsovården	32
Särskilt utsatta grupper	32
Utländska modeller	33
Nationella hjälplinjen	33
Patient-, brukar- och anhörigmedverkan	34
SAMVERKAN KOMMUNER-LANDSTING	35
Patient-, brukar- och anhöriginflytande	35
Rättighetslagstiftningen	36
FORSKNING	37
UTBILDNING OCH KUNSKAP OM OSYNLIGA FUNKTIONSHINDER	
Mentorer	38
BEMÖTANDE	39
Återhämtning till ett självständigt liv	39
UNDERSKRIFT	41

INLEDNING

Först sedan halva projekttiden gått inledde Nationell psykiatrisamordning ett samarbete med undertecknade organisationer. Denna sena start av samarbetet med patient-, brukar- och anhörigrörelsen ser vi som en brist. Genom sitt initiativ har psykiatrisamordningen ändå fört organisationerna samman på ett sätt som inte skett tidigare, vilket förhoppningsvis blir en grund för fortsatt gemensamt agerande.

I detta dokument har vi i patient-, brukar- och anhörignätverket på psykiatrisamordningens uppdrag formulerat hur vi vill att vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet ska vara utformade i framtiden. Visionen är inte heltäckande. Vissa frågor inom området har på grund av tidsbrist och att de ännu inte diskuterats tillräckligt inom nätverket utelämnats eller berörts flyktigt. Exempel på sådana frågor är öppenvård med särskilda villkor och inskränkningar i ”patients rätt att använda elektronisk kommunikation samt att granska och kvarhålla brev eller andra försändelser från patient”. Dokumentet omfattar i denna första utgåva de punkter inom psykiatriområdet som vi anser är de mest centrala. Patient-, brukar- och anhöriginflytandet är ett viktigt område som nätverket har för avsikt att fördjupa och precisera ytterligare, bland annat inom ramen för psykiatrisamordningens projekt om brukarinflytande.

Inledningsvis skrev varje organisation ned sin framtidsvision med specifika krav och önskemål. Nästa steg var att utifrån detta material enas kring gemensamma ståndpunkter och föreslå förändringar som alla kan stå för. I den processen har de enskilda nätverksmedlemmarna tonat ned sina hjärtefrågor. Det innebär inte att krav och förslag som är organisationsspecifika går förlorade för psykiatrisamordningen. Dessa kommer att presenteras i nästa fas av arbetet.

Patient-, brukar- och anhörignätverket består av femton intresseorganisationer som på olika sätt arbetar med att förebygga och att förbättra villkoren för dem som lider av psykisk ohälsa. Vi ställer också mötesplatser till förfogande för anhöriga och brukare. Organisationerna består till största delen av personer som själva är eller har varit patienter, brukare och anhöriga. Men många närstående, professionella eller andra som vill stödja vårt arbete är också medlemmar. Några av organisationerna är i första hand anhörigorganisationer. De arbetar både med att stärka de anhörigas ställning och att förbättra vården och stödet för personer med psykiska sjukdomar eller funktionshinder. Vi vill understryka att organisationernas arbete har hög verkningsgrad även utanför medlemskretsen. Vi tillför allmänhet och institutioner information, kunskap och stöd.

En del organisationer arbetar övergripande och spänner över hela det psykiatriska fältet medan andra begränsar sig till specifika diagnosgrupper eller problemområden. Det hindrar inte att också diagnosbaserade organisationer kan arbeta med övergripande intressepolitiska frågor. Nätverkets mångfald är ett talande bevis för att det är missvisande att beskriva personer med psykiska funktionshinder som en enhetlig grupp med särskilda beteenden och egenskaper. Begreppet psykisk ohälsa är lika mångfasetterat som fysisk ohälsa.

Vi arbetar inom följande områden:

- Ångest, tvång, depression/manodepressiv sjukdom och ätstörningar
- Psykoser och personlighetsstörningar
- Rehabilitering-återhämtning
- Suicidprevention

- Neuropsykiatriska funktionshinder och autism
- Dubbeldiagnoser: psykisk ohälsa kombinerat med missbruk, utvecklingsstörning eller kriminalitet
- Anhörig/närstående-intressen

En svag grupp

Ofta beskrivs personer med psykisk ohälsa som en svag grupp i samhället som saknar starka påtryckare eller lobbyorganisationer. Svagheten skulle vara anledningen till att insatser för att förbättra den psykiska ohälsan alltid hamnar längst ner på politiska prioriteringslistor. I vissa avseenden är beskrivningen korrekt. I andra avseenden är det precis tvärtom.

Bilden av svaghet, okunskap, fördomar och negativa attityder som sprids, byggs på och hålls vid liv genom den kliché av personer med psykiska funktionshinder som huvudsakligen medierna har skapat. Därtill kommer en rad diskriminerande strukturer och systemfel.

Ekonomiskt, resurs-, status-, och inflytandemässigt är den här rörelsen svag. Som individer och organisationer har vi oftast sämre ekonomi än andra. När det handlar om individers agerande för sin rätt till god vård, stöd och behandling, och att hävda sig gentemot kränkningar och dåligt bemötande är vi en svag grupp.

De skam- och skuld känslor och den dåliga självkänsla som samhällets attityder medverkar till är för de flesta ett hinder för att utkräva sina rättigheter. Som individuell brukare av psykiatrisk vård, stöd och behandling befinner sig de flesta i ett beroendeförhållande till myndigheter och profession. Det är lätt att bli snäll och foglig. Psykiatriområdet har ett stort demokratiskt underskott.

En stark grupp

Sett till det arbete som utförs av patient-, brukar-, och anhörigorganisationer inom psykiatriområdet är vi däremot en stark grupp. På riksplplanet är våra organisationer drivande när det gäller nytänkande och utveckling. Trots de statsbidrag som en del av organisationerna får tvingas vi arbeta underfinansierat. Att aktivt söka medel från olika fonder tar mycket tid från våra riktiga uppgifter. Genom att arbeta kostnadseffektivt har organisationerna trots detta kunnat driva projekt som tillfört samhället och professionen ny kunskap och nya metoder. Andra organisationer arbetar med helt ideella resurser – reglerna för statsbidrag till organisationer behöver snarast arbetas om så att villkoren blir jämlika.

Patient-, brukar- och anhörigorganisationerna tillvaratar naturligtvis i första hand sina medlemmars intressen. På senare år har samhället i allt högre grad efterfrågat organisationernas medverkan. Man har upptäckt att det hos oss finns unika kunskaper, erfarenheter och resurser. Politiker, myndigheter, forskning, profession, medier och allmänhet har fått service i form av kunskap och erfarenhet om psykisk sjukdom och funktionshinder. Förståelsen för att organisationerna behöver finansiering för att tillgodose dessa anspråk lyser i stor utsträckning med sin frånvaro – inte minst från statsmakten.

Stigmatiseringen, den konsekvent låga prioriteringen, det demokratiska underskottet och förhållandet att allt fler människor upplever psykisk ohälsa ökar behovet av att konsultera en fristående instans när man vill ha kunskap om psykisk ohälsa. Därigenom har vi som nämnts i allt högre grad blivit en resurs för samhället. Vi samverkar även i stor utsträckning med en lång rad aktörer som till exempel olika myndigheter, kommuner och medier.

Begrepp som vi använder

Det är svårt att finna ett gemensamt ord för psykiska problem. Ordens värdeladdningar ändras ofta med tiden. De får en dålig klang, och kan upplevas som kränkande. Därför sker en fortlöpande utveckling.

På senare år har termen psykisk sjukdom ofta ersatts med psykisk störning. Inom juridiken används begreppet allvarlig psykisk störning. Detta för att täcka in både det medicinska begreppet, enligt vilket sjukdomen förorsakas av kroppsliga förändringar, och det psykosociala begreppet som ser yttre påfrestningar och själsligt lidande som grundorsak.

I vår framställning används begreppet psykiskt funktionshindrad som en samlande beteckning för alla som i varierande utsträckning behöver, får eller har fått psykiatrisk vård, stöd och behandling. Här inkluderas även neuropsykiatriska funktionshinder liksom den stora ångest- och depressionsgruppen. Trots att begreppet av många upplevs som byråkratiskt och nervärderande använder vi det tills vidare i brist på bättre alternativ.

I texten benämns personer med psykiska funktionshinder både patienter och brukare. Mellan dessa kategorier finns ingen entydig gräns. Några av nätverkets medlemmar är mer inriktade på att förbättra de medicinska insatserna. För dem är det naturligt att använda beteckningen patient på en person som andra mer psykosocialt orienterade organisationer hellre benämner brukare. Därför har vi valt att konsekvent använda båda beteckningarna.

För de organisationer som är inriktade på neuropsykiatriska funktionshinder är utveckling och habilitering relevanta begrepp medan övriga talar om återhämtning och rehabilitering.

När vi i detta dokument använder begreppet psykisk sjukdom/funktionshinder så avser vi den definition som presenterats av Nationell psykiatrisamordning. Enligt den har en person 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. Dessutom anser nätverket att även suicidalitet ska inbegripas i definitionen.

VÅR SYN PÅ DAGSLÄGET

Dessbättre har gamla tiders primitiva och inhumana så kallade behandlingsmetoder ersatts med ett mer humant, kunskapsrelaterat synsätt på psykisk sjukdom/funktionshinder. Dessvärre är utvecklingen på området ur våra medlemmars perspektiv ändå långt ifrån tillfredsställande. Fortfarande präglas deras verklighet av oförståelse för fundamentala behov, okunskap om funktionshindret, maktlöshet, sysslolöshet, stigmatisering och skamkänslor. Oavsett om det gäller mötet med en hårt ansträngd vårdapparat, en ekonomiskt pressad kommunal socialtjänst eller rehabilitering får de ständiga påminnelser om sin position längst ned på samhällsstegen. Eftersom deras ekonomiska och politiska ställning är så svag drar de som individer i snart sagt varje sammanhang det kortaste strået. Signifikativt är att de i den politiska debatten, och framförallt i massmediernas dramaturgi, sällan framställs som just individer med framtidsutsikter utan som ett samhällsproblem som behöver åtgärdas. ”Vi och dom”-tänkandet präglar fortfarande i hög grad den allmänna synen på personer med psykisk sjukdom/funktionshinder.

Psykiatrireformen

När psykiatrireformen trädde i kraft för mer än tio år sedan signalerades många goda föresatser. Nyckelorden var samverkan, vårdplanering, brukar- och anhöriginflytande, sysselsättning-rehabilitering och boendestöd. Allt för att främja personer med psykiska funktionshinderns åter- övergång till ett socialt liv på sina egna villkor. Olyckligtvis sammanföll reformen med den omfattande saneringen av statsfinanserna, som slog hårt mot kommuner och landsting. Dessutom saknades såväl genomarbetade strategier för genomförandet som en central samordningsfunktion. Följden blev att mycket av det lovvärda tankegodset aldrig omsattes i praktisk handling.

Socialstyrelsens återkommande utvärderingar påpekar i stort sett samma brister gång på gång. En sådan är oförmågan att åstadkomma anpassat arbete eller annan daglig verksamhet – något som mer än hälften av alla personer med psykiska funktionshinder fortfarande saknar. En annan är att nuvarande uppdelning av insatserna mellan socialtjänst, primärvård och psykiatri försvårat både tillgänglighet och vårdplanering. När det gäller rehabilitering fungerar inte samarbetet med arbetsförmedlingen och försäkringskassan – allt för många har fallit mellan stolarna. I sina rapporter har Socialstyrelsen också pekat på att patienters, brukares och anhörigas inflytande över vård, stöd och behandling inte ökat nämnvärt sedan reformen trädde i kraft. Goda exempel på motsatsen saknas dessbättre inte. Tyvärr har viljan att lära av dessa hittills varit begränsad.

Hårt slag mot patient-, brukar- och anhörigrörelsen

Tillkortakommandena till trots har psykiatrireformen ändå inneburit ett steg framåt för personer med psykisk sjukdom/funktionshinder. Den stora vinsten är att dessa har synliggjorts, och uppmärksammats i medier och samhällsdebatt på ett helt annat sätt än tidigare. Statsbidragen till RSMH och Schizofreniförbundet i reformens inledning, liksom den riksomfattande Psykekampanjen, bidrog till avdramatisering av och ökad kunskap om psykisk sjukdom/funktionshinder i ett bredare perspektiv.

Parallellt med utmärkta skildringar av psykisk sjukdom/funktionshinder kom framför allt dagspressens fokus allt mer att koncentreras till hemlöshet, drogmissbruk, oprovocerat våld

och andra påstått negativa effekter av psykiatrireformen. Denna trend kulminerade med mordet på Anna Lindh och övriga tragiska våldsdåd samma år. Dessa händelser blev även ett hårt slag mot patient-, brukar- och anhörigrörelsen. Plötsligt befann vi oss åter på ruta ett. ”Vi och dom”-tänkandet florerade som aldrig förr. Gamla fördomar kring psykisk sjukdom vann åter legitimitet. Den offentliga debatten handlade mest om inlåsning och tvångsmedicinering – en snedvridning som direkt slog tillbaka på och orsakade onödigt lidande för många personer med psykiska funktionshinder.

Vad händer sedan?

