



Schizofreniförbundets valdebatt 2014

**Layout: Kristina Kleinert
Schizofreniförbundet
Hantverkargatan 3 G
112 21 Stockholm
www.schizofreniforbundet.se**

Innehållsförteckning

Inledning	4
Brev till PRIO-bloggen från Harald Wilhelmsson ordförande för schizofreniföreningarna i Skåne till Anders Printz Socialdepartementet	5
Anders Printz svarar	6
Harald Wilhelmsson kommenterar svaret	8
Anders Printz slutkommentar	11
Brev till riksdagspartierna från Schizofreniförbundet	12
Kristdemokraterna (KD) svarar	16
Harald Wilhelmsson kommenterar (KD)	18
Centerpartiet (C) svarar	20
Harald Wilhelmsson kommenterar (C)	22
Vänsterpartiet (V) svarar	25
Harald Wilhelmsson kommenterar (V)	28
Moderaterna (M) svarar	31
Harald Wilhelmsson kommenterar (M)	34
Folkpartiet (FP) svarar	37
Harald Wilhelmsson kommenterar (FP)	39
Sverigedemokraterna (SD) svarar	42
Harald Wilhelmsson kommenterar (SD)	43
Miljöpartiet (MP) svarar	45
Harald Wilhelmsson kommenterar (MP)	48
Socialdemokraterna (S) svarar	50
Harald Wilhelmsson kommenterar (S)	52
Socialdemokraternas (S) synpunkter på Harald Wilhelmsson kommentarer	59
Slutkommentar till inläggen på Schizofreniförbundets valblogg inför valet 2014	61
Schizofreniförbundet anser att följande frågor särskilt bör uppmärksammas och ges politisk prioritet under den kommande valperioden 2014- 2018	68
Läkartidningen.se 2014-05-12 ”Personer med schizofreni fortfarande bland de mest utsatta”	70
Svenska Dagbladet 11 maj 2014 BRÄNNPUNKT SvD Opinion ”Bryt stigmat om mental ohälsa”	74
Svenska Dagbladet 24 november 2014 ”Sjuka skrivs ut till hemlöshet”.....	77
Svenska Dagbladet 24 november 2014 ”Minister lovar satsning på psykvård”	80
Svenska Dagbladet 17 december 2014 ” Press på kommuner ska stoppa utskrivning till gatan	82
Socialstyrelsens hemsida nyhet 18 december, 2014, Dör i förtid	84
Svenska Dagbladet 6 januari 2015, Psyksjukas anhöriga riskerar egen sjukdom	85

Inledning

Schizofreniförbundets valblogg är egentligen en mailkommunikation från våren 2014 mellan representanter för förbundet och representanter för samtliga riksdagspartier som fortlöpande publicerats på förbundets hemsida.

Årets ”valblogg” skall ses som en fortsättning på en liknande kommunikation mellan representanter för förbundet och representanter för samtliga riksdagspartier inför valet 2010.

När det är val till riksdag och till kommuner och landsting är det tid för ökad kommunikation om de problem som finns för olika grupper i landet och de politiska partierna. Beskrivningar av hur brukar- och anhörigorganisationer ser situationen för t ex de personer som haft otur att drabbas av schizofreni och liknande psykoser kan bli viktig information för de politiska partierna. Även beskrivningar av brister i lagstöd och brister i de vårdansvarigas agerande kan vara viktig information för de politiska partierna.

Samtidigt är det värdefullt för oss att ta del av vad de politiska partierna har för uppfattning om samhällssituationen för den aktuella gruppen och deras anhöriga liksom vad det finns för tankar om förändringar och viljan att genomföra åtgärder som kan förbättra situationen i olika avseenden.

I år har vi kompletterat dialogen med företrädare för de politiska partierna med en dialog med en av regeringens psykiatrisamordnare Anders Printz, Socialdepartementet samt med artiklar i Läkartidningen och Svenska Dagbladet.

Sammantaget utgör detta en beskrivning av de problem som möter personer som drabbats av schizofreni och liknande psykoser och deras anhöriga i dagens samhälle. Den innehåller även en fyllig katalog över åtgärder som skulle förbättra situationen för den aktuella gruppen i enlighet med Riksdagens beslut 1994 om ”samhällsintegration på lika villkor och ökat inflytande från de drabbade och deras anhöriga över sina egna liv och över den vård och service som de behöver”.

Det är vår förhoppning att detta skall komma till användning i reformarbetet både på riksnivå och inom regioner, landsting och kommuner under den kommande valperioden.

Harald Wilhelmsson
Ordförande Schizofreniföreningen i Skåne

Initiativet från Harald Wilhelmsson ordförande för schizofreniföreningarna i Skåne till Anders Printz psykiatrisamordnare

Hej Anders!

Rakel Lundgren och jag skrev en artikel i Dagens Medicin i april 2010

Mycket har ju hänt sedan dess och det är inte alldeles lätt att hålla reda på vad som hänt och vilka effekter det kan ha haft.

Jag kom då på att Du med din kompetens och erfarenhet borde vara den person som har den allra bästa kunskapen och överblicken över den aktuella situationen för dem som drabbats av schizofreni och liknande psykoser. Med utgång från artikeln har jag ett par frågor som det skulle var bra om Du kunde besvara åt oss.

1. Av alla de förhållanden som vi tar upp i artikeln undrar jag om Du kan se vilka som har förändrats till det bättre sedan artikeln skrevs för den aktuella gruppen?

Det som brister är vårdansvarigas och myndigheters förmåga att skydda och förbättra livsvillkoren och bidra till ett hälsosammare och längre liv.

Gruppen som tidigare isolerats och stigmatiserats räknas fortfarande inte till samhället.

- En kraftig överdödligheten för personer med schizofreni och liknande psykoser.
- Medellivslängden i jämförelse med normalbefolkningen har ständigt minskat.
- Hemlösheten har ökat sedan början av 1990-talet.
- Den fysiska sjukligheten är idag en trolig huvudorsak till den ökande dödligheten i gruppen.
- Den ekonomiska standarden har successivt minskat sedan början av 1990-talet.
- Befintliga lagar skyddar inte de enskilda personerna från fattigdom ensamhet och utanförskap, försämrade fysisk hälsa och en alltför tidig död eller att i stor omfattning utnyttjas av andra starkare personer.
- Många personer som drabbats av schizofreni och liknande psykoser lever idag ett kortare och sämre liv än före 1994.
- Kvalitetsbrister och systemfel inom psykiatrin och socialtjänsten medverkar till den uppkomna situationen.

2. När det gäller det lagliga stöd som de behöver för att kunna leva integrerade och trygga i samhället i enlighet med 1994 års riksdagsbeslut har vi följande frågor?

2.1 Kan Du se att det lagliga stödet har förbättrats under de nästan fyra år som gått?

2.2 Om så är fallet vilka lagar och/eller paragrafer vill Du peka på?

2.3 Vad kan det förbättrade lagliga stödet ha betytt för de enskilda individerna med schizofreni och liknade psykoser?

Vänliga hälsningar

Harald Wilhelmsson

Ordförande Schizofreniföreningen i Skåne

Svar från Anders Printz till Harald Wilhelmsson

I tisdags publicerade jag Harald Wilhelmssons frågor om livsituationen för personer som har diagnosen schizofreni och andra liknande psykosjukdomar. Harald ställer frågan om det har blivit bättre och jag ska försöka diskutera det i det här inlägget. Svaret är sammanfattningsvis att vi behöver göra mycket mer men jag vill påstå att PRIO satt fokus på den här målgruppen på ett sätt som vi inte sett sedan psykiatrireformen.

Först kan jag konstatera att vi behöver veta mer för att veta om saker blir bättre eller sämre, särskilt om individernas egna uppfattningar. Som jag ser det borde en av de viktigaste källorna vara intervjuer eller enkäter där personer med tex kontakt med socialpsykiatriska verksamheter fick svara på frågor kring sin livsituation och hur man upplever den. Finner man mening i sin vardag, tycker man själv att det man gör på dagarna är en meningsfull sysselsättning? I år kommer Vårdanalys i sin utvärdering av PRIO utveckla hur en sådan långsiktig uppföljning av människors egna uppfattningar skulle kunna se ut. Det har vi behövt länge och nu tas ett steg framåt.

Sedan psykiatrireformen har vi tjatat om vikten av att kommunerna inventerar behoven hos innevånare med psykisk funktionsnedsättning. Det räcker inte med att vi konstaterar brister på nationell nivå utan huvudmännen måste skaffa sig konkreta verktyg för att bedöma behovet hos individerna och vidta förbättringsåtgärder utifrån behoven. Men trots tillsynsinsatser, informationsinsatser och otaliga konferenser har det gjorts för få inventeringar. Genom PRIO har proppen gått ur. 199 kommuner gjorde förra året en godkänd inventering, analyserade resultaten och bifogade planer för hur man ska utveckla boende och sysselsättning. Inventeringarnas resultat visar det vi redan vet, behoven av hälsovård är stora och många har ingenting att göra på dagarna. Skillnaden är att det nu pågår ett arbete i kommunerna att där på plats, göra något åt det. I år är det ett krav att man har en inventering och utifrån denna analyserar bl.a. hur tillgången till insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer är i dag och hur den ska förbättras. Analyserna blir inte godkända om inte patient- och brukarorganisationerna lämnat synpunkter.

När det gäller den somatiska ohälsan måste vi ta krafttag. Alla siffror vi har bekräftar den ohälsa Harald beskrev 2010. Därför var ett av prestationsmålen förra året inriktat på att 50 procent av patienterna skulle ha fått en uppföljning av sin läkemedelsbehandling. Alla landsting klarade det. I år lägger vi till krav på att patienternas ska ha erbjudits hälsofrämjande insats som tex hälsoundersökning eller olika typer av rådgivning. Min utgångspunkt är att alla landsting bör klara de krav vi har ställt. Vi får omedelbara effekter av de prestationsbaserade medlen.

Sysselsättning är ett område där jag känner frustration. De siffror vi har visar inte att det sker någon ökning av antalet personer som har tillgång till sysselsättning. Vi hade lättare kunnat peka ut lämpliga åtgärder om vi visste att kommunernas utbud legat kvar på samma nivå eller försämrats. Men det är inte alls min bild. Mer än hälften av kommunerna erbjuder verksamhet av tre olika typer; träfflokaler, strukturerad sysselsättning och mera arbetsinriktade insatser. Så problemet måste stå att finna någon annanstans.

Sannolikt i hur väl insatserna anpassas till den enskildes vilja, intresse och kompetens. I år ska kommunerna därför bl.a. analysera hur individens delaktighet kan stärkas i samsättningsverksamheterna.