Kraven på politiska initiativ tilltog. I det läget tillsatte regeringen i oktober 2003 en nationell psykiatrisamordnare som skulle se över psykiatriområdet och föreslå förbättringar. Efter att ha gjort en lägesbestämning som i stora drag anslöt sig till Socialstyrelsens tidigare utvärderingar förordade psykiatrisamordningen ett extra tillskott på cirka sex miljarder kr fördelade på åtta år till kommuner och landsting för att komma till rätta med bristerna inom psykiatrin. Av dessa medel har regeringen endast beviljat knappt 600 miljoner kr under en tvåårsperiod, vilket vittnar om att man inte har tagit till sig psykiatrisamordningens uppmaning att markera ”viljeinriktning och långsiktiga mål”. En väsentlig del av de problem som psykiatrin står inför idag kan förklaras i ekonomiska termer. Sedan 70-talet har psykiatris andel av sjukvårdens totala resurser i Sverige sjunkit dramatiskt. Samtidigt svarar psykisk ohälsa för en tredjedel av alla långtidssjukskrivningar och för de flesta av det som tidigare benämndes förtidspensioneringar.

De flesta är överens om att det inom ramen för landstings och kommuners befintliga resurser går att hjälpa fler personer med psykisk sjukdom/funktionshinder på ett adekvat sätt. Men övergången till en mänskligare och mer verksam vård tar tid. Under tiden är slutenvårdsavdelningar överbelagda och väldigt många människor lotsas inte ens fram till rätt specialiseringsnivå inom området – alternativt får de en vårdkontakt och behandling som inte följs upp. Problemen och det mänskliga lidandet växer för varje dag. Det är inte försvarbart. Därför måste sektorn under en övergångsperiod på åtta år tillföras 8 miljarder kronor. Huvuddelen av dessa medel bör gå till att förstärka basverksamheter, bygga ut och utveckla den vårdmässiga efterblivenhet som på många ställen präglar slutenvården, öka antalet specialister per tusen invånare, vidga och utveckla den psykiatriska öppenvården så att den samspelar på ett effektivare sätt med kommunernas socialpsykiatriska verksamheter, öka antalet psykologer, kuratorer och terapeuter inom psykiatri och primärvård, radikalt satsa på utbildning av fler terapeuter med kognitiv inriktning och i högre grad tillgodose behovet av främst psykologisk och pedagogisk behandling.

Den 30 oktober 2006 avslutas Nationell psykiatrisamordnings uppdrag. Vad händer därefter? Vad händer med alla lovvärda initiativ som tagits – på patient-, brukar- och anhöriginflytandets område inte minst? Vad händer med allt som påbörjats under de här tre åren? På goda grunder fruktar vi en repris av psykiatrireformen. I brist på politisk vilja, ekonomiska medel, långsiktigt strategiskt tänkande och en central samordningsfunktion riskerar vi att än en gång få se en från början god sak rinna ut i sanden. Vi menar att just denna politiska uraktlåtenhet att utifrån ett övergripande samordningsansvar på ministernivå utarbeta nationella riktlinjer för den psykiatriska vården och det sociala stödet blottar ett allvarligt systemfel i synen på psykisk ohälsa i vårt samhälle.

Ett folkhälsoproblem

Gapet mellan ställda krav och beviljade resurser inom psykiatriområdet vidgas tveklöst allt mer. I ett hårdnande samhällsklimat med konkurrens, utslagning, arbetslöshet, splittrade familjer och existentiell vilshenhet mår svenska folket allt sämre i psykiskt hänseende – vilket tydligt framgår av Socialstyrelsens hälsoundersökningar. Detta gäller framförallt barn och ungdomar. Värst utsatta är flickor och unga kvinnor. Ätstörningar och självskadebeteende är på väg att bli ett stort samhällsproblem. Liksom det tilltagande drogmissbruket med dithörande kriminalitet – allt fler unga medicinerar sin ”livsångest” med narkotika och alkohol och tillägnar sig därigenom en destruktiv livsföring på fel sida om lagens rāmärken. Läggt därtill att självmorden ökar oroande bland unga människor – det händer till och med att förskolebarn säger att de inte vill leva längre. I Socialstyrelsens rapport från april 2006 visas bland annat att antalet unga kvinnor i åldern 15-24 år som försökt ta sitt liv ökade med 44 procent under åren 1998-2003. Idag är suicid den vanligaste dödsorsaken i åldrarna 15-44 år.

Fenomenet är nu inte specifikt för Sverige. Psykisk ohälsa svarar (enligt Världsbanken och Harvard Medical School) för närvarande för en tiondel av all sjukdomsörda i världen. Sedan 90-talet har andelen svenskar som lider av depressioner, ångest och annan psykisk ohälsa ökat konstant. Även i regeringens folkhälsoproposition konstateras att det skett en betydande förändring av befolkningens psykiska hälsa. Följdriktigt är psykisk ohälsa den sjukdomsorsak som ökar mest. För närvarande svarar den för en tredjedel av alla långtidssjukskrivningar och för de flesta av alla förtidspensioneringar. Enligt beräkningar uppgår sjukvårdens och samhällets årliga kostnader för psykisk ohälsa till cirka 45 miljarder kronor. Dessa siffror borde ha föranlett ett tvärpolitiskt krisrecept i stil med det som utarbetades i samband med saneringen av statsskulden. Så har dock ännu inte varit fallet.

Fortfarande lyser långsiktiga strategier för att bemöta detta hot mot folkhälsan med sin frånvaro. I målbeskrivningen för det nya folkhälsoarbetet bevärdigas psykisk hälsa inte ens ett omnämmande. Det gör däremot en i sammanhanget tämligen perifer företeelse som spelberoende – som dessutom staten själv i hög grad bidrar till genom sin omfattande spelverksamhet. Vi är medvetna om att inte heller andra stora hälsoproblem som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar finns specificerade bland folkhälsomålen. Men detta är heller inte nödvändigt. I ett klimat av ständiga ekonomiska prioriteringar är det mer eller mindre en naturlag att hjärt- och cancerpatienten går före patienten med panikångest, eller, ännu självklarare, patienten som mår dåligt i samband med en livskris eller är suicidal. Med tanke på områdets komplexitet – begreppet psykisk hälsa spänner över ett brett samhällsfält och låter sig inte ringas in med traditionell diagnostik – måste det bli föremål för en särskild folkhälsosatsning.

En starkt bidragande orsak till de systemfel på psykiatriområdet som påtalats är enligt vår mening att patient-, brukar- och anhörigorganisationerna så länge varit osynliggjorda och hållits utanför de beslut som fattats kring deras medlemmars liv. Ofta har vi en helt annan verklighetsbild än beslutande politiker och tjänstemän. Om vår kunskap tagits tillvara på rätt sätt hade säkerligen många misstag kunnat undvikas.

Nätverket anser att:

- patient-, brukar- och anhörigorganisationerna ska ha ett större inflytande över de centrala beslut som fattas om områdets utveckling och framtid
- psykisk hälsa blir ett uttalat folkhälsomål

- långsiktiga strategier och mål ska utarbetas för att komma till rätta med den tilltagande psykiska ohälsan i Sverige, och de stora brister 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.

VÅRD OCH BEHANDLING

I avsaknad av en nationell samordningsfunktion kan ingen idag med bestämdhet säga hur vård, stöd och behandling till personer med psykiska funktionshinder ser ut i ett riksperspektiv. Mediernas skräckskildringar av hjälpsökande som avvisas med ibland katastrofala följder kan lätt få oss att tro att den psykiatriska vården rasat samman. Så är dessbättre inte fallet. I skuggan av de spektakulära och löpsedelsmässiga händelserna döljer sig även många positiva och framåtsträvande initiativ. De sistnämnda lyfts dock sällan fram i rampljuset. Därför framstår helhetsbilden som skev och motsägelsefull.

Inte desto mindre har såväl Socialstyrelsen som Nationell psykiatrisamordning konstaterat att psykiska funktionshinder inte står lika högt upp på vare sig beslutsfattares eller praktiska vårdarbetares dagordning som kroppsliga åkommor. Och att områdets status därför måste höjas överlag. Enligt samma källor är det stora regionala skillnader på vårdens, stödets och behandlingens kvalitet och utformning. Till och med inom ett och samma landsting kan variationerna vara betydande när det gäller till exempel kontinuitet och samverkan mellan huvudmännen. Många personer med psykiska funktionshinder har därför svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. De flesta får dessutom vård allt för sent.

Vi menar att nämnda förhållanden bekräftar behovet av en nationell samordnings- och tillsynsfunktion, liknande den som fanns inom gamla Medicinalstyrelsen, för hela psykiatriområdet. En sådan funktion skulle då inte stanna vid att utfärda rekommendationer utan utarbeta nationella riktlinjer och fastslå en generell miniminivå för kvalitén på vården, stödet och behandlingen. Denna myndighet skulle även ha huvudansvaret för att riktlinjerna följs, och ansvara för uppföljning och utvärdering av olika vårdalternativ, men även initiera forskning, svara för utbildningsinsatser och etablera en nationell kunskapsbas på området. Avsaknaden av en dylik övergripande myndighet har tveklöst sin beskärda del i de problem och brister som vi kommer att beröra i det följande.

Den nya funktionen måste från start ha ett avtalat samarbete med patient- brukar- och anhörigorganisationerna. Organisationernas representanter kan ha en rådgivande ställning eller vara delaktiga i beslut enligt modell partssammansatt organ. De kan också på delegation ta över ansvar och befogenhet för överenskomna frågor. Vilka inflytandemodeller som ska gälla för specifika områden bör bli föremål för fortsatta diskussioner. En förutsättning för att patient-, brukar- och anhörigorganisationerna ska kunna komma till sin rätt i detta sammanhang är att de tilldelas nödvändiga ekonomiska resurser.

Nätverket anser att:

- en nationell samordnings- och tillsynsfunktion omfattande hela psykiatriområdet bör inrättas
- nationella riktlinjer för hur öppen- och slutenvården ska vara organiserad och utformad i syfte att upprätthålla en generell minimistandard bör införas
- det ska vara krav på att vård- och behandlingspersonal har adekvat utbildning.

Öppen- och slutenvård

En vanlig uppfattning bland nätverkets medlemmar är att psykiatrin idag fungerar otillfredsställande på de flesta håll. Detta gäller både öppen- och slutenvården. Till den

förstnämnda är köerna orimligt långa. Patienter med ångest och depressioner kan – om de överhuvudtaget passerar nålsögat – få vänta månader, ja, år, på en adekvat behandling. Under den tiden hinner besvären anta akuta proportioner.

Inte ens när besvären nått akutstadiet är hjälpen självklar. En allmän sanning är att en hjälpsökande måste ha sjunkit djupt ned i sitt sjukdomstillstånd innan psykiatri reagerar. Det är inte ovanligt att psykotiska, maniska och suicidala patienter får vända vid sjukhusporten eftersom alla vårdplatser är upptagna. Lägg därtill att dessa patienter i hög grad även är utestängda från allmänmedicinsk vård. Flera undersökningar visar att de inom primärvården närmast betraktas som persona non grata. Till och med vid svåra skallskador händer det att de vägras plats vid kirurgen, eller skrivs ut för att de är ”stökiga”. Både inom öppen- och slutenvården är kunskaperna om och förmågan att bemöta suicidalitet bristfälliga – vilket inte sällan får tragiska följder.

Under mer än två decennier har slutenvården dränerats på resurser. Ursprungstanken var god. De avvecklade vårdplatserna skulle successivt ersättas med utökad öppenvård, kvalificerade insatser i hemmen och andra vårdformer. Så har inte skett i tillräcklig utsträckning.

Idag saknas nationella riktlinjer för hur slutenvården ska vara organiserad och utformad. Det tycks vara upp till varje sjukvårdsområde och verksamhetschef att avgöra den detaljen. Därför är variationerna stora, och kvalitén ojämn, i ett riksperspektiv. Några har valt att integrera slutenvården med öppenvården. Andra har behållit de så kallade allvårdsavdelningarna, där patienter med olika diagnoser blandas urskillningslöst. Sistnämnda erbjuder ofta dåliga vårdmiljöer där hjälpen inskränker sig till medicinering och förvaring – med dithörande traumatiska upplevelser för speciellt unga förstagångspatienter. Genom tidig intervention och mer avpassade vårdformer kan detta första, och chockartade, möte med psykiatri avdramatiseras väsentligt. Vid tillfälliga återfall kan korttidsboenden med övervakning vara ett alternativ – under förutsättning att boendepersonalen har den rätta kompetensen.

En tendens i tiden är att kliniker slås samman till större områden för att därigenom skapa patientunderlag för ett större sjukhus där patienterna kan sorteras in på avdelningarna efter diagnos och vårdtyngd. Många patienter ser detta som ett steg framåt. Andra fruktar en återgång till den gamla institutionspsykiatri.

I vilken utsträckning psykiatrins personal ska vara generalister på psykisk ohälsa eller subspecialiserade på en viss diagnos är en gammal stridsfråga inom psykiatri. Nätverket anser att patienternas behov och önskemål ska vara styrande. Så är inte alltid fallet. Forskningsintressen, chefspersoners behov av att profilera sig, kortsiktiga ekonomiska intressen, konflikter mellan olika huvudmän eller lokala/regionala näringspolitiska hänsyn har ibland satts före patienternas krav på en god och säker vård.

Stora slutenvårdsavdelningar där patienter med olika behov och problematik blandas har upplevts negativt av många patienter. Ett sätt att lösa detta problem är differentierade slutenvårdsenheter med färre platser. De negativa erfarenheterna gäller även öppna verksamheter eller mellanvårdformer som saknar specifik kunskap om vissa av de sjukdomstillstånd de ska behandla. Många har fått vänta i flera år innan de fått kontakt med en verksamhet som de upplever har kompetens att möta deras behov.

Behovet av verksamheter med specialiserad kunskap måste vägas mot behovet av närhet och lättillgänglighet. Vi vill inte se en subspecialisering som resulterar i långt driven centralisering till några få sjukhus. Samtidigt anser vi att kvalitén på den psykiatriska vården ska höjas till samma nivå som till exempel hjärtsjukvården. Ett sätt att få en mer differentierad psykiatri är att skapa team med specialkunskap dit patienter med en viss problematik kan remitteras. Teamen kan också fungera som handledare eller konsulter som förmedlar och utvecklar kunskap bland kollegor med andra specialområden. Dessa team kan vidare vara fasta, mobila eller tillskapas som tvärgrupper av medarbetare från exempelvis öppenvårdmottagningarna inom ett landsting, socialtjänsten, elevhälsovården, med flera områden. Särskilda resurser bör satsas på att erbjuda de specialiserade teamen fortbildning och erfarenhetsutbyte.

Otvivelaktigt behövs fler vårdplatser för att akut- och slutenvården ska fungera tillfredsställande. Vår uppfattning är att denna utbyggnad ska präglas av nytänkande och ett flexibelt arbetssätt som utgår från patientens, inte psykiatrins, behov. Dessa kriterier uppfylls bäst i mindre enheter, gärna i närmiljön, med färgsättning och inredning som har en lugnande effekt på patienterna. Vården bör sträva efter minskad medikalisering och större allmänmänsklig kontakt mellan personal och patienter, och ge utrymme för psykoterapi, arbetsterapi och andra aktiviteter. Personalens bemötande bör genomsyras av ett pedagogiskt förhållningssätt.

Det är också viktigt att i psykiatrin inkludera mer av psykoedukativa/pedagogiska strategier tillsammans med exempelvis kommunikationstödjande hjälpmedel för att så långt som möjligt kompensera negativa konsekvenser av en funktionsnedsättning. För att förstå patientens behov måste betydligt bättre bedömningar/utredningar, företrädesvis av tvärprofessionella team, än vad fallet är idag kunna erbjudas. För att kunna ge adekvat stöd och kommunicera på rätt sätt är det nödvändigt att förstå varje individs unika emotionella, sociala och kognitiva förutsättningar. Idag är personer med psykiska funktionshinder ofta dåligt utredda. Det är inte ovanligt att personer med utvecklingsstörning och autism klassas som psykiskt sjuka på grund av sitt annorlunda beteende orsakat av ett kognitivt funktionshinder. De behandlas ofta med psykofarmaka helt i onödan. Med rätt anpassat stöd och kommunikationsstödjande hjälpmedel kan hos en sådan person de ”psykiska symptomen” försvinna helt.

Nätverket anser att:

- i en kommande utbyggnad av antalet vårdplatser ska verksamheten präglas av nytänkande, tillvaratagande av nya erfarenheter, och ett flexibelt arbetssätt som utgår från patientens, inte psykiatrins, behov
- mindre enheter med en god miljö, och korttidsboenden med kvalificerad personal vid tillfälliga återinsjuknanden ska prioriteras
- dessa nya vårdmodeller ska sträva efter minskad medikalisering och större allmänmänsklig kontakt mellan personal och patienter, samt ge utrymme för och möjligheter till samtals-, arbetsterapi och andra aktiviteter.

Suicidalitet

Suicid är den största dödsorsaken inom psykiatrin. Mot denna bakgrund kan det tyckas anmärkningsvärt att det fortfarande finns så stora brister i den psykiatriska personalens kunskaper om suicidalitet. Man talar sällan otvunget med suicidnära patienter och deras

anhöriga, och möter bara undantagsvis personen i dennes livssituation. När kommunikationen uteblir tilltar även hopplösheten och besvikelsen. Sista halmstrået brister. Suicidrisken ökar.

Vården behöver i första hand utveckla samspelet mellan den suicidnära personen, anhöriga och vårdpersonalen. Bemötandet och samtalet är de viktigaste redskapen i detta relationsskapande arbete, där pålitlighet och kontinuitet bör vara själva hörnstenarna. Det är också viktigt att personalens förmåga att sätta sig in i hur den suicidnära människan tänker och känner förbättras. Först då kan man börja arbeta kognitivt med att försöka ändra de negativa tankarna.

För att minimera suicidrisken på våra vårdavdelningar måste även det allmänna säkerhetstänkandet förbättras där. Det handlar inte om en rigorös övervakning av patienterna utan om en förhöjd medvetenhet om dels vilka medel och föremål som kan användas i suicidalt syfte, dels vad som kan göras för att minska suicidaliteten.

Vi anser att det ska vara samma kvalitet på vården av suicidala patienter som av patienter på hjärtintensiven, och att suicidala patienter, precis som hjärtpatienter, omedelbart ska tas in för vård. Som det är idag behandlas ingen annan medicinsk åkomma där mellan 1 400 och 1 500 personer avlider varje år så godtyckligt, och utan att sjukvården använder all befintlig kunskap och erfarenhet.

Nätverket anser att:

- en statlig satsning ska göras för att öka kunskaperna om suicidalitet, och om hur man bemöter suicidala personer, hos vårdpersonal och andra yrkesgrupper som kommer i kontakt med dem
- säkerhetstänkandet ska förbättras hos vårdpersonal och andra som yrkesmässigt kommer i kontakt med suicidalitet
- hälso- och sjukvården ska ha samma kvalitet på vården av suicidala patienter som av patienter på hjärtintensiven
- riksdag och regering ska anta den ”Nollvision” för suicidalitet som behandlats i riksdagens socialutskott.

Tvångsvård

När alla frivilligalternativ är förbrukade och en, oftast psykotisk, person bedöms som farlig både för sig själv och andra är tvångsvård enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) i regel den enda utvägen. Men denna ”farlighetsgräns” är inte absolut. De stora regionala skillnaderna i antalet utdömda LPT:n talar sitt tydliga språk. På vissa håll råder en utpräglad tvångskultur med många domar. På andra platser är LPT-ingripanden mer sällsynta. Tvångs- och rättspsykiatrisk vård är tunga utgiftsposter för landstingspsykiatrin. I några fall har psykiatrin ovilja att av ideologiska eller ekonomiska skäl tillämpa tvångsvård fått ödesdigra konsekvenser för tredje man; med stigmatiseringseffekter gentemot personer med psykiska funktionshinder.

För alla berörda har ordet tvångsvård en stark laddning. Många patienter kan vittna om hur polismän under förödmjukande omständigheter med våld fört dem till en tvångsvårdsavdelning, där ”vården” bestått av inlåsning, bältesläggning och nerdrogning.

De har känt sig som rättslösa brottslingar – en känsla som förstärkts av att rättspsykiatripatienter ofta vårdats på samma enhet.

Parallellt kan de anhöriga ha genomlidit ett annat trauma. Ofta har de sett tidiga tecken på patientens förestående sammanbrott i form av ett förändrat beteende sedan en pågående behandling avbrutits. Förgäves har de försökt göra psykiatrin uppmärksam på vad som varit på gång, och vädjat om hjälp och samarbete innan situationen blivit ohållbar. Ett sätt att komma förbi lagskrivningar och sekretessbarriärer och begränsa skadan på ett tidigt stadium 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. Dessa nätverkskontrakt har besparat patienter och anhöriga mycket lidande. Ändå har de fortfarande inte slagit igenom på bred front. Vi anser att psykiatrin i högre grad än vad som idag är fallet bör medverka till att idén sprids och utvecklas ytterligare.

Enligt vår uppfattning bör tvångsvården överlag bli föremål för en grundlig översyn. För att motverka godtyckets och traditionens makt över farlighetsbedömningen bör nationella riktlinjer för hur denna ska gå till utarbetas. Detsamma gäller övriga moment i tvångsvården som hämtning, depåmedicinering och vårdinnehåll. Ett felaktigt agerande vid en tvångsvårdssituation kan skada patientens tillit till psykiatrin för all framtid.

Här bör strävan vara att värna om patientens integritet, nedbringa känslan av tvång och avdramatisera de inslag i behandlingen som förstärker den skräck som denne redan upplever i sitt sjukdomstillstånd. Personal som möter den tvångsvårdade behöver ha kunskap för att anpassa bemötandet utifrån diagnoser och individens behov. En regel bör vara att tvångs- och rättspsykiatrisk vård ska bedrivas i separata enheter.

Nätverket anser att:

- tvångsvården ska bli föremål för en grundlig nationell översyn i samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationerna
- nationella riktlinjer ska utarbetas för farlighetsbedömning
- nationella riktlinjer för hur tvångsvården ska vara organiserad och bedrivas för att de negativa effekterna ska bli så skonsamma som möjligt för patienten ska utarbetas
- personal som möter 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.

Rättspsykiatrin

I likhet med tvångsvården är det stora regionala skillnader i tillämpningen av lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Krasst uttryckt varierar tolkningen av brottsbalkens kriterier för rättspsykiatrisk undersökning från domstol till domstol. Många av de lagöverträdare som döms till fängelse har psykiska problem.

En betydande återfallsfrekvens både under och efter vårdtiden är tveklöst ett underbetyg åt den rättspsykiatriska vården, som tycks sakna de rätta instrumenten för att åstadkomma rehabilitering, habilitering och återanpassning. Undersökningar visar att många psykiskt störda lagöverträdare, både bland dem som döms till fängelse och dem som döms till LRV,

har neuropsykiatriska funktionshinder. Inom såväl kriminalvården som rättspsykiatri är kunskaperna om och förmågan att hantera neuropsykiatriska funktionshinder begränsade. Personer med dessa funktionshinder klassas som ”hopplösa” fall. Enligt internationell forskning är dock möjligheterna goda att genom allsidiga, uthålliga rehabiliteringsinsatser och psykiatrisk behandling motverka eller bryta en antisocial utveckling hos personer med neuropsykiatriska funktionshinder.

Vi anser att den rättspsykiatriska vården bör bli föremål för en grundlig översyn, och att nationella riktlinjer utarbetas för hur den ska bedrivas. I detta arbete bör särskild tonvikt läggas vid att bland berörd personal öka kunskaperna om och förmågan att hantera neuropsykiatriska funktionshinder.

Rättspsykiatri tar idag en allt större del av landstingens totala resurser för den psykiatriska vården i anspråk; på allmänpsykiatriens bekostnad. Därför är det rimligt att staten på samma sätt som med kriminalvården tar ett större ekonomiskt ansvar för finansieringen av rättspsykiatri.

Nätverket anser att:

- nationella riktlinjer ska utarbetas för den rättspsykiatriska vårdens organisation, utformning och innehåll
- särskilda satsningar ska göras för att öka den rättspsykiatriska personalens kunskaper om neuropsykiatriska funktionshinder
- staten ska ta ett större ansvar för finansieringen av rättspsykiatri.

Dubbeldiagnoser- och annan tilläggsproblematik

Begreppet dubbeldiagnos täcker inte in det problemkomplex som drogmissbruk och psykisk sjukdom i kombination utgör. För det första rör det sig ofta om fler än två diagnoser. För det andra har, eller får, så gott som alla drogmissbrukare någon form av dubbeldiagnos. För det tredje befinner sig ”dubbeldiagnoserna” i en psykiatriens gråzon där det inte alltid går att säga vad som är effekten av det ena eller det andra: Är sjukdomen en följd av drogen? Eller är drogen en följd av sjukdomen/funktionshindret (självmedicinering)? Eller är drogen själva sjukdomen? Här finns inga givna svar.

Bland de hemlösa är ”dubbeldiagnoserna” klart överrepresenterade. Känt är även att många av dem har neurologiska funktionshinder som ADHD. I vård och behandling har de fått finna sig i att ständigt falla ”mellan stolarna”. Varken psykiatri eller missbruksvården har velat befatta sig med dem. De har lämnats vind för väg, med ibland tragiska följder både för dem själva och för tredje man.

Logiskt sett får vi räkna med allt fler ”dubbeldiagnoser” i framtiden. Under 90-talet bantades missbruksvården med cirka en miljard kronor. Parallellt med detta tredubblades antalet narkotikamissbrukare medan antalet drogrelaterade dödsfall fördubblades. På senare år har även alkoholmissbruket bland barn och ungdomar i allmänhet och flickor och unga kvinnor i synnerhet ökat kraftigt. Idag finns ett mycket begränsat antal vårdplatser för personer med dubbeldiagnoser. Paradoxalt nog är det inga köer till dem. Kommunerna är sällan beredda att satsa på den kostnadskrävande behandling som det här är frågan om.

Därför måste ett ökande antal hemlösa personer med ”dubbeldiagnoser” uppfattas som ett samhällsligt misslyckande. Den traditionella vården har inte förmått hantera deras speciella problematik. Utan fast adress och sängplats för natten är det inte lätt att anpassa sig till vårdsystemen. Därför måste vårdsystemen i detta avseende i hög grad anpassas till individen. Specialutbildad personal inom socialtjänst, psykiatri, missbruksvård och somatik måste i förutsättnings- och prestigelös samverkan arbeta fram nya vårdformer med låga trösklar och kontinuitet som ledord. Målet för dessa insatser måste vara att återföra personerna till en människovärdig tillvaro med egen bostad och någon form av meningsfull sysselsättning. All erfarenhet visar att en sådan utveckling är fullt möjlig när en väg bort från droger, hemlöshet och förnedring väl har öppnats. Detta pionjärbete bör delvis finansieras med statliga medel.