I slutet av sitt inlägg frågar Harald om det lagliga stödet blivit bättre för gruppen. Riksdagen beslutade 2010 om att kommuner och landsting måste ha överenskommelser om sin samverkan kring personer med psykisk ohälsa och att den som har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvård ska få en individuell plan. Implementeringen gick trögt i början. Men genom PRIO finns nu samverkansöverenskommelser i hela landet. I år ställer vi krav på att samverkan ska följas upp och att handlingsplaner ska göras för hur samverkan ska förbättras. Om inte brukarorganisationer lämnat synpunkter på handlingsplanerna utgår inga medel.

Ett långsiktigt utvecklingsarbete med tydliga mål och ekonomiska incitament stöder implementeringen av ny lagstiftning. Genom PRIO har vi åstadkommit en nästan hundaprocentig efterlevnad till reglerna om samverkansöverenskommelser. Erfarenheterna visar att lagstiftning inte ensamt bidrar till omedelbara förändringar. I stället krävs stimulans för ett utvecklingsarbete mot tydliga mål. Det har vi nu.

Vi ser en rad konkreta förändringar i strukturer och insatser som jag redovisar ovan. För att se förbättringar i den enskildes livssituation tex när det gäller somatisk hälsa måste vi hålla vidmakthålla det som uppnåtts och betona långsiktighet.

Med vänlig hälsning
Anders Printz
Psykiatrisamordnare

Harald Wilhelmsson kommenterar Anders Printz svar

Hej Anders och ett stort tack för Ditt svar.

Du har rätt i att PRIO fr. o m 2012 och fortsatt satt fokus på målgruppen personer med allvarlig psykisk sjukdom och funktionsnedsättningar på ett sätt som vi inte tidigare sett sedan Riksdagen 1994 beslöt att avsluta den 130 åriga institutionsperioden och inleda en ny period med samhällsintegration på lika villkor och inflytande över sin situation för de drabbade och de anhöriga.

Jag tolkar Ditt svar som att egentligen är situationen för enskilda individer fortfarande oförändrad i förhållande till den som vi beskrev i vår artikel 2010. Det är även vår uppfattning. Vi kan dock se ansatser till positiva förändringar inom flera områden men som ännu inte har nått ut helt och fullt till större grupper.

Vi delar även Din syn på att kunskaperna om hur de enskilda individerna lever i samhället och vilka åsikter de själva har om sin situation är mycket bristfälliga. Men det är förhållanden som kan avhjälpas genom tillförlitliga studier av levnadsförhållanden och inventeringar som omfattar hela gruppen allvarligt psykiskt sjuka. Vår erfarenhet är att de kommuner som redovisat har inventerat de personer som man känner till inom socialtjänsten. Kanske en tredjedel av de 43 000 som vi vet har allvarliga psykiska funktionsnedsättningar. Det krävs mer för att vi skall ropa Hej!

Du nämner att du känner frustration över brister inom sysselsättningen. Vi kan komplettera med frustration över omfattande brister inom bostadssituationen, den ökande institutionaliseringen som skett sedan 1995 och att reformen personligt stöd från personliga ombud brister både i omfattning och finansiering. De psykiskt sjuka behöver detta basala stöd för att kunna leva i samhället.

Den höga dödligheten är en vårdskandal för hela samhället som kommer att diskuteras under lång tid framöver. Den började öka vid mitten på 1990-talet och vi har sedan dess påtalat det orimliga i att de svårast psykiskt sjuka dör 20 år i förtid utan att våra myndigheter vet varför och utan att de har identifierat effektiva åtgärder. Vårdskandaler av denna dimension kräver som Du säger ”krafttag” men dem har vi ännu inte sett.

Jag måste därför åter konstatera att det som brister är myndigheters och vårdansvarigas förmåga att skydda, förbättra livsvillkoren och bidra till ett hälsosammare och bättre liv för de långvarigt, allvarligt psykiskt sjuka.

Du är en optimistisk och positiv person som har rollen att samordna insatser från staten, kommunerna och landsting/regioner och att se till att nära 900 miljoner kronor per år används på ett effektivt sätt. Du redovisar förhoppningar om resultat inom flera av de områden där PRIO sjösatt nya administrativa modeller med ekonomiska incitament för att påverka verkligheten ute i samhället. Självklart skall Du i Din roll vara optimistisk och tro på att det Ni gör kommer att ge resultat.

Vår roll inom brukar- och anhörigrörelserna är lika självklar nämligen att påtala svårigheter och brister i PRIO-satsningen och föreslå förbättringar. Några områden är av den karaktären att de bör nämnas här.

1 Vi har en psykiatri som spretar åt olika håll till trots av att Svenska Psykiatriska Föreningen gör sitt bästa för att ge en samlad bild av inriktningen. Vi skall utbilda stora grupper personal under de närmaste 10 åren men till vilka roller och uppgifter skall de utbildas? Det är statens ansvar att ge en bild av hur svenska psykiatri skall arbeta till vägledning för de utbildningsansvariga. Det kan inte vara rimligt att varje region/landsting/kommun/psykiater väljer sin egen modell och utbildar personal för denna. Ett land behöver av många olika skäl en viss enhetlighet i grundläggande strukturer. Vi saknar ett sådant dokument för den psykiatriska vården.

2 Både den medicinska vetenskapen inom det psykiatriska området och den sociala vårdvetenskapen har utvecklats starkt under senare år. Det finns idag omfattande evidensbaserade kunskaper om hur vi på bästa sätt skall utforma service, stöd, vård och rehabilitering för att kunna förverkliga Riksdagens beslut från 1994 men de tillämpas i alltför liten omfattning.

Mycket – t ex Socialstyrelsens nationalekonomiska studier i Södertälje och av personliga ombud i Lund och Kristianstad – tyder på att nuvarande struktur och organisation är extremt resurskrävande och dåligt lämpade för att förverkliga den nya vård av psykiskt sjuka som vi idag vet är möjlig. Vi behöver ett tydligt stöd för ett genomförande av nya former för att distribuera service, stöd, vård och rehabilitering och att utveckla det inflytande för patienter som regeringen beslöt om 1994. Kunskapen om dess nya former finns och tillämpas redan i Holland, England och i flera av våra grannländer. Tyvärr ser jag inga tydliga sådana satsningar inom ramen för PRIO.

3 Psykiatrireformen från 1994 gjordes i alltför hög grad beroende av de anhörigas ansvar och insatser. Detta är inte hållbart i längden. Inte heller här ser jag några tydliga insatser inom ramen för PRIO.

4 Inom brukar- och anhörigorganisationerna ser vi ju inte bara till individens behov av vård till individens hela situation och här har vi stora och välkända brister.

- Ökande hemlöshet.
- Ökande fattigdom.
- Ökad sjuklighet i fysiska sjukdomar.
- Diskriminering och stigmatisering medverkar till att förvärra situationen.
- Brister i stöd för att individen skall kunna tillgodogöra sig nödvändiga livsstilsförändringar ökar belastningen på individen.
- Successivt ökad dödlighet i fysiska sjukdomar och biverkningar av medicinering.
- Sysslolöshet
- Ensamhet
- Inget meningsfullt att göra på varken dagar eller nätter.
- Brist på mänskliga kontakter.
- Ökande institutionalisering som minskar individernas inflytande över sina liv och isolerar dem från sociala kontakter.

Självklart hoppas vi att PRIO-satsningen 2012 o f skall kunna avhjälpa en del av dessa brister men vi vet av erfarenhet att de är mycket svåra att påverka. När stimulansmedlen upphör avvecklar man förändringarna.

PRIO-satsningen skall ju avslutas redan 2016 och enligt vår uppfattning är detta ett alltför kort perspektiv för att råda bot på dessa missförhållanden. Vi behöver därför en ökad uthållighet i reformarbetet.

5 Så till lagstiftningen där Du nämner ett par lagar som tillkommit sedan 2010. Framför allt lagen om samordna individuell plan har jag hoppats mycket på men det har ju visat sig vara svårt att få psykiatrin, primärvården och socialtjänsten att tillämpa den. Vilka erfarenheter är det som visar att lagstiftning inte fungerar? Det är väl snarast så att erfarenheten under hela perioden 1995 till i vart fall 2012 visar att tidsbegränsade stimulansåtgärder inte fungerar.

Jag måste därför avslutningsvis åter konstatera att vi fortfarande inte har en lagstiftning som skyddar de som drabbats av allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning i den samhällsintegration som Sveriges Riksdag beslöt om 1994.

Det är dock min förhoppning att jag efter att ha tagit del av utvärderingarna 2017 skall kunna skriva om ett mer positivt resultat än det som hittills har redovisats för de drabbade och deras anhöriga.

Harald Wilhelmsson

Anders Printz kommenterar Harald Wilhelmssons kommentar 4 februari, 2014

Hej Harald

Jag vill lämna några slutliga kommentarer till vår diskussion, främst för att peka på några ytterligare åtgärder inom PRIO som berör det du tar upp. Jag vill dock påpeka att jag inte gör det för att jag är nöjd eller positiv i alla delar. I stället delar jag din uppfattning att det är oacceptabelt att personer med psykisk sjukdom exempelvis har en så mycket sämre somatisk hälsa än övriga befolkning. Det som pågår måste vara långsiktigt. Vi behöver också fundera på om det vi gör är rätt och tillräckligt. Därför är dina inlägg viktiga för vårt arbete. Men jag vill ändå berätta om insatserna så att vi kan se hur helheten ser ut, vad som fungerar och vad som inte gör det och vad som behöver vara nästa steg.

När det gäller boendesituationen är innehållet i stödet viktigt. Får man rehabiliterande insatser? Förmedlar personalen hopp så att den enskilde ser möjligheter och känner tillförsikt? En av årets prestationer är att kommunerna måste arbeta med följsamheten till nationella riktlinjer och peka ut vägar för att stärka den enskildes ställning i boendeverksamheten. Annars får de inte del av prestationsmedlen.

När det gäller det nationella stödet till hur psykiatrin ska arbeta vill vi att myndigheterna ska göra mer och att deras verksamhet ska vara mera samordnad. Läs mitt inlägg på bloggen från i går. Men jag tror att det skulle gå att göra mera på kompetensområden. Vad ska man kunna i olika roller. Vad ska grund- och specialistutbildningar innehålla och på vilka områden behöver fortbildningen prioriteras. Det krävs dock ganska mycket eftertanke för att en sådan ansats ska bli bra. Men kanske är det ett område där positionerna kan flyttas fram.

När det gäller modeller och strategier för samordnat och evidensbaserat stöd ingår ju det i det jag skriver ovan om riktlinjer. Men SKL har också PRIO-medel för att utveckla, pröva och sprida sådana arbetssätt. Läs mer här: <http://i-nod.se/>

Nationellt Kunskapscentrum anhöriga i Kalmar har i uppdrag att utveckla och sprida arbetssätt som stödjer anhöriga. Läs mer här: <http://www.anhoriga.se/anhorigomraden/psykisk-ohalsa/>

Men som sagt. Jag vill inte försköna verkligheten. Vi har mycket kvar att göra.

Anders Printz

Inledning av Schizofreniförbundets elektroniska valstuga 2014

Brev till Moderaterna, Folkpartiet, Centerpartiet, Kristdemokraterna, Socialdemokraterna, Miljöpartiet, Vänsterpartiet, Sverigedemokraterna

Lite information och några tankar kring situationen för dem som insjuknat i psykosjukdom och deras anhöriga.

Livstidsrisken att insjukna i Schizofreni är ca 0,8 %.

Ca 70 000 personer insjuknar någon gång under sin livstid i Sverige.

20-40 % insjuknar före 20 års ålder. (Män 15-25 års åldern, kvinnor 25-35 års åldern.)

Upp mot 1000 personer insjuknar i schizofreni varje år i Sverige.

Vi vet idag inte varför man insjuknar men det finns en ärftlig faktor hos en del. Om man använt cannabis flera gånger så ökar risken ganska kraftigt att insjukna i schizofreni. Ofta talar man om att stress i kombination med sårbarhet kan vara en förklaring men ingen vet i förväg vilken stress och vilken sårbarhet det är som är avgörande.

Eftersom insjuknandet sker i tjugoårsåldern och att sjukdomen i hög utsträckning är livslång så blir det många personer efterhand. Det finns idag över 40 000 personer med schizofreni och likande psykos som har stora svårigheter att utan hjälp och stöd klara ett eget självständigt liv.

Några tillfrisknar men vi vet inte på förhand vilka. Några återhämtar sig och kan leva ganska normala liv. Inte heller här finns det kunskap som gör att man i förväg vet vilka som kan återhämta sig.

Men för en stor andel kanske 60-70 procent blir det fortsatta livet präglad av sjukdomens symtom och av de funktionsnedsättningar som oftast följer med sjukdomen.

Det finns idag ingen kunskap om hur man botar schizofreni och liknande psykosjukdomar. Men det finns många saker som kan göra livet bättre för dem som insjuknar och deras anhöriga.

Tidiga insatser i samband med insjuknandet av team med olika kompetenser som samarbetar med patienten och dennes närstående och som därefter ger ett fortsatt stöd för återhämtning påverkar prognosen positivt.

Medicinering med neuroleptika mot sjukdomens symtom hjälper många men botar inte sjukdomen och orsakar ofta svåra biverkningar. Här vet vi att även antalet av samtida preparat och dosstorleken spelar en stor roll för biverkningarnas omfattning.

Medicinsk och psykologisk hjälp som antidepressiv medicinering och kognitiv psykoterapi kan vara till stor hjälp mot de depressioner som drabbar många.

Kognitiva funktionsstörningar medverkar ofta till att individen blir alltmer ensam och isolerad och får allt svårare att klara ett eget självständigt liv utan hjälp och stöd antingen från anhöriga/närstående, personliga ombud, boendestödjare eller en skyddad bostad i ett gruppboende med personal närvarande.

Personer som återinsjuknar i akut psykos får ofta försämrade kognitiv förmåga. Olika åtgärder som syftar till att minska risken för återinsjuknande är därför särskilt viktiga.

Då detta skydd inte finns eller sviktar blir individen utsatt och riskerar att bli bostadslös och i värsta fall hemlös och ibland uteliggare. Ett ganska stort antal, upp mot 40 procent blir även vad vi kallar missbrukare av beroendeframkallande medel. Deras livsproblematisering är särskilt svår. Antalet hemlösa med en allvarlig psykisk sjukdom har ökat hela tiden sedan början av 1990-talet.

Många kommuner i södra Sverige sänder med stöd av Socialtjänstlagen allvarligt psykiskt sjuka till vistelser i Hem för Vård och Boende s k HVB-hem. Dessa ligger ofta långt från individernas hemorter i natursköna men isolerade delar av riket. Ofta vet individen inte om den är där frivilligt eller med tvång eller hur lång vistelsen skall vara. Ändamålet med vistelsen framgår oftast inte heller av kommunernas beslut. Möjligheterna att ta sig därifrån av egen kraft är närmast obefintliga. Långvariga vistelser vid sådana institutioner passiviserar och isolerar individen och försvårar en samhällsintegration. Antalet personer som vistas på sådana HVB-hem har ökat med ca 50 procent sedan 1995 då den s k psykiatrireformen trädde i kraft.

Kognitiva funktionsnedsättningar i kombination med sjukdomens symtom och en utbredd fattigdom gör att individerna har stora svårigheter att tillgodogöra sig allmänt tillgänglig information om ett hälsosamt levnadssätt med hälsosam kost, motion, umgänge med vänner och kulturella aktiviteter. Detta i kombination med biverkningar från medicinering och isolering, utanförskap och sysslöshet medverkar att allvarligt psykiskt sjuka idag har 20-25 år kortare livslängd.

Allvarligt psykiskt sjuka är ofta utsatta för diskriminering av olika slag. De får t ex inte likartad vård som vi andra får för sina fysiska sjukdomar. Är Du medelålders eller äldre och drabbas av någon kronisk fysisk sjukdom finns det på vårdcentralerna ofta hälsocoacher som undervisar personerna i hälsosamt levnadssätt som påverkar sjukdomen positivt. Personer med schizofreni utesluts ofta från sådana åtgärder med hänvisning till sin psykiska sjukdom.

Eftersom man insjuknar i tjugoårsåldern så har många inte haft någon sjukpenninggrundande inkomst när de insjuknar. De hamnar därför i de lägsta ersättningsnivåerna inom den allmänna försäkringen och får resten av sina liv leva i yttersta fattigdom. I de fall då de har anhöriga så hjälper de dem med månatliga belopp om i snitt upp mot 3 000:-/månad. Åttioåriga föräldrar bidrar fortfarande inte sällan fortsatt till sina numera sextioåriga barns försörjning genom sådana överföringar. Fattigdomen inom gruppen allvarligt psykiskt sjuka har blivit värre sedan i vart fall 1990-talets början. Bidragsbeloppen har följt den allmänna prisutvecklingen men egenkostnaderna för olika saker som man behöver har ökat snabbare än bidragsbeloppen vilket resulterat i att gruppen idag har en avsevärt sämre ekonomisk situation än vid början av 1990-talet.

De anhöriga har fått bära en orimlig börda av 1995 år psykiatrireform. Samhällsintegration på lika villkor var målet och den enskildes inflytande över sitt eget liv och över den service, stöd, vård och rehabilitering som kunde behövas skulle öka. Samhällets stöd uteblev i stor utsträckning och de anhöriga fick bära bördan. Idag spenderar anhöriga mer än tjugo timmar per vecka för att stödja sina svårt drabbade barn. Samtidigt bidrar man med upp mot 3 000:-/ månad till barnens försörjning. Det är vanligt att anhöriga

själva drabbas av sjukdom under denna tunga börda samtidigt som de arbetar för sin försörjning. Resultatet blir i många fall sjukdom och varaktig bortovaro från arbetsmarknaden med olika bidragsformer för sin försörjning. I de fall då de anhöriga av olika skäl inte kan bidra till sina barns situation resulterar det ofta i extrem fattigdom, vräkningar, isolering och varaktigt utanförskap.

Beroende på främst brister i service, stöd, vård och rehabilitering utsätts alltför många personer med schizofreni och liknande psykoser för tvång och kränkande behandling i olika former.

Många personer med schizofreni och liknande psykoser utnyttjas ofta av andra starkare personer och organisationer. Detta utnyttjande är mycket utbrett och gäller många områden. Det kan gälla sexuellt, ekonomiskt, olika saker i samband med den utnyttjande personens missbruk etc.

Många personer med schizofreni och liknande psykoser har trots medicinering med neuroleptika destruktiva inre röster som plågar dem svårt. Det är nu möjligt att lindra denna plåga genom en ny metod med behandling i grupp.

Sysslöshet är fortfarande ett mycket stort problem som även bidrar till social isolering och utanförskap.

Vi kan nu åter se tendenser till en ökad institutionalisering främst genom kommunernas användning av s.k. HVB-hem med institutionsliknande förhållanden och att kommunerna väljer att skapa allt större gruppboenden enligt SOL och LSS med institutionsliknande förhållanden.

Under ”The 11th Community Mental Health (CMH) conference i Lund 3-4 juni 2013” framkom att det nu är möjligt både att förbättra den ”psykiatriska vården” och de allvarligt psykiskt sjukas/anhörigas levnadsförhållanden/situation i samhället.

Konferensen arrangerades i samverkan med Psykiatri Skåne av: Scandinavian Network for Community Mental Health (SNCMH), Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) Lund, Schizofreniförbundet Sverige, Schizofreniföreningen i Skåne och RSMH-Skåne.

Det är nu möjligt att delta och lyssna på föredrag och symposier i den konferens som redan har ägt rum genom videoupptagningar från konferensen. WWW.schizofreniforeningarna.se

Avsevärda förbättringar är möjliga inom bl. a följande avseenden:

Det är möjligt att avsevärt förbättra de psykiatriska behandlingsinsatserna.

Det är möjligt att förbättra livssituationen för dem som drabbats av psykos.

Det är möjligt att minska dödligheten, (idag 20-25 års kortare livslängd).

Det är möjligt att förbättra den fysiska hälsan och att bryta utvecklingen mot alltför många obehandlade fysiska sjukdomar.

Det är möjligt att påverka och minska de biverkningar som är förenade med de nya medicinerna.

Det är möjligt att öka patienternas inflytande över sin behandling och över sin livssituation. (Samordnad personlig plan, Stöd genom personliga ombud, Shared Decision Making etc.)

Det är möjligt att minska behovet av tvångsåtgärder – tvångsvård och tvångsingripande både i och utanför vården.

Det är möjligt att minska förekomsten av suicid och suicidförsök.

Det är möjligt att i grunden förbättra situationen för dem som drabbats av både psykos och missbruk av skilda slag.

Allvarligt psykiskt sjuka kan återhämta sig och uppleva att de har kontroll över sitt eget liv och över den service, stöd, vård och rehabilitering de behöver. Denna process underlättas om "psykiatrins personal" konsekvent stöder de drabbades återhämtning.

Det är möjligt att avlasta de anhöriga som fått bära en orimlig börda sedan riksdagens beslut om "sambhållsintegration på lika villkor" fr. o m 1 januari 1995.

Det är nu möjligt att befria många psykiatriska patienter från att vara plågade av destruktiva inre röster.