En annan kategori som förbigåtts med tystnad är den stora gruppen av personer som är läkemedelsberoende. Av dessa är merparten kvinnor. Ofta har det börjat med att en läkare i samband med en livskris allt för generöst skrivit ut ångestdämpande mediciner (bensodiazepiner), vilka har samma beroendutveckling och toleransökning som många narkotiska preparat. Efterhand har konsumtionen övergått i missbruk med fobier och andra psykiatriska symptom som gjort personen totalt handikappad. Detta ”osynliga” problem bör lyftas fram i ljuset, både i form av förebyggande insatser och adekvat hjälp till de berörda.

Till dubbeldiagnoser kan även utvecklingsstörda med psykisk ohälsa räknas. Enligt en avhandling (Carina Gustavsson, Uppsala universitet) drabbas vuxna med utvecklingsstörning av vissa psykoser, grava depressioner och andra psykiska funktionshinder två till tre gånger så ofta som andra. Vårdens och omsorgens kunskaper om denna specifika sårbarhet är dock bristfälliga. Ofta vantolkas de psykiatriska symptomen som den enskildes egen problematik till följd av utvecklingsstörningen. Med påföljd att insatserna blir försenade och ofullständiga. För att motverka problemet krävs en särskild satsning på nationell och regional nivå för att öka och sprida vård- och omsorgspersonalens insikter i detta avseende.

Nätverket anser att:

- en särskild, delvis statligt finansierad, satsning ska göras för att utveckla nya, och effektivare vårdinsatser gentemot personer med dubbeldiagnoser
- förebyggande och hjälpan insatser gentemot läkemedelsmissbrukare får betydligt högre prioritet än vad som är fallet
- statliga insatser ska göras för att på både nationell, regional och lokal nivå öka och sprida kunskaperna inom professionen om psykisk ohälsa bland personer med utvecklingsstörning.

De anhörigas roll

Anhöriga och närstående till personer med psykiska funktionshinder har ofta, med litet eller inget stöd från samhället, hela ansvaret för patientens liv, hälsa och ekonomi – ett åtagande som kan gå ut över deras egen hälsa. De anhöriga har i regel en bättre kännedom om patientens sjukdomscykel än någon annan och bör ses som en värdefull resurs, som dock inte får överutnyttjas, utan istället försäkras stöd och egna rättigheter. När patienten tas in på sjukhus kan sjukvårdens tystnadsplikt bli ett allvarligt hinder för kontakten med de anhöriga. Det problemet kan undvikas genom ett i förväg upprättat nätverkskontrakt

mellan patienten, vården och de anhöriga (Se avsnittet Tvångsvård på sidan 12).
Möjligheten till samtalsstöd bör erbjudas även de anhöriga.

Den anhörige är expert på hur livet kring den sjuke eller funktionshindrade fungerar i praktiken, och hur denne tar till sig information. En idé för framtiden är att låta särskilda anhörigteam fånga upp de anhörigas erfarenheter med syftet att såväl förbättra behandlingen som att underlätta samarbetet mellan anhöriga och behandlare (vård, socialtjänst och elevhälsovård). Därigenom kan både vårdtider och återfall minimeras.

I vissa fall kan samarbetet med de anhöriga vara direkt kontraindicerat. Om de anhöriga är en del av patientens problematik, som när våld och sexuellt utnyttjande förekommit, är det viktigt att patientens integritet och bräckliga autonomi inte kränks. Här har psykiatrin ett stort ansvar för att utreda relationerna även till anhöriga och närstående.

Nätverket anser att:

- de anhörigas roll som en viktig resurs med egna rättigheter ska fastställas i alla vårdsammanhang inom hela psykiatriområdet
- anhörigteam ska bli ett naturligt inslag i vården.

Behandlingsmetoder

Farmakologisk behandling är för närvarande den dominerande behandlingsformen vid våra psykiatriska enheter. I den atmosfären har det blivit svårt att få gehör för andra behandlingsmetoder av socialpsykiatrisk, psykologisk, pedagogisk och omvårdnadsinriktad karaktär. För den som inte kan ordna saken privat är tillgången på, och möjligheten att få, till exempel psykoterapi på allmän bekostnad ytterst begränsad. Detta gäller i ännu högre grad kognitiv beteendeterapi, som, i kombination med erkänt verksam mediciner, visat sig vara mycket effektiv vid behandling av till exempel OCD (tvångssyndrom), och kognitiv psykoterapibehandling av depressioner. Staten bör ta sitt ansvar och öka antalet utbildningsplatser för psykoterapeuter, framför allt med kognitiv/kognitiv beteendeterapeutisk inriktning.

Personer med psykiska sjukdomar/funktionshinder måste kunna erbjudas terapi inom ramen för högkostnadsskyddet. Ett bra sätt att motverka de konflikter som idag förekommer mellan olika psykoterapiformer är att ha en gemensam grund för alla psykoterapeuter och därefter specialisering på olika inriktningar. Åtgärder måste vidtas för att göra psykoterapi tillgänglig i hela landet.

På senare år har framsteg gjorts både när det gäller dosering och framtagandet av nya mediciner. Den utvecklingen måste få fortgå. Parallellt bör lika stora resurser satsas på att ta fram och utveckla behandlingsmetoder där även patientens närstående involveras i en öppen och dokumenterad process.

Den kunskap som finns tillgänglig i till exempel SBU: s och Socialstyrelsens rapporter, måste förvaltas och snabbt komma vården till godo på bästa möjliga sätt – vilket förutsätter att politiska beslut om till exempel ökat antal utbildningsplatser för att tillgodose behovet av personal med adekvat utbildning efterlevs. Lika självklart är att den vård och de vårdprogram som är evidensbaserade ska erbjudas den enskilde personen. Inom psykiatrin är dock frågan om ”Vetenskap och beprövad erfarenhet” mer komplicerad än inom

somatiken. En persons väg till återhämtning eller utveckling är individuell och kan inte alltid relateras till mätbara behandlingsinsatser. Därför måste vården även vara öppen för och erbjuda andra, kompletterande vägar och möjligheter för att uppnå dessa mål. Vikten av att få träffa andra i liknande situationer kan inte nog understrykas. Självhjälpsgrupper, mentorskap och liknande har stor betydelse för den enskilde personens väg tillbaka ut i samhället eller, för personer med medfödda funktionshinder, in i samhället.

Med Internets genombrott har nya möjligheter att bedriva olika slag av terapier öppnats. För många glesbygdsbor, men även för yngre män, har ”e-terapi” blivit ett välkommet och lättillgängligt sätt att bearbeta depression, ångest och tvångstankar. Denna utveckling bör påskyndas ytterligare.

Nätverket vill även framhålla vikten av att den enskilda patienten får adekvat information om de behandlingsalternativ som finns, och att dennes synpunkter väger tungt vid valet av metod. Sammanfattningsvis bör följande tre krav kunna ställas på god psykiatrisk behandling:

- 1) Den ska ha forskningsstöd.
- 2) Den ska ha stöd i professionell erfarenhet.
- 3) Den ska ha stöd i brukares erfarenheter.

Nätverket anser att:

- obalansen i resurser mellan olika former av terapier och nätverksbyggande kring patienten och andra behandlingsmetoder å ena sidan och traditionell behandling med psykofarmaka å den andra bör utjämnas
- en statlig satsning ska göras för att utveckla och bygga ut e-terapierna ytterligare
- den akuta bristen på legitimerade terapeuter med kognitiv beteendeterapeutisk/kognitiv inriktning ska uppmärksammas, och att en plan för att göra befintliga resurser tillgängliga ska upprättas.

Utredning och diagnostik

En diagnos måste alltid föregås av en allsidig och kvalificerad bedömning och får aldrig sättas slentrianmässigt, och/eller med bristfälligt underlag. Diagnosen är inget självändamål, utan snarare en nödvändig förutsättning för att förstå en individs behov. Den är heller inte allmängiltig utan högst individuell, och en kartläggning av vad som kan ligga bakom en individs svårigheter. Diagnosen är alltså ingen deterministisk slutpunkt utan en utgångspunkt för att förstå individens behov av hjälp och stöd.

Diagnosen i form av namnet på funktionshindret är bara ett samlingsnamn på det område inom vilket en individs svårigheter ligger. I den egenskapen blir den en nyckel till kunskap. Patienter kan uppleva diagnosen både som en befrielse och som ett stigma.

Trots skilda meningar hos både profession och patienter om dess värde får inte diagnostiken avfärdas som väg till bättre behandlingsresultat. Med ökad kunskap om psykisk sjukdom/funktionshinder och problematik förbättras även diagnostiken. De internationella skattningsskalor som finns idag är ett uttryck för detta. För att ställa en diagnos på ett psykiskt eller neuropsykiatriskt funktionshinder måste såväl emotionella, sociala, psykologiska, kognitiva som kommunikativa funktionsförmågor bedömas. En

sådan allsidig utredning fordrar tvärprofessionella team där minst läkare, psykolog, socionom, specialpedagog och arbetsterapeut ingår.

Viktigt är även att diagnosen ställs efter ett djupgående samspel mellan läkaren, eller utredningsteamet, och patienten, och, när så är möjligt, de anhöriga. Den ska alltid utgå ifrån den enskildes hela livssituation. Under inga omständigheter får den reduceras till ett medicinskt arrangemang som utesluter andra behandlingsmetoder.

Både när det gäller funktionshinder av neuropsykiatrisk natur och OCD (tvångssyndrom) kan tidig och rätt diagnostisering följt av individuell vårdplanering vara av avgörande betydelse för den enskildes framtida livskvalitet. Dessvärre är det inte ovanligt att OCD-patienter har fått vänta upp till 12 år på sin diagnos.

Sammanfattningsvis anser nätverket att all diagnostik bör syfta till att ge den enskilde patienten en så god vård som möjligt. Därför måste ibland även andra kriterier än strikt medicinska – som till exempel psykoterapeuters och sjuksköterskors bedömningar – vägas in vid bestämmandet av diagnos.

Nätverket anser att:

- rätten till utredning och diagnos måste säkerställas
- en nationell norm för hanteringen av diagnostikfrågorna ska utarbetas, och att det i denna ska slås fast att all diagnostik ska föregås av en utredning av den enskildes hela livssituation
- vården ska ha ett större uppsökande ansvar för att personer med psykiska sjukdomar / funktionshinder får tillgång till utredning och diagnostik.

Behandlingsplanering

Individuella behandlingsplaner kan vara ett effektivt instrument för att säkra kontinuitet och långsiktighet i vård och behandling. Dessa bör vara utformade som en gemensam överenskommelse mellan patienten själv, vård- och behandlingsgivare och, i största möjliga mån, även de anhöriga. Utgångspunkten ska alltid vara den enskildes behov och önskningsar i ett helhetsperspektiv med tydligt definierade mål både på kort och lång sikt. Av planen bör vidare klart framgå vem som ska göra vad, när och hur.

Undersökningar visar att många patienter på olika enheter inom psykiatriområdet inte vet om de har någon individuell behandlingsplan eller ej. I andra fall har planerna reducerats till något intet förpliktigande. Det behövs nationella riktlinjer för behandlingsplanens utformning, genomförande och uppföljning. I dessa riktlinjer bör slås fast att planen ska grundas på individens livssituation och delaktighet i besluten kring den egna vården och det sociala stödet. I de fall där riktlinjerna inte följs bör någon form av sanktion gentemot vård-, stöd-, och behandlingsgivarna kunna tillgripas.

Ett bra exempel på behandlingsplanering som kan användas i fler sammanhang finns inom LSS-verksamheten.

Nätverket anser att:

- nationella riktlinjer för behandlingsplanering ska utarbetas, och att utgångspunkten för dessa bör vara individens hela livssituation och rätt att vara delaktig i beslut rörande den egna vården och stödet
- sanktioner ska kunna tillgripas mot vård-, stöd- och behandlingsgivare som inte följer dessa riktlinjer.

Somatisk vård och tandvård

Personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder lider ofta även av kroppslig ohälsa och dåliga tänder. Detta är inte sällan ett direkt resultat av medicineringen. En annan aspekt är att det finns ett ofrånkomligt samband och växelspel mellan kropp och själ – lider den ena lider även den andra. Personer med psykiska funktionshinder är dessutom mindre benägna att söka hjälp för sina fysiska krämpor. Eftersom många lever på existensminimum är det också i hög grad en ekonomisk fråga. Det är heller inte ovanligt att de som kommer sig för att söka hjälp inte får den behandling de är i behov av på grund av att deras symptom uppfattas som psykiskt betingade. För att komma till rätta med sistnämnda problem krävs en kompetensutveckling inom somatiken och tandvården. Vidare bör de personer som är långvarigt sjukskrivna för psykisk ohälsa erbjudas en kostnadsfri årlig hälsokontroll. Samma erbjudande bör gälla från tandvårdens sida. En somatisk kontroll bör göras rutinmässigt i samband med den psykiatriska utredningen.

Nätverket anser att:

- statliga insatser ska göras för att förbättra kunskapen om psykiska funktionshinder bland somatisk- och tandvårdspersonal
- personer som är långvarigt sjukskrivna för psykisk ohälsa ska erbjudas en kostnadsfri årlig hälso- och tandkontroll och erforderlig behandling
- en översyn av reglerna för tandvårdskostnaderna för personer med psykiska funktionshinder ska göras
- en somatisk kontroll alltid ska göras rutinmässigt parallellt med den psykiatriska utredningen.