Det är nu möjligt att minska det allmänt förekommande utnyttjandet av allvarligt psykiskt sjuka från andra starkare personer och företag; ekonomiskt, sexuellt, eget missbruk, bostad etc.

Det är nu möjligt för dem som drabbats allvarligt psykisk sjukdom att studera och arbeta om förutsättningarna och stödet är det rätta.

Det är möjligt att bryta utvecklingen mot att allt fler allvarligt psykiskt sjuka vistas inom institutioner och i bostäder med institutionsliknande förhållanden.

Det är möjligt att bryta utvecklingen, som pågått i tjugo år, mot att allt fler allvarligt psykiskt sjuka lever som hemlösa. Se SoS inventeringar.

Det är möjligt att på ett konstruktivt sätt stödja barn till personer med allvarlig psykisk sjukdom som i många fall har en utsatt situation.

Det är möjligt att långsiktigt påverka den diskriminering som förekommer och som medverkar till att de får sämre levnadsförhållanden.

Det är möjligt att påverka det stigma som är förenat med allvarlig psykisk sjukdom och som negativt påverkar deras situation i samhället.

Inför det kommande valet 2014 är följande frågor särskilt viktiga för oss:

1 Hur ser Ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras situation?

2 Vad tänker Ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

-Exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden.

-Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Tacksam för svar till Schizofreniförbundets elektroniska valstuga.

Per Torell

Ordförande Schizofreniförbundet

Harald Wilhelmsson

Ordförande Schizofreniföreningen i Skåne.

15 januari 2014

1. Kristdemokraterna (KD) svarar

Kommentar av Anders Andersson (KD) Riksdagsledamot i socialutskottet.

Schizofreniförbundets fråga: 1) Hur ser ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation?

Kristdemokraternas svar: 1) Enligt Försäkringskassan är psykisk ohälsa den vanligaste sjukskrivningsorsaken. Ändå har tyvärr fortfarande många en negativ inställning till psykisk sjukdom. Det leder till diskriminering och att personer med psykisk sjukdom missgynnas. Vi vet att Socialstyrelsens siffror visar att personer med psykisk ohälsa får sämre vård och oftare dör i vanliga sjukdomar som cancer, diabetes, hjärtinfarkt och stroke. Att vara utsatt för diskriminering gör att människor också kan hindra sig själva från att söka hjälp, vara sociala och stanna i arbete. På så sätt blir många ännu sjukare. Det är en situation som Kristdemokraterna anser inte kan få fortgå.

Den psykiatriska vården är varje landstings ansvar. Vilken vård, vilka mediciner och behandlingar som den enskilde patienten erbjuds är en fråga för ansvarig läkare/psykiater.

Den nationella politiken arbetar med att undanröja de negativa attityderna i samhället, genom Hjärnkoll. Vidare har Kristdemokraterna och Alliansregeringen riktat särskilt stöd till landstingen för att förbättra den psykiatriska vården, med särskild inriktning på barn och unga. Psykisk hälsa har blivit en framtidsfråga då många barn och unga i Sverige idag mår psykiskt dåligt. 2012 - 2014 pågår också ett treårigt arbete för att synkronisera samhällets alla insatser för barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa. All hjälp som samhället kan erbjuda, både från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, ska vara lätt att hitta och ges i rätt tid.

Regeringen arbetar även för att personer med funktionsnedsättning ska kunna få anställning i myndigheter och kommuner. Här anser vi Kristdemokrater att mycket mer borde ha gjorts och vi vill trycka på för att kommuner och landsting liksom staten ska ta ett större ansvar. Särskilda pengar har avsatts till kommuner för försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning i samverkan med Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Ett särskilt praktikantprogram för personer med funktionsnedsättning finns inom statliga myndigheter. Regeringens arbetslinje handlar om att alla ska kunna delta efter egen förmåga. Det finns därför anpassade arbetsuppgifter, anpassat arbetstempo, anpassad arbetstid och anpassade hjälpmedel och det är viktigt att näringslivet informeras om detta så att fler vågar anställa.

Hemlöshet är ett stort problem. Våra kristdemokratiska ministrar har därför anställt en hemlöshetssamordnare vars uppgift är att få landets alla kommuner att inse att det är kommunen som enligt lag är ansvarig för att alla dess invånare har en bostad. Kommun

efter kommun besöks för att lyfta åtgärder mot hemlöshet och nu noterar vi att samordnaren också kommit så långt att han genomför uppföljningsbesök för att säkerställa att man går från ord till verkstad.

Schizofreniförbundets fråga 2) Vad tänker ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

A. Exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden?

B. Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Kristdemokraternas svar 2) Hjärnkolls arbete är mycket betydelsefullt och ska självklart fortsätta. Deras ambassadörer gör en värdefull insats för att förändra attityden till psykisk sjukdom i samhället. Attitydfrågan är grundläggande för att skapa ett samhälle där ingen hålls tillbaka och ingen lämnas efter. Vi kristdemokrater vill fortsätta och utveckla de insatser som påbörjats. När det gäller sysselsättning och arbetstillfällen för personer med funktionsnedsättning så har vi ett tydligt mål att de offentliga arbetsgivarna ska tillskapa 10.000 nya jobb. De andra insatserna som är beskrivna ovan ska fortsätta.

A. Kristdemokraterna kommer att arbeta för att fler med psykisk sjukdom ska få ett arbete, i linje med det arbete som redan pågår och som beskrivits ovan. Arbete är en viktig del i en livssituation som liknar andras, vilket därigenom påverkar attityder och respekt.

B. Kristdemokraterna vill att landstingens och socialtjänsternas stöd till barn vars föräldrar drabbats av sjukdom ska förbättras. En persons sjukdom påverkar hela familjen och särskilt barnen kan behöva stöd.

av: Anders Andersson (KD) Riksdagsledamot i socialutskottet

Harald Wilhelmsson kommenterar yttrandet från (KD) 15 januari från Anders Andersson (KD) Riksdagsledamot i Socialutskottet.

Er syn på ansvarsfrågan förtjänar några inledande kommentarer.

Det var Sveriges riksdag som den 2 juni 1994 beslöt att personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning skulle integreras i samhället på lika villkor som alla andra. Därmed satte riksdagen stopp för en 130 år lång period då allvarligt psykiskt sjuka "vårdats" på institutioner med över tiden olika benämning. Riksdagen valde att inte förstärka den enskildes skydd eller rätten att få en bostad och inte heller att förstärka rätten till det stöd som den enskilde behövde för att kunna leva i samhället. Detta har under de år som gått lett till att personer med allvarlig psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning fått en extremt utsatt situation i samhället. De lever idag mer skyddslösa, de har fått en kraftig försämring av sin fysiska hälsa, de har fått ett 20 år kortare liv, hemlösheten har ökat hela tiden, fattigdomen har ökat sedan början av 1990-talet, ensamhet och sysslolöshet tillhör vardagen etc.

Det är inte kommuner och landsting och inte heller enskilda läkare som bär huvudansvaret för detta och det är inte heller de som kan råda bot på förhållandena. Det är Sveriges riksdag och Sveriges regering som bär ansvaret och det krävs insatser som bara Sveriges riksdag kan besluta om för att i grunden förändra situationen. Vi behöver mer tvingande lagregler när det gäller bostäder, personligt stöd av personliga ombud och sysselsättning för personer som drabbats av omfattande funktionsnedsättningar på grund av allvarlig psykisk sjukdom.

Fråga 2. Ni verkar ha insikten att psykiskt sjuka diskrimineras av vårdansvariga, ansvariga myndigheter och ute i samhället och Du säger "Det är en situation som Kristdemokraterna anser inte kan få fortgå."

Men hoppsan då Ni har ju haft två ansvariga ministrar inom Socialdepartementet sedan 2006.

Varför har detta inte ändrats?

Det är bra med satsning på barn och unga med psykiska problem, det är bra att ni vill skapa möjlighet till anställning inom myndigheter och kommuner och landsting och det är bra att Ni fortsatt önskar bekämpa stigmatisering genom Hjärnkolls verksamhet.

Men Ni har nog tolkat situationen felaktigt när Ni påstår att det finns ett lagligt ansvar för kommuner att tillhandahålla bostäder för de allvarligt psykiskt sjuka. Det finns lagparagrafer i både grundlagen och i Socialtjänstlagen men kommunerna kan strunta i lagarna utan att något händer. Den enskilde har heller ingen möjlighet att få sin sak prövad i tex domstol. LSS innehåller tvingande bestämmelser men portalparagrafen till LSS släpper bara igenom 2-3000 personer av totalt 80 000 eller 43 000 med svåra funktionsnedsättningar så det kan ju inte vara det som Ni syftar på.

Ett tänkbart sätt att förändra den allvarliga situationen vore att utvidga systemet med vitesföreläggande till bostäder, stöd av personligt ombud och sysselsättning för allvarligt psykiskt sjuka. Vad är Er uppfattning om ett sådant förslag?

Vi har angivit nitton områden, se brevet under länken i inledningen, där förbättringar är möjliga mot bakgrund av nuvarande evidensbaserad kunskap.

Med lite välvillig tolkning finner jag konkreta förslag från Er till förbättringar inom tre områden och sedan en generell uppfattning att det är kommuner och landsting som har ansvaret och att ”Den nationella politiken arbetar med att undanröja de negativa attityderna i samhället”.

Det är som Du förstår inte tillräckligt för att förändra varken hemlösheten, fattigdomen eller den alltför korta livslängden liksom ensamheten isoleringen eller att skapa ökad trygghet för dem som drabbats.

Det är inte heller tillräckligt för att förändra det urspårade systemet med god man och förvaltare. Här behövs nya tag när det gäller krav på de personer som skall arbeta som god man och förvaltare, rekrytering och en skarpare tillsyn. Bristerna i detta system drabbar dagligen på olika sätt de allvarligt psykiskt sjuka runtom i landet.

Ni har inte lämnat några konkreta förslag till förbättringar av situationen för de anhöriga.

av: Harald Wilhelmsson Ordförande för Schizofreniförbundets Skånedistrikt

23 januari 2014

2. Centerpartiet svarar

Kommentar av Anders W Jonsson (C) Riksdagsledamot och välfärdspolitisk talesperson.

Schizofreniförbundets fråga: Hur ser ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation.

Centerpartiets svar: Funktionsnedsättning får inte vara ett hinder för människor som vill utbilda sig, arbeta, ha en aktiv fritid eller engagera sig i samhället. Vårt samhälle ska vara tillgängligt för alla människor. Därför vill vi i Centerpartiet att bristande tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning ska betraktas som en diskrimineringsgrund och omfattas av diskrimineringslagstiftningen.

Schizofreniförbundets fråga: Vad tänker ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

a) Ge exempel på konkreta förändringar som vi kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden.

Centerpartiets svar: Vi är övertygade om att ett steg mot full delaktighet är möjligheten att kunna försörja sig genom eget arbete. Det ska vara enkelt att anställa en person med funktionsnedsättning. Därför är det viktigt att skapa meningsfulla arbeten för dem som vill jobba, en begränsad arbetsförmåga till trots. De som har så omfattande funktionsnedsättningar att de inte kan jobba ska ha rätt till samhällslön.

Centerpartiet vill bland annat ta bort arbetsgivarnas medfinansieringsansvar, införa fler lönebidragsplatser samt skapa fler jobb via Samhall. Dessutom vill vi öka det sociala företagandet och göra det lättare för människor med funktionsnedsättning att starta företag.

Vi vill också att branschorganisationer ska kunna skriva sociala kontrakt. Genom ett sådant partnerskap skulle man kunna skapa enklare regler för att anställa människor med funktionshinder. Samtidigt skulle kontraktet i sig innebära att både offentliga och privata arbetsgivare skulle åta sig att öppna upp sina arbetsplatser för människor med funktionshinder.

Centerpartiet arbetar också för att LSS ska fortsätta vara en rättighetslagstiftning och för att sysselsättningsgarantin ska utvidgas till att omfatta människor med psykiska funktionsnedsättningar, vilket var ett av de förslag som lades fram av LSS-kommittén.

Det är viktigt att också ungdomar med funktionshinder får en tidig anknytning till arbetslivet. Därför vill Centerpartiet att prao ska bli obligatorisk i sarskolans högre årskurser och gymnasiesarskolan.

Schizofreniförbundets fråga: Vad tänker ditt parti göra under nästa valperiod för att

utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

b) Ge exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Centerpartiets svar: Psykisk sjukdom/funktionsnedsättning för med sig stora påfrestningar för de som drabbas och deras närstående. Vi ser att den negativa utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga innebär också betydande kostnader i form av sjukvård, sjukskrivningar och läkemedel. Ett fungerande preventivt arbete och en psykiatri och sjukvård som förmår möta behoven sparar både lidande och resurser. Målet är att förbättra tillgängligheten och bemötandet inom vården för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning.

Hemlöshet hänger många gånger samman med psykisk sjukdom. Det börjar ofta med att man förlorar hjälpen i bostad, familj/social gemenskap och arbete. När man inte har en fast anställning blir det ännu svårare att få ett jobb och i förlängningen en ny bostad. För att hjälpa människor tillbaka till en bra tillvaro behövs insatser mot psykisk ohälsa. Därefter måste människor få hjälp med att hitta en sysselsättning och en ny bostad.

av: Anders W Jonsson (C), Riksdagsledamot och välfärdspolitisk talesperson

Harald Wilhelmsson kommenterar yttrandet från (C) 23 januari av Anders W Jonsson (C) Riksdagsledamot och välfärdspolitisk talesperson.

Tack för Ert yttrande. Först några inledande kommentarer:

A Ni kommer med några intressanta förslag med bärighet för personer med schizofreni och liknande psykoser.

1 Använda diskrimineringslagstiftningen mot diskriminering av dessa personer.
-Kan nuvarande lagstiftning tillämpas eller behövs det ändringar?

2 Samhällslön för dem som har så svåra funktionsnedsättningar att de inte kan arbeta för att motverka den idag extrema fattigdomen från 20-årsåldern till livets slut.

Detta är verkligen ett förslag som skulle kunna avhjälpa den extrema fattigdom som många allvarligt psykiskt sjuka lever med från 20-årsåldern tills livet slut. Det skulle även kunna lätta på de anhörigas försörjningsbörda för sina vuxna barn. Idag bidrar anhöriga med i snitt nära 3 000:-/månad för att deras barn skall kunna leva på ett rimligt sätt och vara integrerade i samhället enligt Riksdagens beslut 1994. Det är orimligt att de anhöriga skall bära denna börda för att riskdagens beslut skall kunna förverkligas för en del av de allvarligt psykiskt sjuka. Det innebär dessutom en djupt orättvis situation för dem som inte har någon anhörig som kan bidra till försörjningen.

3 Ändring av LSS-lagstiftningen till att sysselsättning även skall omfatta personer med psykiska funktionsnedsättningar.

- Bra, men det har bara betydelse för de knappt 3 000 personer som omfattas av lagens portalparagraf och vars funktionsnedsättning beror på allvarlig psykisk sjukdom. Hela gruppen personer med allvarlig psykisk sjukdom och svår funktionsnedsättning omfattar ca 43 000 personer. Hela gruppen som drabbats av schizofreni och liknande psykoser utgör ca 80 000 personer.

4 Fler lönebidragsplatser och sociala kontrakt för att öppna upp för fler funktionshindrade inom arbetslivet.

-Lönebidrag har vi alltid ansett var en kostnadseffektiv väg för att främja arbete för personer med funktionsnedsättning varför vi välkomnar fler lönebidrag. Men nu är det ju så att antalet personer som får lönebidrag har minskat från 59 940 år 2006 till endast 37 606 år 2013 och det har drabbat många allvarligt psykiskt sjuka. Det krävs 22 000 fler lönebidrag bara för att återställa situationen som den var år 2006.

-Sociala kontrakt kan var värt att pröva även för allvarligt psykiskt funktionshindrade.

B Vi angav 19 olika områden som kan förbättras för personer som drabbats av allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning.

Jag hade nog räknat med att Ni som riksdagsparti med både lokal och regional förank-

ring skulle kunna ha ambitioner inom fler områden än som framgår av yttrandet.

1 Ni anger att Målet är att förbättra tillgängligheten och bemötandet inom vården för personer med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning.

-Detta långsiktiga inriktningsmål kan vi vara överens om men det betyder nog inte särskilt mycket konkreta förbättringar för de redan drabbade under den kommande valperioden. Skarpare förslag behövs.

-Fr o m 2010 gäller t ex inom både SOL och SHL en skyldighet för kommuner och landsting/regioner att upprätta samordnade individuella planer för dem som behöver insatser från fler än en huvudman. Vi skriver nu 2014 (femte året) och denna lagstiftning som skulle kunnat betyda stora positiva förändringar för personer som drabbats av schizofreni och liknande psykoser har hittills tillämpats i väldigt liten omfattning. Psykiatrin skriver fortfarande ut personer från slutna psykiatrisk vård som t ex saknar bostad till härbärgesvistelse eller till ett liv som uteliggare utan att kalla till ett möte för samordnad individuell plan för att där lösa individens bostadsproblem i samarbete med kommunen. Svårt psykiskt sjuka behöver bostad, stöd från personliga ombud, arbete eller studier och en i grunden trygg situation för att kunna integreras i samhället.

2 Positiva ambitioner famlar i blindo både från myndigheter, landsting/regioner och kommuner eftersom vi t ex inte vet hur de drabbade lever idag och vad de själva anser om sin situation eller vilka orsaker som verkligen orsakar den höga dödligheten inom gruppen. Vi har föreslagit att de ansvariga kartlägger levnadsförhållanden inom gruppen och efterfrågar vad de själva anser om sin situation så att vi kan inrikta åtgärden mot bakgrund av kunskap om situationen. Resultat har uteblivit eftersom man tvistar om vem som skall betala mellan kommuner och landsting och även mellan riksnivån och den lokala nivån. En sådan undersökning borde kunna göras inom ramen för den s k PRIO-satsningen av SKL och Socialdepartementet.

-Positiva beslut finns inom i vart fall en region redan 2009 om årliga hälsoundersökningar för alla som drabbats av schizofreni och liknande psykoser. Beslutet har runnit ut i sanden beroende på tvister om ansvaret och finansieringen mellan primärvården och psykiatrin. Man vet inte heller hur man skall finna de individer som är föremål för beslutet. De ansvariga politikerna och de ledande tjänstemännen tycks ha gett upp.

3 Ni skriver engagerat som behovet av att hjälpa unga med psykiska problem.

-Det är synnerligen angeläget att hjälpa unga personer med psykiska problem och vi delar uppfattningen att vi här har ett stort samhällsproblem med följder både för samhällsekonomin och de enskildas situation för långa tider framöver.

- Antalet personer som drabbas av schizofreni och liknande psykoser har varit konstant sedan i vart fall 1970-talet och en del forskare påstår faktiskt att det varit konstant inom befolkningen sedan senaste istiden. Den ökande ohälsan bland barn kommer knappast att öka antalet som drabbas av schizofreni eller liknande psykoser. Det går nog tyvärr inte att förebygga schizofreni genom att satsa på barn och unga med psykiska pro-

blem. Den ökande ohälsan bland barn och unga utgör motiv nog att satsa på dem.

4 De som drabbats av schizofreni och liknande psykoser lever fortfarande efter 20 år skyddslösa i samhället. Befintliga lagar har inte visat sig kunna ge dem det skydd som de behöver för att kunna leva integrerade i samhället. Riksdagen var skarpsynt när den angav att en förutsättning för att reformen skulle lyckas var att de drabbade och deras anhöriga skulle få ökat inflytande över sina egna liv och över den service, stöd, vård och rehabilitering som de behöver. Detta inflytande har inte kommit till stånd i den omfattning som Riksdagen förutsatte. Socialstyrelsen anger att de som vårdas i slutna psykiatrisk vård upplever att de inte deltar i vården. Vården sker oberoende av dem. Detta är ju alldeles förfärande uppgifter. När de sedan skrivs ut är det bara 40 procent som tar den föreskrivna medicinen. Alla vet varför men ingen har velat ta ansvar för att ändra på förhållandena.

5 Sveriges Riksdag som genom beslut 2 juni 1994 om samhällsintegration på lika villkor och med ökat inflytande från de drabbade över sina egna liv och över den service, vård, stöd och rehabilitering som de behöver och har rätt till har självfallet ett ansvar både för den höga dödligheten, bostadslösheten, den extrema fattigdomen, hemlösheten, ensamheten, isoleringen och bristen på skydd när de skall leva i samhället. Sveriges riksdag kan inte med bibehållen anständighet 20 år efter reformbeslutet hänvisa till att systemfel, lokala tvister om ansvar och ekonomi eller brister i befintliga lagar orsakat att reformen sparat ur och att enskilda personer därför får räkna med att drabbas hårt även i framtiden om de har otur och drabbas av schizofreni och liknande psykoser.

av: Harald Wilhelmsson Ordförande för Schizofreniförbundets Skånedistrikt

30 januari 2014

3. Vänsterpartiet svarar

Kommentar av Eva Olofsson (V) sjukvårdspolitisk talesperson

Schizofreniförbundets fråga: 1) Hur ser ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation?