HJÄLP, STÖD, REHABILITERING OCH HABILITERING

Målet för alla hjälp-, stöd-, rehabiliterings-, och habiliteringsinsatser måste vara att lägga grunden till ett gott liv för personer med psykiska funktionshinder. Genom att samhällets insatser fokuseras mindre på sjukdomstänkande och vård och mer på rätten till bostad, arbete, rehabilitering-habilitering och visionen om att få leva i samhället som en fullvärdig medborgare skapas framtidshopp hos individen. Ett viktigt moment i denna process är att personen får möjlighet att bygga upp en egen ekonomi med egenhändigt förtjänade pengar.

Idag är de flesta personer med psykiska funktionshinder hänvisade till en blygsam sjukersättning, som inte ens räcker till livets nödtröskel, och som automatiskt avskärmar dem från ett normalt samhällsliv. Rigida socialförsäkringsbestämmelser är ett annat svåröverstigligt hinder för en successiv övergång från bidragstagare till lönearbetande. Många av problemen på rehabiliterings/habiliterings-området skulle kunna lösas om den samverkan mellan psykiatri, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling, som förordas i psykiatrireformen, men som vi hittills sett så litet utav, äntligen förverkligas.

Daglig sysselsättning och arbete

Det faktum att mer än hälften av de personer som har psykiska funktionshinder fortfarande saknar daglig sysselsättning får betraktas som psykiatrireformens kanske största misslyckande. En arbetsuppgift som känns meningsfull i ett socialt samspel med andra individer är en viktig milstolpe på vägen tillbaka till samhället efter en sjukdomsperiod – och en väg in i samhället för den som har funktionshinder.

För att stärka den enskildes möjligheter att få och behålla ett arbete bör man satsa på kartläggning/validering av personens styrkor och svagheter. Det finns redan valideringsenheter som har uppdraget att arbeta med personer som på grund av arbetshinder står utanför arbetsmarknaden. En anmärkningsvärd brist är att ingen av dessa enheter har fått i uppdrag att särskilt se över hur man kan och bör arbeta med psykiskt funktionshindrade människor.

Ofta är personer med psykiska funktionshinder utestängda från arbetsmarknaden, inte för att de har svårt för arbetsuppgifterna i sig, utan för att de inte klarar av att hantera särskilda situationer på arbetsplatsen, exempelvis osynliga regler, fikarasten, etc. Därför är det angeläget att individen genom särskilda, förberedande insatser rustas för steget ut i arbete eller studier.

Det övergripande målet för varje individs rehabilitering/habilitering måste vara att hon eller han i så hög grad som möjligt ska kunna återvända eller få tillträde till den ordinarie arbetsmarknaden. Vi är medvetna om att detta i många fall inte låter sig göras, inte minst med tanke på hur arbetsmarknaden ser ut idag, men de alternativ för rehabilitering/habilitering som finns tycks inte ens räkna med den möjligheten. Detta trots att åtskilliga av våra medlemmar besitter en potential som, rätt utvecklad och utnyttjad, skulle kunna generera betydande samhällsnytta. Och därmed minska kostnaderna för till exempel förtidspensioner.

Därför är det nödvändigt att statliga insatser görs för utvecklandet av nya strategier och modeller för att den resurs som personer med psykiska funktionshinder utgör ska komma arbetslivet till del. Detta bör ske i nära samarbete med försäkringskassan och

arbetsförmedlingen. Förvisso finns redan väl beprövade modeller för arbetsträning och rehabilitering. En sådan är Fontänhusens ÖA (övergångsanställning)-modell, som innebär att personen under en övergångsperiod både får behålla sin ersättning och uppbära lön för utfört arbete. Denna modell, som under 50 års tid praktiserats med framgång över hela världen, passar dessvärre inte in i det nya svenska socialförsäkringssystemet. Detta bör enligt vår uppfattning snarast ses över och ändras med målet att lön ska vara ett av flera rehabiliterande kriterier under perioder av arbetsträning. Även den så kallade tremånadersregeln bör ses över så att tre månaders heltidsarbete med lön kan utformas utifrån den enskildes förutsättningar och behov, exempelvis sex månaders halvtidsarbete, under arbetsprövning.

Nätverket anser att:

- statliga insatser ska göras för att utveckla nya och stödja befintliga fungerande övergångsmodeller till arbetslivet för personer med psykiska funktionshinder
- frivilligorganisationernas kunskaper och erfarenheter ska bli en central ingrediens i denna satsning – dessa ska ha samma tillgång till information som övriga beslutsfattare och arvoderas
- ett ökat stöd ska ges till rehabiliteringsinsatser i frivilligorganisationers regi
- de nuvarande hindren i socialförsäkringssystemet för en stegvis övergång till det ordinarie arbetslivet snarast ska undanröjas
- sjukskrivningsgraden ska vara flexibel utifrån individens förmåga till arbete
- en omfattande kompetensutveckling inom området psykisk sjukdom-funktionshinder och suicidalitet ska ske för att höja kvalitén på försäkringskassans och arbetsförmedlingens beslut.

Studier

För många personer med psykiska funktionshinder kan studier vid till exempel folkhögskolor och högskolor vara en viktig milstolpe i rehabiliteringen eller habiliteringen. Möjligheten att få fylla kunskapsluckor eller att få återuppta av sjukdomen avbrutna studier stärker självkänslan och kan underlätta återtagandet till ett normalt liv. Tyvärr begränsas idag denna möjlighet starkt av nuvarande regler för studietakt, studiemedel, o s v. Personer med psykiska funktionshinder klarar ofta inte av att hålla samma studietakt som övriga studenter. Därför behöver studieformen anpassas för deras specifika behov. Aktuella studieinrättningar måste också i högre grad än vad som är fallet för närvarande organisera stödinsatser för studenter med psykiska funktionshinder.

Nätverket anser att:

- reglerna ska ändras så att personer med psykiska funktionshinder, som inte klarar att studera på heltid, ska ges möjlighet att studera med studiemedel på deltid. De ska samtidigt kunna få ersättning från socialförsäkringssystemet för den tid när de inte får studiemedel
- reglerna ska ändras så att personer som avbrutit sina studier på grund av sjukdom under en rehabiliteringsperiod ska kunna återgå till sina studier med rehabiliteringsbidrag
- reglerna ska ändras så att vårdbidrag och andra bidrag inte ska räknas som inkomster vid beräkning av studiemedel

- en student ska ha rätt att få studielån längre än de nuvarande 12 terminerna om denne behöver förlängd studietid på grund av funktionshindret
- vuxna med psykiska funktionshinder ska få det stöd, den anpassning och de hjälpmedel de behöver för att kompensera sitt funktionshinder genom vuxenutbildning vid t ex särsvux, komvux, folkhögskola, högskola och universitet.

Boendet

Trots att tillförlitlig statistik saknas är det uppenbart att landets kommuner fortfarande inte har löst uppgiften med att tillhandahålla stödboenden på olika nivåer för psykiatrireformens målgrupp. Det är ingen ovanlighet att utskrivningsmässiga patienter i avsaknad av andra boendialternativ tvingas vara kvar på sina vårdplatser betydligt längre än nödvändigt.

Därför efterlyser vi i en större öppenhet för alternativa lösningar av boendefrågan. En sådan alternativ lösning kan vara gemensamma boenden – med eget ansvarstagande – med frivilligorganisationer som huvudansvariga. För många skulle ett sådant boende innebära en trygghetsfaktor till personlig utveckling.

Med hjälp av statlig finansiering bör de organisationer som så önskar, och efter prövning anses lämpliga, kunna få utforma egna boendeprogram med möjlighet till kortvarigt ”viloboende” eller ”sviktboende” bland kamrater vid tillfälliga svackor i tillvaron. Därigenom skulle även belastningen på psykiatrin minska. Hur stödboendet än är organiserat är det angeläget att genom utbildning komma till rätta med den bristande kompetens hos personalen som idag är utmärkande för alltför många boenden.

Nätverket anser att:

- frivilligorganisationer genom statlig finansiering ska få möjlighet att utforma egna boendeprogram för personer med psykiska funktionshinder
- statliga insatser ska göras för att höja kompetensen hos boendestödspersonal och möjlighet ges för subspecialisering med fortbildning och handledning.

Personligt ombud

Reformen med särskilda personliga ombud som hjälper personer med psykiska funktionshinder att få sina rättigheter till vård, stöd och service tillgodosedda har blivit en stor framgång. Idag har flertalet kommuner personliga ombud, vilka till stor del finansieras med statliga medel, medan kommunerna svarar för resterande belopp. Det innebär inte att reformen är tryggad. Genom dess karaktär av frivillighet kan den när som helst, i ett ekonomiskt trångt läge, försvinna.

Därför anser vi dels att reformen bör säkerställas genom lagstiftning, dels att staten tar över hela betalningsansvaret. Reformens personkrets bör utvidgas till att även omfatta personer med neuropsykiatriska funktionshinder och andra grupper som idag till stor del är uteslutna från möjligheten till personligt ombud. Eftersträvsansvärt är att verksamheten kan bedrivas på entreprenad av föreningar knutna till brukar- och anhörigorganisationer. Därigenom minskar risken för identifiering med de myndigheter gentemot vilka de personliga ombuden ska företräda brukarna.

Nätverket anser att:

- reformen med personliga ombud ska säkerställas genom lagstiftning och att staten axlar hela betalningsansvaret
- föreningar knutna till patient-, brukar- och anhörigorganisationer ska få möjlighet att bedriva verksamheten med personliga ombud på entreprenad
- ekonomiska resurser ska frigöras för fortbildning, handledning och eventuell subspecialisering av personliga ombud.

Stöd- och självhjälsgrupper

På senare år har allt fler stöd- och självhjälsgrupper startats runt om i landet i frivilligorganisationernas regi. I dessa träffas människor som har ett gemensamt problem för att dela med sig av sina erfarenheter, stödja varandra och tillsammans göra något åt sin situation. Inom patient-, brukar- och anhörignätverket finns flera exempel på framgångsrika stöd- och självhjälsgrupper. Med den nya tekniken har det blivit allt vanligare att stöd- och självhjälsverksamhet även bedrivs på webben. Därigenom har nya möjligheter öppnats för personer som av t ex geografiska skäl inte kan delta i andra sammanhang.

I en del organisationer har även anhöriga deltagit i stöd- och självhjälsgrupper med positivt resultat. I länder där man haft självhjälsgrupper under en längre tid har enligt WHO antalet depressioner minskat. Detta är ett gott skäl till att avsätta statliga medel för att stimulera en ytterligare spridning av företeelsen i Sverige.

Nätverket anser att:

- statliga insatser ska göras för utvecklandet och spridningen av stöd- och självhjälsgrupper i frivilligorganisationernas regi
- vården regelmässigt ska informera om intresseorganisationernas verksamhet och ha formell möjlighet att remittera till deras stöd- och självhjälsgrupper
- utbildning och handledning för ledare av e-grupper för stöd och självhjälp ska stimuleras.

Kognitiva hjälpmedel

I dagens läge har personer med olika typer av psykiska funktionshinder mycket svårt att få tillgång till adekvata kognitiva hjälpmedel genom kommunen eller hälso- och sjukvården. Ett skäl till detta är att hjälpmedelsproducenterna har begränsade kunskaper om dessa funktionshinder. För till exempel personer med neuropsykiatriska funktionshinder kan rätt utformade hjälpmedel vara av avgörande betydelse för deras möjligheter att hantera sitt vardagsliv, utbilda sig och sköta ett arbete.

En central satsning på att utveckla kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder skulle över tid ge en betydande samhällsekonomisk vinst genom minskade kostnader för vård och behandling. Dessa hjälpmedel bör sedan kunna erhållas inom ramen för landstingens högkostnadsskydd. För många personer med psykiska funktionshinder är

datorn en oundgänglig länk för att bryta social isolering. Idag är den dock inte godkänd som hjälpmedel, vilket skyndsamt bör omprövas.

Nätverket anser att:

- statliga insatser ska göras för utvecklandet av bättre hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder
- datorn ska godkännas som bidragsberättigat hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder.

FÖREBYGGANDE OCH TIDIGA INSATSER

Ett uttryck för de systemfel inom psykiatriområdet som påpekats i föregående kapitel är den uppenbara obalansen i resursfördelning mellan förebyggande insatser å ena sidan och vård/stöd/omsorg å den andra. Ju tidigare riskfaktorerna för att utveckla psykisk ohälsa ringas in och bearbetas desto mindre blir kostnaderna på sikt för samhället, och desto större blir besparingarna i mänskligt lidande.

En enkel matematik som inte längre tycks vara självklar i Sverige, som tidigare i flera avseenden varit en internationell förebild för det förebyggande hälsoarbetet. Under senare år har dock de preventiva åtgärderna i det psykiska hälsoarbetet hamnat allt längre ned på den politiska agendan. Allt större grupper i barnomsorg och skola samt minskningen av speciallärare, psykologer, skolsköterskor och kuratorer i skolorna är bara några exempel på detta.

Idag finns utmärkta verktyg för att identifiera och på olika sätt stödja de grupper och individer som löper störst risk att drabbas av psykisk ohälsa. Inte minst Socialstyrelsen har en stor kunskapsbank inom området. Det råder numera ingen tvekan om att en stor del av all psykisk ohälsa grundläggs eller visar sig redan i barndomen. Omvänt kan trygga uppväxtförhållanden gynna en harmonisk livsutveckling. Därför menar vi att det hälsofrämjande arbetet måste inledas så tidigt som möjligt i individens liv.