Vänsterpartiets svar: 1) Människor mår allt sämre i dagens Sverige. Den självskattade psykiska ohälsan ökar. Denna ökning har i grunden sociala orsaker och det är viktigt med breda förebyggande insatser. Den psykiatriska vården måste samtidigt både förstärkas och få en ny inriktning. Denna nya inriktning innebär en humanare psykiatri där målet hela tiden ska vara ett så självständigt liv som möjligt för människor med psykiska funktionsnedsättningar. Egenmakt och inflytande är nyckelord för att människor som drabbats av psykisk ohälsa eller sjukdom ska kunna återhämta sig på bästa sätt.

Psykisk ohälsa kan drabba vem som helst. Unga och gamla, kvinnor och män, människor med olika etnisk bakgrund, människor med olika social bakgrund – alla kan drabbas av psykisk ohälsa eller sjukdom. Psykiska sjukdomar står för en dryg tredjedel av sjukförsäkringskostnaderna.

Psykisk ohälsa har förstås olika stor omfattning och får olika stora konsekvenser i de drabbades liv. Den som har problem med sin psykiska hälsa kan samtidigt ha andra problem med somatisk ohälsa, ekonomi, arbete eller annat. Trots det är många insatser utformade så att den som har andra problem eller behov i kombination med psykisk ohälsa ofta faller mellan stolarna. Den som har en mer omfattande problematik får inte alltid någon samlad hjälp av samhället, något som är en förlust för både individen och samhället när man kanske inte kan lösa hela problematiken. Detta måste förändras. Men även för dem som har en något lindrigare psykisk ohälsa måste ambitionen vara högre än att psykofarmaka och en tids sjukskrivning betraktas som en universallösning.

För den som drabbas av psykisk sjukdom är det viktigt att det finns ett fungerande socialt skyddsnät. Ofta tar det längre tid att återhämta sig från psykiska besvär än från somatiska. Den borgerliga regeringens nedmontering av sjukförsäkringen och den omänskliga s.k. rehabiliteringskedjan innebär ytterligare psykisk stress och ekonomiska problem som har drabbat psykiskt sjuka hårt.

Många av de satsningarna som gjordes utifrån Miltonutredningen har varit eller kommer att vara betydelsefulla. Exempel på det är satsningar på kompetensutveckling av personalen, arbete med att hitta modeller för att arbeta mot psykisk ohälsa bland barn och unga samt utveckling av den psykiatriska heldygnsvården. De positiva effekterna i många delar inte är tillräckligt stora i förhållande till de skriande behoven och de höga förväntningarna. Frågan om anpassade boenden är ett exempel. Inte heller har det skett några betydelsefulla resursökningar i den psykiatriska vården när staten anslagit extra pengar, mycket beroende på att landstingen då avstått från att satsa pengar.

Schizofreniförbundets fråga 2) Vad tänker ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

A. Exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden?

B. Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Vänsterpartiet svar 2 A) Kommuner och landsting måste ges bättre ekonomiska förutsättningar om situationen ska förbättras. Vänsterpartiet vill satsa mer pengar generellt på hälso- och sjukvården inklusive den förebyggande vården samt vill förstärka de generella statsbidragen till kommuner och landsting.

Det är förstås helt avgörande för psykiatrins utveckling att det finns tillräckligt med personal och att den har rätt utbildning för att vården och omhändertagandet ska fungera bra. Men det finns anledning att vara bekymrad när man tittar på hur tillgången till personal kommer att se ut i framtiden, om inte åtgärder vidtas. Det behövs en ny skötarutbildning inom ramen för yrkeshögskolan, för att man ska kunna förse psykiatrin med personal med tillräcklig utbildning. Den redan anställda personalen ska förstås få möjlighet till validering och kan genomgå utbildningen snabbare och parallellt med att man arbetar. För att täcka upp för de luckor som uppstår medan den redan anställda personalen genomgår utbildning vill vi inrätta utbildningsvikariat.

Det finns många skillnader mellan kvinnors och mäns psykiska hälsa, i hur hög utsträckning man uppsöker vården, vilka diagnoser man får, i sjukdomsförlopp och behandling. Det är viktigt att forskningen på psykiatriområdet bedrivs med ett genusperspektiv, och en förutsättning för det är att psykiatrin upprättar könsuppdelad statistik. Personalen inom psykiatrin måste ha kunskaper om mäns och kvinnors olika livsvillkor och ta hänsyn till dem i behandlingen.

Psykiskt sjuka och funktionsnedsatta har mycket begränsade möjligheter till inflytande över vården. De befinner sig i ett underläge både gentemot samhället i stort och inom vården. Vi föreslår ett stimulansbidrag för arbetet med brukarrevisioner.

Rätten till inflytande kan vara särskilt svårt att tillgodose när en patient befinner sig i tvångsvården. De som har så svåra psykiska problem att de har återkommande behov av tvångsvård bör därför ges möjlighet att teckna en överenskommelse med den psykiatriska vården om hur vården ska se ut under sjukdomsperioderna. Arbetet med att minska tvånget måste samtidigt fortsätta och vara en prioriterad fråga. Vi föreslår också att vårdavgifterna tas bort inom den psykiatriska tvångsvården.

För att den psykiatriska vården ska vara effektiv och ha bestående effekt krävs en helhetssyn på patientens livssituation. Den psykiatriska diagnosen kan inte ses isolerad från en persons sociala situation. Därför krävs samverkan mellan vården i landstingen och socialtjänsten i kommunerna. Bland annat ska man upprätta en individuell plan för dem som behöver insatser både från landstinget och från kommunen. Tyvärr görs inte det i

tillräckligt stor utsträckning och det bör därför göras en lagändring så att brukaren får rätt till en individuell plan.

Personliga ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning är en oerhört viktig reform. Kvaliteten och stödet har varit mycket bra för den enskilda och underlättat kontakten med vårdgivare och myndigheter. För att säkerställa reformen bör den lagregleras.

Precis som alla andra så behöver kvinnor och män med psykiska problem eller funktionsnedsättningar något meningsfullt att göra om dagarna. Många kan förstås arbeta på den reguljära arbetsmarknaden, men kan behöva stöd att nå den genom arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Andra har mer omfattande sjukdomsbilder och funktionsnedsättningar och behöver särskilda sysselsättningsinsatser genom t.ex. stöd till arbetskooperativ eller daglig verksamhet. Detta stöd behöver förstärkas och förbättras.

Schizofreniförbundets fråga 2) Vad tänker ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

B. Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Vänsterpartiet svarar 2B) Anhöriga är alltför många gånger osynliga inom hälso- och sjukvården. De blir ofta varken sedda, hörda eller tillräckligt informerade. Det är också brist på information om var anhöriga kan få stöd. Ofta pratar sjukvården inte heller med en skör anhörig om vilka möjligheter hen har att orka stödja och hjälpa sin närstående när hen kommer hem från t.ex. sjukhus.

Genom att tydligt skriva in i socialtjänstlagen att kommunerna ska ge stöd till anhöriga och genom ett mångårigt utvecklingsarbete har kommunernas anhörigstöd utvecklats. Samarbetet mellan kommunerna och landstingen fungerar ofta dåligt och insatserna för stöd till anhöriga samordnas inte. Nu måste anhörigstödet i hälso- och sjukvården förbättras och sjukvården behöver också kunskap så att de kan informera på hälsocentraler och sjukhus om kommunens anhörigstöd. Redan nu ska barns behov av information, råd och stöd särskilt beaktas av hälso- och sjukvårdspersonal om barnets förälder eller en annan vuxen som barnet bor tillsammans med, har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning; har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada; är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller oväntat avlider.

Hälso- och sjukvårdslagen bör därför skärpas så att det tydligt framgår att hälso- och sjukvården ska uppmärksamma och ge stöd också till vuxna anhöriga.

av: Eva Olofsson (V) sjukvårdspolitisk talesperson

Harald Wilhelmsson kommenterar yttrandet från (V) 30 januari 2014 från Eva Olofsson (V) sjukvårdspolitisk talesperson.

Tack för Ert yttrande.

Detta är mina kommentarer till Ert yttrande:

1 Ni säger att ”Vänsterpartiet vill satsa mer pengar generellt på hälso- och sjukvården inklusive den förebyggande vården samt vill förstärka de generella statsbidragen till kommuner och landsting.”

Det är ju just denna modell som inte har fungerat enligt alla utvärderingar åren mellan 1995 och 2011. Då satsades stora belopp – ett slags generella stimulansbidrag - som lämnades över till kommuner och landsting med adresslappen att de skulle användas till att förstärka den psykiatriska vården. Riksrevisionen uttryckte uppgivet i sin utvärdering att de inte kunde se var pengarna tagit vägen men att de i vart fall inte hade haft någon positiv inverkan på situationen för de allvarligt psykiskt sjuka. De här kommer inte att förbättra livssituationen för de allvarligt psykiskt sjuka.

2 Situationen för barn och unga är allvarlig och kommer att påverka både statens budgetbalans och samhällsdiskussionen för lång tid framöver. Satsningar där är välkomna och mycket viktiga.

De allvarligt psykiskt sjuka är en grupp som varken ökar eller minskar som har varaktiga funktionsnedsättningar som gör att de inte kan klara sina liv i samhället utan vård och stöd. Idag sviktar både vården och stödet och då har konsekvenserna blivit oacceptabla levnadsförhållanden. Vi har idag kunskap för att förbättra både levnadsförhållanden, vård, stöd och fysisk hälsa. Hur tänker Ni när det gäller att använda denna kunskap?

Orsakerna till varför personer drabbas schizofreni och liknande psykosor är i huvudsak okänd. Breda förebyggande insatser påverkar knappast antalet personer som drabbas av dessa sjukdomar.

3 ”Egenmakt och inflytande” låter bra. Riksdagen beslöt redan 1994 att allvarligt psykiskt sjuka skulle ha inflytande över sina liv och över den service stöd vård och rehabilitering som de behöver. Endast mindre förändringar har skett sedan dess. Det behövs mer konkreta besked från Er sida t ex att den nya patientlagen kommer att innehålla bestämmelser om inflytande för patienterna.

4 Jag delar Er uppfattning att utbildning av personal är viktig. Ett stort problem är att det inte finns någon gemensam uppfattning om till vilken psykiatrisk vård man skall utbildas. Idag improviserar de utbildningsansvariga och sen när man kommer ut är det olika verksamheter med olika innehåll överallt. Regeringen bör utarbeta en gemensam modell som grund för all utbildning av personal som skall arbeta med psykiskt sjuka. Det kan inte vara rimligt att varje landsting/region gör sin egen utbildning och att varje landsting/region, klinik, psykiater väljer sin egen modell för arbetet.

5 Jag delar Era uppfattningar om möjligheterna att minska och utveckla tvångsvården.

6 Vill fästa Er uppmärksamhet på att begreppet psykisk ohälsa även täcker problem som inte är psykiska sjukdomar som t ex neuropsykiatriska problem.

7 Ni utvecklar en syn på anhörigas problem och hur stöd skall utformas. Kommunernas anhörigstöd har nått väldigt få anhöriga till allvarligt psykiskt sjuka. Det vore bra om Ni konkretiserade Er lite mer.

Det bästa som kan hända de anhöriga till allvarligt psykiskt sjuka är t ex:

- Den drabbade får stöd från personligt ombud.
- Den drabbade får en bostad. Många är bostadslösa och hemlösa och det frestar på de anhöriga.
- Den drabbade få ett anpassat stöd i sin bostad.
- Den drabbade får något att göra på dagarna. Studier, arbete eller sysselsättning.
- Avhjälpa den drabbades fattigdom med t ex samhällslön vore utmärkt.

De anhörig till allvarligt psykiskt sjuka arbetar i genomsnitt över 20 tim./vecka med stöd till den drabbade och dessutom bidrar de med i snitt ca 3000: - månad till sin drabbade anhörig. Detta är inte hållbart i längden. Hur skall detta kunna förändras?

Är det Er tanke att vuxna anhöriga till allvarligt psykiskt sjuka få lagstöd i HSL? Men sjukvårdslagen skall väl ge stöd åt de sjuka?

8 Ni anger att ”Psyiskt sjuka och funktionsnedsatta har mycket begränsade möjligheter till inflytande över vården. De befinner sig i ett underläge både gentemot samhället i stort och inom vården.”

Tror Ni verkligen att ett stimulansbidrag för brukarrevisioner löser detta problem?

9 Ni skriver att den borgerliga regeringens nedmontering av sjukförsäkringen och den omänskliga s.k. rehabiliteringskedjan innebär ytterligare psykisk stress och ekonomiska problem som har drabbat psykiskt sjuka hårt.

Ja det kan vara sant men verkligheten är den att de allvarligt psykiskt sjuka har fått sämre fysisk hälsa och att livslängden stadigt minskat, de har blivit fattigare, allt fler har blivit hemlösa och att allt fler kommit att leva under institutionsliknande förhållanden med litet eller inget inflytande över sina liv sedan början av 1990-talet.

10 Ni skriver ganska uppskattande om stöd från personliga ombud och där har vi samma uppfattning. Men så skriver Ni att det skall lagregleras.

Om man lagreglerar så blir det tjänstemän som skall bedöma om de olika individerna skall få stöd eller ej. Nuvarande utbyggnad täcker bara högst hälften av behoven. Riksdagsbeslutet 1999 var ”permanent och landsomfattande utbyggnad med personligt stöd av personliga ombud”. Statsbidraget till kommunerna har varit oförändrat i kronor och ören sedan 1999 så reformen är ofullständig och underfinansierad. Den är idag inte landsomfattande, kraftigt underfinansierad och frivillig enligt SOL så man förstår att

kommunerna är måttligt intresserade.

11 Brukare har redan idag rätt att begära en samordnad individuell plan och kommer t ex inte socialtjänsten till en sådan planering så kan man JO-anmäla dem. De lyder under förvaltningslagen och är därmed skyldiga att följa denna lag. Men det har ju inte hjälpt. Efter fyra år är det bara en liten procentsats av alla som skulle behöva en sådan som fått en samordnad individuell plan. Det verkar finnas en stor tveksamhet inom både psykiatrin, primärvården och socialtjänsten för att inte tala om politiker inom landsting/regioner och kommuner. Varför tror Ni att det är så? Hur Skulle en lagändring ändra på den nuvarande rätten till samordnad individuell plan?

12 Vi exemplifierade i vår skrivelse med 19 olika områden där det finns evidensbaserade åtgärder som förbättrar de drabbades situation. Ni tog bara upp anhörigstöd och stöd till barn till psykiskt sjuka och inte heller där var Ni särskilt konkreta. Ganska magra ambitioner för nästa valperiod.

av: Harald Wilhelmsson Ordförande för Schizofreniförbundets Skånedistrikt

06 februari 2014

4. Moderaterna svarar

Metin Ataseven (M) riksdagsledamot i socialutskottet och ansvarig för psykiatrirfrågor

Margareta B Kjellin (M) riksdagsledamot i socialutskottet och ansvarig för äldre- och funktionshinderfrågor

Schizofreniförbundets fråga 1. Hur ser Ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation?

Moderaterna svarar 1. Idag har psykisk ohälsa blivit en av det moderna samhällets stora utmaningar. En av fyra svenskar drabbas någon gång i livet av psykisk ohälsa, allt från ångest, depressioner och självmordstankar till tvångstankar och hallucinationer. För många är det övergående, men för andra utvecklas det till livslånga problem. Den psykiska ohälsan är dessutom fortfarande ofta belagd med skam, vilket gör att många anser sig behöva dölja problemen för sin omgivning. Därmed förblir dessvärre många psykiska åkommor olösta. Det är inte ovanligt att personer med psykisk ohälsa stigmatiseras och möts av en attityd som uppfattas som nedlåtande, ifrågasättande och ibland rent av kränkande. Undersökningar visar också att det inte är ovanligt att personer som har haft kontakt med den psykiatriska vården upplever sig diskriminerade på olika sätt på grund av sin psykiska hälsa.

Vår inställning är att personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet som andra patienter. Återkommande uppföljningar och utvärderingar tyder dock på att denna målsättning inte fullt ut uppnås. Därför gör Alliansregeringen omfattande satsningar på att få till konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk ohälsa.

För 2014 har regeringen avsatt cirka 850 miljoner kronor för att stimulera utvecklingen på området, och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bidrar bland annat med samordning av genomförandet av de insatser som sker i kommuner och landsting och skapar möjligheter för erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting. Arbetet sker i samverkan med organisationer som företrädare för patienter, brukare och anhöriga samt med relevanta myndigheter.

Därutöver kommer även inom kort en ny patientlag, vars syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i vården.

Schizofreniförbundets fråga 2. Vad tänker Ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

Moderaterna svarar 2. En central del i vår politik är att alla som kan och vill ha ett arbete även ska få möjlighet att utifrån sina egna förutsättningar få ett arbete. Detta kan ske genom ekonomiskt stöd till arbetsgivare som anställer personer med funktionsned-

sättning som medför nedsatt arbetsförmåga, dels genom lönesubventioner och dels genom stöd som syftar till anpassning av arbetsförhållandena så att den anställdes nedsatta arbetsförmåga kan kompenseras. Under 2012 hade i genomsnitt 88 500 personer per månad en anställning med lönebidrag, skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare (OSA), skyddat arbete hos Samhall AB, utvecklings- eller trygghetsanställning.

När det gäller era specifika förslagspunkter till förbättringsområden, finns mycket att göra. Vi vill bland annat se ett bättre erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan kommuner/landsting och mellan olika HVB-hem. Det är viktigt att vi tar tillvara på de framgångsrika arbetsätt som finns på olika ställen runt om i landet. Även att de nationella riktlinjer som finns hos Socialstyrelsen om Schizofreni blir ett vedertaget sätt att arbeta utifrån.

Det finns beräkningar som tyder på att många människor dör varje år av felbehandling och felmedicineringar inom vården. Detta är naturligtvis någonting vi måste motverka och på olika sätt höja patientsäkerheten och vårdens kvalitet. Ett sätt att göra det är regelbundna läkemedelsgenomgångar.

Att öka patientens inflytande i vården och över sin behandling är oerhört viktigt och något som tidigare inte fungerat tillfredsställande runt om i landet. Därför arbetar alliansregeringen nu med en ny patientlag som bland annat ska öka patienternas möjligheter till eget inflytande.

När det gäller hemlöshet är detta ett sammansatt och komplicerat samhällsproblem. Det finns inga enkla lösningar. Framför allt finns det inte bara en lösning. Alliansregeringen har tillsatt en hemlöshetssamordnare som ska identifiera, stötta och komma med förslag till kommunerna - vilka är ytterst ansvariga för boenden.

Schizofreniförbundets fråga A. Exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden.

Moderaternas svar A. Vi vill framhålla 2014 års överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om PRIO-satsningen. I årets överenskommelse tar parterna ett gemensamt ansvar för att följande steg tas mot att de övergripande målen nås:

- Patienters, brukares och anhörigas inflytande ökar individuellt och på organisationsnivå.
- Barn och unga och deras familjer enkelt hittar information om hjälp och stöd, och att tillgängligheten till rätt stöd på rätt vårdnivå ökar.
- Fler barn, ungdomar och unga vuxna med psykisk ohälsa och behov av insatser från flera huvudmän får samordnade och gemensamt planerade insatser.
- Patienterna i heldygnsvården upplever större delaktighet och tvångsåtgärderna minskar.

- Kvalitetsregistrens utdata används och resulterar i viktiga framsteg som att fler personer med allvarliga psykiska sjukdomar får en uppföljning av sin läkemedelsbehandling av en läkare och att fler erbjuds hälsofrämjande insatser som till exempel kostråd, rökavvänjning och läkarundersökning.

- Kunskapen ökar om hälsofrämjande insatser, förebyggande och tidiga insatser för att motverka psykisk hälsa i skola, elevhälsa och barn- och ungdomshälsan, och tillgängligheten till dessa insatser ökar.

- Kunskapen ökar om att upptäcka, förebygga och effektivt behandla självskadande beteende i skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

- Stödstrukturer etableras för implementering av tillgänglig och ny kunskap samt för fortsatt kunskapsutveckling och gemensamma behovsanalyser mellan skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

- Nya arbetssätt prövas och etableras av berörda myndigheter och SKL i syfte att ge gemensamt och relevant kunskapsstöd som kan användas i socialtjänst, hälso- och sjukvård, elevhälsa och i samverkan kring barn och unga och personer som på grund av psykisk ohälsa behöver stöd av flera aktörer.

- Användbara system för rapportering av data utvecklas av myndigheterna och huvudmännen med målet att det ska finnas verktyg och arbetssätt som stöder ett kontinuerligt verksamhetsnära utvecklingsarbete och samtidigt ger de nationella data som behövs för att följa och styra utvecklingen.