För att öka kunnandet i samhället om psykisk ohälsa och hur denna ska förebyggas krävs en folkhälsosatsning. På samma sätt som vi lär oss grunderna för livräddning och hjärt- och lungräddning behöver vi en grundkunskap inom befolkningen om ångest, depression och suicidalitet, och om hur vi möter medmänniskor med dessa problem. Ett av målen för satsningen bör vara att skapa ett öppnare klimat människor emellan både kring hur vi själva mår och de stora livsfrågorna.

Nätverket anser att:

- under en uppbyggnadsperiod på tio år ska medel öronmärkas för förebyggande insatser på det psykiatriska området
- en betydande del av dessa medel ska avsättas för informations- och utbildningsinsatser för att identifiera och förebygga psykisk ohälsa.
- en folkhälsosatsning behövs för att öka allmänskunnandet kring ångest, depression och suicidalitet.

Mödra- och barnvårdscentralerna

Redan på mödra- och barnvårdscentralstadiet måste observansen vara lika stor på psykisk som på fysisk hälsa. Misstankar om problem ska följas upp, och inte slätas över i syfte att inte öka föräldrars oro – denna ”lugnande” process kan pågå i flera år innan föräldrarna tröttnar och söker hjälp på annat håll. Sköra familjer bör ägnas extra omsorg och stöd genom till exempel föräldrautbildningar. Detta bör dock ske på ett sådant sätt att det inte uppfattas som diskriminering eller hetsjakt på socialt och psykiskt avvikande. När det gäller barn med neuropsykiatriska funktionshinder kan en tidig upptäckt av funktionshindret och tidiga stödinsatser vara av avgörande betydelse för hur livet framdeles kommer att gestalta

sig – detta och utvecklingsstörning är de enda funktionshinder som är medfödda. En annan aspekt som behöver uppmärksammas är föräldrar som får psykiatriska besvär som havandeskapspsykos och depressioner i samband med graviditet och nyföddhetsperiod.

Mycket tyder på att familjekonflikter under uppväxtåren är en betydande grogrund för att utveckla psykisk ohälsa senare i livet. Flera studier, varav en i Finland, visar att barn till föräldrar som fått föräldrastöd är mindre mottagliga för psykisk ohälsa än barn till dem som inte fått detta stöd.

Nätverket anser att:

- det behövs en ökad satsning på generell och riktad föräldrautbildning
- särskilda utbildningsinsatser ska göras för att öka MVC-BVC-personalens kunskaper om och förmåga att stötta sköra familjer
- nya modeller för rutiner och arbetssätt för att handleda föräldrar och hantera problemsituationer inom ramen för MVC-BVC:s verksamheter ska utarbetas.

Familjecentraler

En intressant modell för hälsofrämjande, förebyggande och stödjande insatser för föräldrar och barn är de så kallade familjecentralerna, som finns på flera håll i landet. I en sådan central samordnar olika yrkeskategorier som barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, psykologer, förskollärare och socialsekreterare sina resurser till en gemensam enhet i till exempel ett bostadsområde. Fördelen med familjecentraler är att de främjar närhet, helhet och kontinuitet.

Nätverket anser att:

- Sveriges kommuner genom statliga insatser ska stimuleras och uppmuntras till att inrätta fler familjecentraler.

Barnomsorg, skola, förskola och fritid

Här bör kunskapen och medvetenheten om psykiska funktionshinder genom särskilda utbildningsinsatser stärkas hos samtliga personalgrupper, dels för att tidigt kunna upptäcka riskfaktorer för psykisk ohälsa hos barnen – hit hör såväl psykosociala riskfaktorer som medfödda kognitiva och neuropsykiatriska funktionshinder, dels för att kunna bistå föräldrarna med stöd och vägledning. Under årens lopp har goda initiativ på området inte saknats. Ett sådant är de psykosociala team bestående av psykolog, kurator och specialpedagog som funnits i bland annat Malmö. Den senaste tioårsperiodens åderlåtning av elevhälsovårdspersonal i våra skolor har dock inte främjat denna utveckling.

Även fritidsledare, idrottsledare och andra som på olika sätt är involverade i barns och ungdomars fritidsaktiviteter bör bli bättre rustade för att observera till exempel ätstörningar och depressioner hos unga flickor. Förmågan att förebygga och hantera mobbning bör utvecklas hos de ansvariga i varje sammanhang där barn och ungdomar träffas och umgås i grupp. Barn med neuropsykiatriska funktionshinder liksom de som senare i livet utvecklar annan form av psykisk ohälsa kan av andra barn upplevas som udda och avvikande och blir därför tacksamma mobbningsoffer.

Ett sätt att få ett naturligt forum för emotionellt och socialt lärande – som att föra samtal om existentiella frågor, sexualitet, skönhetsideal, självkänsla och andra företeelser som berör barn och ungdomar på djupet och som kan leda till en osund utveckling – är att införa livskunskap som obligatoriskt skolämne från första till sista klass i grundskola och gymnasium. Denna undervisning kan, och får, dock aldrig bli ett substitut för till exempel indragna psykolog- och kurator tjänster. Nämnda befattningshavare är en förutsättning för att ämnet ska kunna realiseras.

Nätverket anser att:

- staten ska stimulera införandet av psykosociala team i kommunerna
- en förtätning av personalen inom skolhälsovården ska ske
- livskunskap ska införas som obligatoriskt skolämne i grundskola och gymnasium.

Barn- och ungdomsombud

För att barn och ungdomar ska må bra bör de känna att de har möjlighet att påverka sin livssituation. Flera kommuner och landsting har anställt lokala barn- och ungdomsombud. Dessa har till uppgift att ta till vara barns och ungdomars intressen i skolans och kommunens beslutsprocess genom att bland annat kartlägga ungas livsvillkor, hålla barnperspektivet levande, öka barns och ungdomars inflytande, informera och utbilda såväl barn och unga som politiker och tjänstemän, men även utöva en viss tillsyn över till exempel skolmiljön. Vi tror att barn- och ungdomsombud kan vara en viktig kugge i förebyggandet av psykisk ohälsa hos unga människor. Inte minst som en förberedelsestation inför mötet med ett samhälle som inte alltid visar sig från sin bästa sida.

Även på de psykiatriska enheterna är det viktigt att särskilt utsedda och utbildade personer tar sig an barnen när föräldrarna drabbats av psykisk sjukdom-funktionshinder.

Nätverket anser att:

- Sveriges kommuner och landsting ska stimuleras och uppmuntras till att anställa fler barn- och ungdomsombud.

Stöd till föräldrar

En grundpelare i motverkandet av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar är att skapa trygga uppväxtmiljöer i hemmen. Här skiftar förutsättningarna från familj till familj. Många familjer är utsatta för stora yttre och inre påfrestningar som ibland kan generera psykisk ohälsa. I familjer där antingen barnen eller föräldrarna lider av psykisk ohälsa ställs ibland övermänskliga krav på den friska parten. Det är viktigt att socialtjänsten hjälper dessa familjer att klara sin vardag genom till exempel utökad föräldra- och vardagsstöd, och i förekommande fall erbjuda avlösning, korttidshem, och stödpersoner.

Föräldrastödsgrupper, där föräldrar får möjlighet att möta och utbyta erfarenheter med andra i samma situation, är en annan möjlighet för främst småbarnsföräldrar i sårbara familjer att utvecklas i föräldrarollen. Det är även angeläget att barn i utsatta familjer får möjlighet att träffa andra barn i samma situation på korttidshem, och i de lokala intresseföreningarnas regi.

En generell ökad satsning på föräldrautbildning och riktade föräldrautbildningar till föräldrar som har barn med funktionshinder är viktiga instrument för att skapa bättre förutsättningar för barn och ungdomar. Stöd i hemmen måste inkludera professionell handledning till föräldrar och inte bara allmänt vardagsstöd.

Familjestödet tas även upp under rubriken Mödra- och barnavårdscentraler på sidan 25.

Nätverket anser att:

- statliga stimulansmedel ska avsättas till att förbättra och stärka föräldra- och vardagsstödet till ”sköra” familjer
- pedagogiska insatser till barn och ungdomar samt deras familjer ska bli ett obligatoriskt inslag i vården.

Tidiga insatser

Tidig identifiering av riskfaktorer är av avgörande betydelse för att möjliggöra en så positiv utveckling som möjligt hos barn i riskzonen. Hittills har riskfaktorer i huvudsak beskrivits som brister i den psykosociala miljön. Lika viktigt är att tidigt upptäcka utvecklingsavvikelse vid kognitiva och neuropsykiatriska funktionshinder för att tidigt ge adekvata stöd- och habiliteringsinsatser och därmed främja en så positiv psykisk och social utveckling som möjligt.

När barn och ungdomar ändå drabbas av psykisk ohälsa måste insatserna sättas in så tidigt som möjligt för att minimera de negativa konsekvenserna. En förutsättning för att rätt insatser ges är en professionell bedömning av vad som ligger bakom ett barns eller en ungdoms psykiska symptom. Detta är också viktigt för att tidigt upptäcka barn och ungdomar med mer omfattande svårigheter så att vid behov fördjupad utredning av tvärprofessionella team – specialiserade på olika tillstånd som neuropsykiatriska funktionshinder, personlighetsstörningar, OCD/ångest, depression/suicid, ätstörningar och psykoser – kan komma till stånd så snart som möjligt. I dessa team ska såväl psykologisk och social som pedagogisk och medicinsk kompetens ingå. I de fall där det handlar om medfödda funktionshinder ska tidiga adekvata stödinsatser genom habiliteringen erbjudas.

Idag vet många inte vart de ska vända sig när de mår dåligt. Hos barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är väntetiderna i regel orimligt långa – om man överhuvudtaget kommer ifråga för ett besök. Och i många fall räcker det också med att få dryfta problemet och få samtalsstöd på en lägre och mindre dramatisk nivå. Den möjligheten saknas generellt idag. Kommunernas ungdomsmottagningar erbjuder viss hjälp, men i ett riksperspektiv är denna ojäm och ofullständig.

Ett sätt att lösa problemet kan vara att skapa en ”primärvårdsnivå” inom BUP och elevhälsan. Över huvudtaget behöver barn- och ungdomspsykiatriens organisation och arbetssätt ses över. Av tradition har BUP haft en annan grundsyn på psykisk sjukdom/funktionshinder än vuxenpsykiatri. Bland annat har man undvikit att ställa diagnoser och varit mycket restriktiv med att skriva ut psykofarmaka – ett förhållande som håller på att förändras. BUP har även en annan syn på familjens delaktighet i behandlingen: Därför upplever många övergången mellan de två vårdformerna som drastisk och ytterst smärtsam. Det är angeläget att detta glapp täpps till genom en flexibel åldersgräns så att

äldre ungdomar får en mjukare inslussning i vuxenpsykiatri. För dem som fått sin första psykos i skarven mellan barn- och vuxenpsykiatri är detta extra viktigt. En annan brist som behöver åtgärdas är att BUP idag till stor del saknar neuropsykiatrisk kompetens. På de flesta BUP-mottagningar saknas dessutom kompetens för att behandla ångestsjukdomar, och för att följa upp suicidala ungdomar på rätt sätt.

Nätverket anser att:

- barn- och ungdomspsykiatriens organisation och arbetssätt ska bli föremål för en grundlig översyn, samt att nya former för att ta emot barn, ungdomar och föräldrar som mår dåligt bör utvecklas
- statliga insatser ska göras för en generell höjning av BUP:s kompetens inom områdena neuropsykiatri, ångestsjukdomar och suicidalitet.
- de orimligt långa väntetiderna vid BUP ska nedbringas radikalt.

Primärvården

Mot bakgrund av den stora belastningen inom vuxenpsykiatri, men även för att fånga upp problemen på ett tidigt stadium, är det nödvändigt att primärvården förses med adekvat psykiatrisk och psykosocial kompetens. Fortfarande saknas sådan på flertalet vårdcentraler. I flera både mindre och större kommuner har dock lyckade försök gjorts med psykosociala team inom närsjukvården, vilka har kompetensen att bedöma graden av psykiska besvär innan den hjälpsökande, om det anses nödvändigt, remitteras vidare till specialistpsykiatri.

Nätverket anser att:

- statliga medel ska avsättas för att stärka primärvårdens psykiatriska kompetens genom till exempel psykosociala team.

Socialtjänsten

Inom det psykiatriska området är den kommunala socialtjänsten en viktig aktör som har det yttersta ansvaret för att kommunens invånare mår bra och lever väl. I vid bemärkelse handlar detta arbete om att förebygga sociala problem och psykisk ohälsa. Kommunen har dessutom ett uppsökande ansvar för psykiskt funktionshindrade. Många kommuner har genom inventeringar god kunskap om målgruppen och dess behov. Andra saknar en ordentlig kännedom om situationen. Mer aktiva uppsökande aktiviteter för att förebygga psykisk ohälsa, etablera kontakt med personerna i målgruppen och motivera dem till att söka hjälp är tyvärr ovanliga.

Ett lyckat preventivt arbete inom kommunen bygger på ett fungerande samarbete mellan skola, socialtjänst, psykiatri och primärvård, m fl. Inom vissa kommuner har detta uppnåtts, inom andra är samarbetet ytterst bristfälligt. Detta gör att enskilda personer lämnas utan det stöd och den hjälp som de har rätt till. Socialtjänsten bör se till att de organisationer som är berörda samordnar sitt förebyggande arbete inom kommunen.

Vi har sett behovet av en lättillgänglig rådgivningsverksamhet liknande familjerådgivningen för att tidigt möta personer med psykisk ohälsa och livskriser. Denna verksamhet ska vara

inriktad på prevention, god hälsa och välbefinnande. Detta är ett sätt att erbjuda stöd och hjälp innan problemen blivit så stora att man behöver psykiatriska insatser.

Nätverket anser att:

- de kommuner som saknar aktuell inventering ska åläggas att omgående göra detta
- kommunerna bör stimuleras till att vara aktivt uppsökande
- lättillgänglig rådgivningsverksamhet bör inrättas i varje kommun.

Studenthälsovården

Inte heller studenthälsovården har undgått nedskärningar. Detta märks inte minst på det psykiatriska området. Gamla tiders studentpsykiatriker är numera ett så gott som okänt begrepp. Ändå är just universitet och högskolor ett betydande riskfält för psykisk ohälsa. Inte enbart på grund av studiehets. Ibland kan schizofreni, som vanligen debuterar någon gång från tonåren upp till 35 års ålder, bryta ut i samband med att unga flyttar hemifrån till sina studieorter.

Dessa ungdomar far mycket illa, och den hjälp som erbjuds är oftast undermålig. En studenthälsovård värd namnet bör ha resurser för att kartlägga, förebygga och möta psykisk ohälsa och suicidalitet bland studenter på ett tillfredsställande sätt. Genom olika typer av hjälpmedel, stödinsatser och individuell anpassning av studiesituationen är det möjligt att lotsa personer som inte klarar sina studier på grund av psykisk ohälsa genom utbildningen.

Nätverket anser att:

- statliga insatser ska göras för att förbättra studenthälsovårdens kompetens inom området psykisk ohälsa på våra universitets- och högskoleorter.

Särskilt utsatta grupper

I vårt samhälle finns grupper av människor som är mer ”sårbara” för psykisk ohälsa än genomsnittet. Invandrare är en sådan grupp. Många kommer till Sverige med obearbetade traumatiska upplevelser bakom sig. I det nya hemlandet väntar nya påfrestningar. Dessa faktorer resulterar inte sällan i psykiska besvär. Språkbarriären i kombination med kulturella tabuföreställningar kring psykiska funktionshinder gör att många inte får hjälp från psykiatrin förrän situationen är akut – i värsta fall är det då för sent.

En annan skör grupp är utlandsadopterade barn. Enligt flera undersökningar utvecklar dessa i betydligt högre grad än genomsnittsbefolkningen psykiatriska symptom. Risken för självmord eller självmordsförsök är bland dem fyra gånger större. Mycket tyder på att denna ”skörhet” bottnar i traumatiska händelser i barnens liv före adoptionen.

En tredje riskgrupp med högt mörkertal är pensionärer och äldre. Uppbrottet från arbetslivet, ensamhet, fysisk ohälsa-svaghet och dödsångest kan tära hårt på psyket. Följden kan bli depressioner, suicidalitet och annan psykisk ohälsa. Inte desto mindre händer det ofta att äldre inte får någon adekvat hjälp för sina psykiska besvär, som ofta förväxlas med demens eller förklaras med att det är naturligt att vara ”nedstämd” när man är gammal. Äldre personer har samma rätt till en god psykisk hälsa som alla andra.

Medvetenheten kring, och uppmärksamheten på, nämnda, och andra, ”sårbara” grupper måste höjas inom primärvården och psykiatrin. Dessutom fordras förebyggande insatser i form av information och kunskapsspridning till exempelvis barnavårdscentraler, förskolor, skolor, fritidsverksamheter och alla sammanhang där äldre vistas.

Nätverket anser att:

- statliga insatser ska göras för att förbättra information och kunskapsspridning kring psykisk ohälsa bland invandrare, utlandsadoperade, äldre och andra sköra grupper
- det preventiva arbetet med dessa grupper ska utvecklas
- särskilda ”äldreteam” för att förebygga och upptäcka psykisk ohälsa hos äldre ska inrättas inom primärvården.

Utländska modeller

I Sverige har intresset hittills varit svagt för att utveckla nya modeller för prevention och tidiga insatser. Utanför våra gränser saknas dock inte goda förebilder. I grannlandet Norge har till exempel inrättats vårdcentraler inom psykiatrin där BUP, vuxenpsykiatrin och psykologer tar emot gemensamt. På dessa inrättningar finns även tillgång till logoped, sjukgymnaster och liknande kompetens.

I Holland, som både har en nationell strategi och öronmärkta pengar för förebyggande arbete, bedrivs sedan lång tid med stor framgång integrerad psykiatrisk öppenvård och preventionsarbete vid statligt finansierade regionala centrer. Där finns förutom psykiatriker, läkare, sjuksköterskor, psykologer och terapeuter särskilt utbildade preventionsarbetare – en yrkesgrupp som vi fortfarande saknar i Sverige. I anslutning till dessa centrer bedriver specialutbildade socialarbetare ett stort antal projekt för att förbättra befolkningens psykiska hälsa – det kan vara allt från stöd till misshandelsoffer till stress i arbetslivet.

Miami-modellen är ett annat intressant internationellt exempel. Genom så kallade Trust-program (To reach ultimate success together) har barns och ungdomars psykiska hälsa förbättrats avsevärt. Drogmissbruket har nedbringats. Som en följd av denna utveckling har även självmorden bland unga minskat med nära 90 procent på femton år.

Nätverket anser att:

- statliga insatser ska göras för att utveckla nya modeller för att identifiera psykisk ohälsa och genomföra prevention och tidig intervention. Detta bör i största möjliga mån ske i nätverkssamverkan med anhöriga och andra närstående.

Nationella hjälplinjen

Sedan 2001 finns en jourtelefon kallad Nationella hjälplinjen till vilken människor i akut psykisk kris och deras närstående kan vända sig anonymt. Bakom verksamheten, som fått ett mycket positivt gensvar, står hittills hälften av patient-, brukar- och anhängigorganisationerna i detta nätverk. Trots att Nationella hjälplinjen bevisligen är en viktig avlastning för psykiatrin är den fortfarande inte permanent. Tvärtom, har den från första stund varit nedläggningshotad. De statliga medel som den huvudsakligen finansieras med har inte ens räckt till för att, i likhet med Norges motsvarighet, hålla öppet dygnet

runt. Här bör staten tänka om och anslå nödvändiga medel för tryggad drift och utbyggnad i en omfattning som motsvarar behoven. Inom ramen för Nationella hjälplinjens uppdrag kan vi vidare tänka oss att, även här med Norge som förebild, utveckla telefonrådgivning inriktad på arbetslivsrelaterad ohälsa.

Nätverket anser att:

- statliga medel ska avsättas för att göra Nationella hjälplinjen till en permanent 24-timmarsverksamhet
- uppdraget ska utvidgas till att även omfatta telefonrådgivning inriktad på arbetslivsrelaterad psykisk ohälsa.

Patient-, brukar- och anhörigmedverkan

I patient-, brukar- och anhörigorganisationerna finns en betydande potential när det gäller att förebygga psykisk ohälsa och minimera de problem som följer av den. Ingen vet bättre än vi vad det handlar om. Vi är beredda att ta vårt ansvar och medverka vid utbildnings- och informationssatsningar för att bredda och öka förståelsen och kunskapen kring psykiska funktionshinder. Detta sker redan i stor utsträckning genom nätverkets organisationer, vilka utifrån sina specialområden ger information till skolor, idrottsföreningar, träningsinstitut, mode- och skönhetsindustrin, osv.

Nätverket anser att:

- den stora potential som finns inom patient-, brukar- och anhörigrörelsen ska tas till vara i det förebyggande arbetet, och att insatserna ska ersättas ekonomiskt.

SAMVERKAN KOMMUNER-LANDSTING

Sedan psykiatrireformen trädde i kraft 1995 har kommunernas och landstingens bristande samverkan varit ett stående inslag i de utvärderingar som gjorts. På några håll har man tagit lärdom av kritiken och ansträngt sig för att hitta konstruktiva samarbetsformer som gemensamma lokaler och mobila team där både psykiatri och socialtjänst finns tillgängliga. Även på det politiska området har positiva åtgärder vidtagits. Landsting har till exempel samlat alla psykiatriska verksamheter i en och samma nämnd. Ett fåtal landsting och kommuner har anammat de nya möjligheterna att bilda gemensamma nämnder för att bättre komma till rätta med kostnadsfördelningen.

På andra håll fortsätter samarbetet att gå trögt och trevande. I vissa fall har polariseringen ökat ytterligare genom att psykiatrin slutit sig inåt och på den sociala sidans bekostnad blivit allt mer medicinskt inriktad. Detta har fått negativa konsekvenser för såväl tillgänglighet som kontinuitet och långsiktighet, och direkt motverkat den allmänna ambitionen att bygga upp effektiva vårdkedjor som tar hänsyn till individens totala livssituation.

Att samverkansprocessen mellan kommuner och landsting gått så långsamt ser vi som djupt otillfredsställande. I det läge som vi nu befinner oss finns enligt vår mening endast två alternativ. Det ena är att genom lagstiftning sätta hård press på de kommuner och landsting som inte inordnar sig i det nya tänkandet. Det andra är att ompröva modellen med dubbla huvudmannaskap och återgå till en enda huvudman för hela psykiatriområdet.

Nätverket anser att:

- staten lagstiftningsvägen ska sätta press på kommuner och landsting att bättre leva upp till sitt delade huvudmannaskap
- kommuner och landsting ska få ytterligare fem år på sig för att åstadkomma acceptabel samverkan innan en återgång till en huvudman sker.

Patient-, brukar- och anhöriginflytande

Patient- brukar- och anhörigrörelsen är fortfarande en i stora stycken outnyttjad resurs när det gäller att göra vården, stödet och behandlingen bättre för patienterna. Många landsting och kommuner har ännu inte förstått betydelsen och nyttan av patient-, brukar- och anhöriginflytande. Vår erfarenhet är att detta inte har fungerat på de nivåer där planer och riktlinjer för verksamheterna dras upp. Oftast kommer vi in för sent och då på nivåer där enbart detaljer är möjliga att påverka. Därför är det självklart att vi ställer oss bakom förslag om att patient- och anhörigrepresentanter ska delta i samtliga grupper som kommuner och landsting inrättar för att svara för planering och uppföljning av den psykiatriska vården.

Ett krav är att patienter, brukare och anhöriga tilldelas en central funktion i de revisioner och utvärderingar som görs av vårdens kvalitet och innehåll både på kort och på längre sikt. En förutsättning för att detta ska fungera är att patient-, brukar- och anhörigrepresentanterna ges möjlighet till utbildning kring offentlig förvaltning och beslutsgång. De bör även få samma tillgång till information som övriga beslutsfattare, och naturligtvis arvoderas.

Nätverket anser att:

- patient-, brukar- och anhörigrepresentanter ska ingå i samtliga grupper som kommuner och landsting inrättar för att svara för planering och uppföljning av den psykiatriska vården
- dessa representanter ska få samma tillgång till information som övriga beslutsfattare, och arvoderas
- patienter, brukare och anhöriga ska användas som utbildare och konsulter i vården
- patienter, brukare och anhöriga ska ha en central funktion vid revisioner och utvärderingar av vårdens kvalitet och innehåll både på kort och på längre sikt.

Rättighetslagstiftningen

Personer med psykiska funktionshinder har en svag rättssäkerhet. På grund av funktionshindret har de i regel svårt för att själva tillvarata sina rättigheter till vård och behandling – vilket systemet förutsätter. Situationen kompliceras ytterligare av att anhöriga som agerar i deras ställe ofta misstänkliggörs, eller anses som överbeskyddande av myndiga barn.

Psykiatrireformen satte stort hopp till att många personer med psykiska funktionshinder skulle kunna få sina behov tillgodosedda genom LSS. Hittills har den förhoppningen kommit på skam. Ett skäl till detta är att lagen inte tillräckligt preciserar de speciella behov som personer med psykiska funktionshinder har. Otydligheten gäller bland annat rätten till boendestöd. Daglig sysselsättning har en psykiskt funktionshindrad person i regel inte rätt att kräva enligt vare sig LSS eller socialtjänstlagen. Trots att behovet många gånger är uppenbart är det ytterst sällsynt att en psykiskt funktionshindrad person beviljas ledsagarservice eller personlig assistent.

Ett annat skäl till att varken LSS eller socialtjänstlagen fullt ut kan tillgodose personer med psykiska funktionshindres behov är att de kommunala biståndsbedömarnas kunskaper om osynliga funktionshinder ofta är bristfälliga. Enligt kommunernas egna bedömningar (se Socialstyrelsens utvärderingar av psykiatrireformen) finns många personer med psykiska funktionshinder som uppfyller kriterierna för LSS-insatser som antingen fått avslag eller inte sökt.

Nätverket anser att:

- rättighetslagstiftningen generellt bör bli föremål för en grundlig översyn
- en fjärde personkrets ska införas i LSS där personer med psykiska funktionshinder garanteras insatser som boendestöd och sysselsättning
- särskilda insatser ska göras för att öka kommunala biståndshandläggares kunskaper om psykiska funktionshinder
- kommunerna ska åläggas att aktivt söka upp och informera dem som omfattas av rättighetslagstiftningen, och även erbjuda dem stöd i ansökningsprocessen.

FORSKNING

Psykiatriområdets andel av de totala forskningsresurserna är blygsam. Trots att båda betingar lika stora kostnader för samhället satsas betydligt mer på cancer- än på schizofreni-psykosforskning. Och trots att fler dör av självmord än i trafikolyckor får suicidforskningen hålla till godo med en bråkdel av de belopp som avsätts för trafiksäkerhet.

Även när det gäller de forskningsmedel som psykiatriområdet förfogar över råder obalans mellan medicinsk och humanistisk/samhällsvetenskaplig forskning. Betydligt större resurser satsas på att utforska hjärnan och ta fram nya mediciner än på att till exempel studera effekter av prevention, brukarmedverkan och andra företeelser på det sociala fältet. En förklaring till denna obalans är att forskningen på området till stor del bekostas och styrs av den multinationella läkemedelsindustrin.

Hjärn- och ärftlighetsforskningen är viktig för förståelsen av orsakerna till psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Lika angeläget är att vi får ändamålsenligare mediciner med färre biverkningar. Effekten av dessa forskningsinsatser blir dock ofullständig så länge annan forskning försummas.

Därför kräver vi inte bara en kraftig höjning av de offentliga forskningsanslagen till psykiatriområdet, utan även att en särskild satsning görs på forskning om psykisk ohälsa inom det humanistiska och samhällsvetenskapliga området. Många frågor inom det socialvetenskapliga, psykologiska-, pedagogiska- och omvårdnadsvetenskapliga området väntar på sin vetenskapliga belysning. En sådan fråga kan vara att undersöka de samhällsekonomiska effekterna av frivilligorganisationernas arbete. Ett annat studieobjekt kan vara att belysa skillnader mellan och effekter av offentliga och privata insatser kring boende, rehabilitering och andra verksamheter på området. Mer forskning kring självhjälpgrupper, återhämtning och suicidprevention samt hur individers psykiska ohälsa påverkas av att ständigt leva på existensminimum, står också på vår önskelista. Långsiktigt ser vi det som självklart att patient-, brukar- och anhörigorganisationerna får ett inflytande över fördelning och användning av forskningsanslagen.

Nätverket anser att:

- psykiatriområdets del av de totala forskningsresurserna ska ökas kraftigt
- nuvarande obalans mellan medicinsk och humanistisk/samhällsvetenskaplig forskning bör rättas till genom att en långsiktig satsning görs för att säkerställa mer resurser till samhällsvetenskaplig och humanistisk forskning inom psykiatriområdet
- patient-, brukar- och anhörigorganisationerna får ett större inflytande över fördelning och användning av de offentliga forskningsanslagen

UTBILDNING OCH KUNSKAP OM OSYNLIGA FUNKTIONSHINDER

Generellt är kunskaperna om de ”osynliga” funktionshindren, inklusive suicidalitet, fortfarande bristfälliga i samhället. Fördomar frodas. ”Vi och dom”-tänkandet lever vidare. För att motverka detta krävs omfattande informationsinsatser i skolor, på arbetsplatser, i föreningar och organisationer, m fl. Detta informationsarbete bör bedrivas långsiktigt och målmedvetet. Enstaka informationskampanjer kan ge positiva effekter på kort sikt, men utan kontinuitet och uppföljning återgår allt snart till det gamla.

En förutsättning för ett ökat allmänt medvetande kring ”osynliga” funktionshinder är att den profession som i sin dagliga gärning undervisar andra eller i sin yrkesutövning ofta kommer i kontakt med funktionshindrade personer har adekvata kunskaper i ämnet. Tyvärr är detta långtifrån alltid fallet. På till exempel förskolläraryrket, lärar-, socionom-, psykolog- och vård- och läkarutbildningarna har undervisning kring ”osynliga” funktionshinder hittills varit frivillig och därför kunnat väljas bort av studenterna. Vår uppfattning är att detta ämne inte bara bör bli obligatoriskt på dessa utbildningar, utan även att brukare och anhöriga ska ha ett avgörande inflytande över undervisningens utformning. Önskvärt är vidare att patienters, brukares och anhörigas erfarenheter tas till vara och förmedlas på ett direkt sätt genom att dessa anlitas som föreläsare.

Nätverket anser att:

- strategier ska utarbetas för att öka den allmänna kunskapen om, motverka fördomar kring och förändra attityder till personer med psykiska funktionshinder
- undervisning kring ”osynliga” funktionshinder, inklusive suicidalitet, bör bli obligatorisk vid utbildningen av förskollärare, lärare, psykologer, socionomer, läkare, övrig vårdpersonal, och andra angränsande yrkesgrupper
- patienter, brukare och anhöriga ska ha ett avgörande inflytande över utformningen av denna undervisning och anlitas som föreläsare.

Mentorer

Mentorskapstänkandet har ännu inte slagit igenom på bred front inom psykiatriområdet i Sverige. De försök med mentorer som gjorts har dock utfallit positivt. Mentorskap kan tillämpas på flera plan. Vanligast är att personer med egen erfarenhet av att leva med funktionshindret fungerat som mentorer för andra i samma situation. Därigenom skapas ringar på vattnet och nya möjligheter att övervinna svårigheter i vardagen.

Ett annat alternativ är att funktionshindrade i egenskap av ”experter” på sitt funktionshinder axlar rollen som mentor och handledare för politiker, vårdpersonal och andra som yrkesmässigt har kontakt med personer med psykiska funktionshinder och behöver fördjupad kunskap. Många av dessa har fortfarande inte insett hur mycket som finns att lära av patienter och anhöriga. Här välkomnar vi en attitydförändring. Vi tror att systemet med mentorskap hör framtiden till inom psykiatriområdet. Därför bör landsting och kommuner på olika sätt stimulera till utbildning, utveckling och spridning av idén.

Nätverket anser att:

- landsting och kommuner ska stimulera till utbildning, utveckling och spridning av mentorskapstanken inom psykiatriområdet

BEMÖTANDE

Vad som är ett bra och vad som är ett mindre bra bemötande låter sig inte definieras i absoluta termer. Ofta handlar det om subjektiva värderingar vid ibland extraordinära situationer. Inte desto mindre anser många personer med psykiska funktionshinder och deras anhöriga att de inte får det bemötande från den psykiatriska personalen som de anser sig ha rätt att förvänta sig. Nästan alla med långvariga erfarenheter av psykiatrisk vård kan vittna om tillfällena när de känt sig djupt kränkta och berövade all personlig integritet.

Sällan är detta ett utslag av illvilja eller maktfullkomlighet från personalens sida, utan snarare ett resultat av kunskapsbrist och frustration över underbemanning, otydlig organisation och en hårt pressad arbetssituation i största allmänhet. På samma sätt upplever individen i regel bemötandet som positivt när hon/han betraktas som en medmänniska och inte som ett namn och ett nummer på en patientbricka. Troligen skulle klagomålen på dåligt bemötande minska radikalt om psykiatrin tillfördes fler resurser och fick de många systemfelen åtgärdade.

Enligt vår uppfattning måste det från de vårdande och stödjande instansernas sida ske en attitydförändring gentemot personer med psykiska funktionshinder, som inte får bemötas annorlunda än somatiskt sjuka personer. Patienter-brukare och anhöriga ska inte behöva vara rädda inför mötet med vården, och slippa känna sig nervärderade och osynliggjorda.

Oavsett behandlingsform eller vårdideologi finns några grundregler för ett bra bemötande som stödet och behandlingen alltid bör iaktta i mötet med patienten-brukaren.

Nätverket anser att:

- den hjälpsökande måste betraktas som en individ med styrkor, talanger, intressen och begränsningar som alla andra, och inte som ett "fall" med vissa sjukdomssymptom
- individen ska ha rätt att vara fullt delaktig i alla beslut angående den egna vården, stödet och behandlingen. Detta bör gälla hela vårdkedjan från planering till utförande av insatserna och utvärdering
- vården, stödet och behandlingen måste respektera och bejaka patienten-brukarens rätt att så långt det är möjligt själv få besluta om och välja vägar för sin återhämtning. Detta bör gälla såväl vårdmiljö som typ av insatser för att uppnå de överenskomna målen
- vården, stödet och behandlingen måste vara inriktad på att varje individ har en inneboende förmåga till återhämtning. Detta oavsett hur dominerande sjukdomen eller funktionshindret kan förefalla för tillfället
- vården, stödet och behandlingen ska ha ansvar för att patienten/brukaren och deras anhöriga får information om sjukdomen-funktionshindret och olika behandlingsalternativ.

Återhämtning till ett självständigt liv

Att allt fler, framförallt brukare och forskare, börjat tala om återhämtning i samband med psykiska sjukdomar och funktionshinder är ingen tillfällighet. Vi har saknat ett ord som människor som definierats som psykiskt långtidssjuka eller funktionshindrade har kunnat

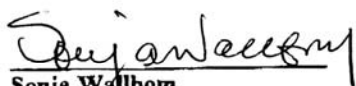
identifiera sig med när de i olika grad övervunnit sjukdomen/funktionshindret och fått ett bättre liv ute i samhället.

Begreppet återhämtning skiljer sig från bot och rehabilitering på tre avgörande sätt:

- Individen själv och hans eller hennes inre processer spelar en viktig roll. Det kan till exempel handla om att upptäcka, acceptera och integrera nya tankar och förhållningssätt hos sig själv, och utifrån dessa formulera nya livsmål. När vi talar om bot eller rehabilitering ligger fokus på yttre insatser huvudsakligen utförda av professionella. Återhämtning är en process som uppstår i mötet mellan individens eget arbete och behandlande eller stödjande insatser från andra, anhöriga, vänner och professionella.
- Återhämtning handlar inte i första hand om symtomen (botande) eller funktionsnivån (rehabiliterande), utan om hela individen i sitt sammanhang. Återhämtade talar ofta om vikten av att komma till rätta med sin negativa självbild, få tillbaka självkänslan, känna hopp och uppleva att det finns en mening i tillvaron. Återhämtning är individens subjektiva upplevelse av hur hon eller han klarar av att hantera sina problem eller hinder och hur man ser på sin livssituation. Man kan ha kvar symtom eller funktionshinder men ändå uppleva att man är återhämtad.
- Återhämtning innebär att individen skaffar sig makt över sitt liv. Makten måste erövas över symtomen eller funktionshindren och i förhållande till professionella och närstående.

Återhämtning kan beskrivas som en djupt personlig, unik förändringsprocess av individens attityder, värderingar, känslor, livsmål och/eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredställande, hoppfullt och konstruktivt liv inom ramen för de begränsningar som sjukdomen eller funktionshindret skapar. Man utvecklar ett nytt sätt att förhålla sig till livet och till sina problem och lämnar sjukdomens eller funktionshindrets negativa effekter bakom sig.

En kritik som ofta riktas mot återhämtningsbegreppet är att det sällan handlar om att återkomma till något man var innan, utan att det snarare handlar om att utveckla nya insikter, färdigheter och förhållningssätt. Bland flera brukarorganisationer bedrivs nu ett arbete som syftar till att undersöka hur vård, stöd och behandling bör vara inriktade och utformade för att stödja återhämtning. När brukare får frågan om vad som varit till hjälp blir svaret ofta mänskliga relationer, självbestämmande och hopp. En viktig fråga är hur detta kan kombineras med evidensbaserade insatser. Vad kan professionella göra för att underlätta återhämtning? Vi efterlyser en dialog där de professionella erbjuder en möjlighet att se på sitt arbete med patientens - brukarens och de anhörigas ögon.



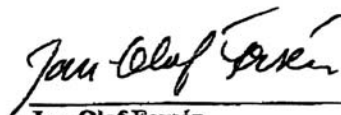
Sonja Wallbom
Riksförbundet för hjälp åt narkotika-
läkemedelsmissbrukare
RFHL



Ann-Kristin Sandberg
Riksförbundet Attention



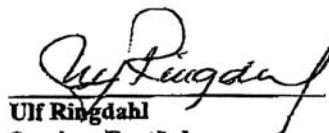
Sonny Wahlstedt
Svenska ångestsyndromsällskapet
ASS



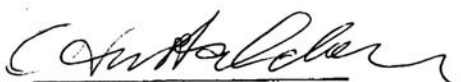
Jan-Olof Forsén
Riksförbundet för Social och Mental
Hälsa
RSMH



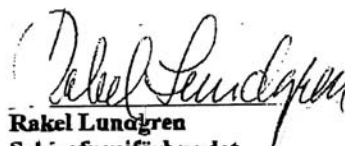
Margit Ferm
Riksförbundet för SuicidPrevention och
EfterlevandeStöd
SPES



Ulf Ringdahl
Sveriges Fontänhus



Anita Odell
Svenska OCD-förbundet Ananke



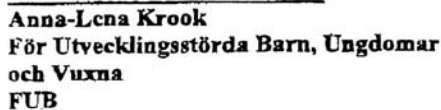
Rakel Lundgren
Schizofreniförbundet
intresseföreningen för schizofreni och
liknande psykoser



Torsten Kindström
Föreningen Balans



Gunilla Persson
Riksförbundet Föräldraföreningen Mot
Narkotika
FMN



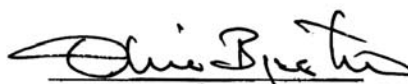
Anna-Lena Krook
För Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar
och Vuxna
FUB



Christer Karlsson
Kriminellas Revansch I Samhället
KRIS



Eva Nordin Olson
Riksföreningen Autism
RFA



Oliver Bjerström
Anorexi- och bulimikontakt