Schizofreniförbundets fråga B. Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Idag vårdar, hjälper eller stödjer drygt 1,3 miljoner människor en närstående, vän eller granne. Dessa människor gör ett mycket viktigt arbete och det är även viktigt att dessa insatser uppmärksammas. Vi är därför mycket positiva till den satsning som regeringen gör med att Nationellt kunskapscentrum anhöriga (NKA) får ytterligare 2 miljoner kronor till sin verksamhet. Sammantaget blir det statliga stödet därmed 7,5 miljoner kronor. Dessutom får anhörigorganisationerna ett ökat stöd med 5 miljoner till sammantaget 11 miljoner kronor under 2014. De ordnar bland annat kurser och konferenser där anhöriga kan träffas och dela med sig av sina erfarenheter, det finns det ofta ett stort behov av.

av: Metin Ataseven (M) riksdagsledamot i socialutskottet och ansvarig för psykiatrifrågor samt Margareta B Kjellin (M) riksdagsledamot i socialutskottet och ansvarig för äldre- och funktionshinderfrågor

Harald Wilhelmssons kommenterar yttrandet från (M)

5 februari 2014 från Metin Ataseven (M) riksdagsledamot i socialutskottet och ansvarig för psykiatrirfrågor samt Margareta B Kjellin (M) riksdagsledamot i socialutskottet och ansvarig för äldre- och funktionshinderfrågor

Tack för Ert yttrande. Detta är mina kommentarer:

1 Ni kommer med några intressanta förslag för personer med schizofreni och liknande psykoser.

– Ni hänvisar flera gånger till Regeringens s.k. PRIO-satsning.

Den har ju satt fokus på de allvarligt psykiskt sjukas situation på ett sätt som inte har hänt tidigare. Vad detta leder till är alltför tidigt att sia om. Å ena sidan har vi idag evidensbaserad kunskap som om den tillämpades skulle kunna ändra situationen radikalt för alla allvarligt psykiskt sjuka. Tyvärr tillämpas kunskapen i alltför lite utsträckning både inom kommuner och inom sjukvården. Kan PRIO-satsningen med sitt korta perspektiv (efter 2016 skall ju PRIO-satsningen upphöra) och sina i tiden begränsade stimulansmedel råda bot på detta? Vi har ju en erfarenhet hela vägen sedan 1995 om att stimulansmedel är väldigt ineffektiva och att kommuner och landsting lägger ner verksamheter när stimulansmedlen upphört. Jag tror att vi behöver en lagstiftning som ger personer med allvarlig psykisk sjukdom och varaktiga funktionsnedsättningar ett skydd och ett bättre liv än det som de idag lever. Det är Sveriges Riksdag som beslutat om samhällsintegrationen och det måste vara Sveriges Riksdag som ansvarar för att förhållanden blir anständiga.

2 Anhöriga till allvarligt psykiskt sjuka har fått bära en orimlig börda av 1994 års riksdagsbeslut. Man beslöt samhällsintegration men fattade inga beslut om det stöd som dessa personer oundgängligen behöver för att leva i samhället. De anhöriga fick bära bördan. För dem som inte har några anhöriga så blev situationen eländig med svår fattigdom och många gånger hemlöshet. De anhöriga har i genomsnitt bidragit med 20 tim./veckan 52 veckor om året och nära 3 000: -/månaden för att i någon mån avhjälpa fattigdomen. Inget av det som Ni föreslår hjälper de anhöriga med detta.

Det bästa som kan hända de anhöriga är följande:

– Den drabbade får stöd från personligt ombud.

– Den drabbade får en bostad. Många är bostadslösa och hemlösa och det frestar på de anhöriga.

– Den drabbade få ett anpassat stöd i sin bostad.

– Den drabbade får något att göra på dagarna – studier, arbete eller sysselsättning.

– Lösa den drabbades fattigdom med t ex samhällslön vore utmärkt. Det är svårt att leva på lägsta sjukbidrag alternativt försörjningsstöd från socialtjänsten från 20-årsåldern och livet ut.

Sen är det utmärkt om vi som handikapporganisation fick del av statliga medel för att ” bland annat ordna med kurser och konferenser där anhöriga kan träffas och dela med sig av sina erfarenheter, det finns det ofta ett stort behov av.”

3 HVB hem enligt SOL är en förvaring av allvarligt psykiskt sjuka på obestämd tid. Vi anser att sådan hem är likvärdiga med mentalsjukhusen. De som placeras där har inget

inflytande över sina liv och kan knappast av egen kraft komma därifrån. De isoleras från familj och vänner och passiviseras. Det försvårar senare samhällsintegration. Långt från den samhällsintegration på lika villkor som Sveriges Riksdag beslöt om 2 juni 1994. Dessutom är det orimligt dyrt för kommunerna. Avveckla HVB-hem för allvarligt psykiskt sjuka.

4 För psykiskt sjuka har alltid lönebidrag varit en bra och kostnadseffektiv lösning. Tyvärr har antalet lönebidrag minskat från 59 940 år 2006 till 37 606 år 2013. Det krävs 22 000 fler lönebidrag bara för att återställa situationen som den var år 2006.

Bra förslag med ekonomiskt stöd till arbetsgivare som anställer personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga, dels genom lönesubventioner och dels genom stöd som syftar till anpassning av arbetsförhållandena så att den anställdes nedsatta arbetsförmåga kan kompenseras. I en del länder har man lagstiftat en skyldighet att anställa personer med funktionsnedsättningar.

5 Det låter bra med en ny patientlag. Kommer psykiskt sjuka att få rätt till second opinion i den nya lagen. Nuvarande lagreglering i HSL är ju inte tvingande. Detta är viktigt för patienter med psykiska problem då diagnoserna där inte bygger på objektiva fynd utan på bedömningar. Olika människor gör ju olika bedömningar. Många allvarligt psykiskt sjuka upplever nej till second opinion som oerhört kränkande.

Ni skriver att patientlagen skall öka patienternas inflytande men sen talar Ni om delaktighet. Kommer patienterna i den nya lagen att få inflytande eller blir det bara delaktighet. Patienterna vill inte ha delaktighet de vill ha inflytande över sin egen vård och sina egna liv. Annars får vi väl kämpa för inflytande i tjugo år till innan Riksdagens beslut 1994 om inflytande över sina egna liv och över den vård, service och stöd som de behöver och har rätt till kan förverkligas.

6 Ni har rätt i att ”Undersökningar visar också att det inte är ovanligt att personer som har haft kontakt med den psykiatriska vården upplever sig diskriminerade på olika sätt på grund av sin psykiska hälsa”. Ja det förekommer en ganska omfattande diskriminering som får stor konsekvens för de drabbade.

De får ju t ex inte samma vård för sina fysiska sjukdomar som andra och det förekommer övermedicinering med onödigt kraftiga biverkningar. Vi arbetar en hel del med att försöka hjälpa personer som anser att de fått fel diagnos och fel behandling. Inte sällan har patienten rätt och blir kraftigt förbättrade när man tar bort deras medicinering.

Läkemedelsgenomgångar kan vara en väg men då måste psykiatrin var mer positiv och öppen. I Skåne har man t ex inskränkt genomgångarna till:

- Patienter med samtidig användning av två eller fler bensodiazepiner
- Patienter med kroniska psykosor och samtidig användning av två eller fler neuroleptika. Man har även överlåtit genomgången av mediciner för patienter som finns i kommunal vård till primärvården vilket vi tycker är fel. Kompetensen finns inom psykiatrin. Vi har uppfattningen att detta är alltför restriktivt.

7 Ni kommenterar hemlösheten i allmänhet och påpekar att det är en komplicerad problematik som kräver långsiktiga lösningar och den uppfattningen delar jag.

Allvarligt psykiskt sjuka med varaktiga funktionsnedsättningar borde ha rätt till att bo i en egen bostad. Så är det inte. Antalet hemlösa i denna grupp har ökat kontinuerligt

sedan 1990-talets början. Den svenska välfärdssektorn går inte under om man lagstiftar om denna rätt. Tidigare hade de ju i vart fall tak över huvudet, mat och skydd under mentalsjukhuseran. Det är klart att Sverige har råd med detta. Hemlösheten i denna grupp är en funktion av de varaktiga funktionsnedsättningarna och de krav som ställs på dem framför allt från socialtjänsten och bristen på stöd.

Ni har genom att byta ut statens strategi från generella stimulansmedel till villkorade stimulansmedel enligt s.k. PRIO-strategin visat både insikt och vilja att göra något år en allvarlig situation både för barn och unga och för de allvarligt psykiskt sjuka.

Situationen för barn och unga är allvarlig och kommer att påverka både statens budgetbalans och samhällsdiskussionen för lång tid framöver. Satsningar där är välkomna och mycket viktiga.

De allvarligt psykiskt sjuka är en grupp som varken ökar eller minskar som har varaktiga funktionsnedsättningar som gör att de inte kan klara sina liv i samhället utan vård och stöd. Idag sviktar både vården och stödet och då har konsekvenserna blivit oacceptabla levnadsförhållanden.

Vi har idag kunskap för att förbättra både levnadsförhållanden, vård och fysisk hälsa. Är Ni beredda att verka för en korrigerande av PRIO-satsningen så att vi kan ändra på detta inom rimlig tid eller skall vi leva med dessa förhållanden ytterligare tjugo år?

Harald Wilhelmsson

av: Harald Wilhelmsson Ordförande för Schizofreniförbundets Skånedistrikt

12 februari 2014

5 Folkpartiet svarar

Kommentar av Maria Lundqvist-Brömster (FP), riksdagsledamot och gruppleadare

Schizofreniförbundets fråga 1: Hur ser ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation.

Folkpartiets svar 1: Vård och behandling av psykisk sjukdom måste uppvärderas! Den som har en psykisk sjukdom har samma rätt till bot och lindring som den människa som lider av fysisk sjukdom och smärta. Men detta är ännu inte självklart inom vården. Det krävs bättre tillgänglighet, högre kompetens och patientsäkerhet, fler evidensbaserade behandlingsmetoder, bättre bemötande och vårdmiljö, och inte minst förändrade attityder till psykisk sjukdom - både inom och utanför sjukvården.

Schizofreniförbundets fråga 2 A: Vad tänker ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

Ge exempel på konkreta förändringar som vi kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden.

Folkpartiets svar 2 A. Några viktiga krav för Folkpartiet, utöver dem som nämns i svaret på fråga 1 ovan:

. Ökad valfrihet också för vård och behandling mot psykisk ohälsa. Rätt att välja var man vill ha vård och behandling är viktigt för den som lider av psykisk ohälsa, och som därför ofta har svårt att hävda sin rätt till god vård.

. Fortsätt de statliga satsningarna på bättre vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. Folkpartiet har medverkat till att Alliansregeringen avsatt sammanlagt omkring åtta miljarder kronor i stimulansbidrag till landsting och kommuner för att förbättra vård och omsorg om personer med psykisk ohälsa.

. Daglig sysselsättning enligt LSS ska erbjudas även till den så kallade personkrets 3, det vill säga bland annat personer med varaktiga psykiska funktionsnedsättningar. Många med psykisk funktionsnedsättning saknar idag något meningsfullt att göra på dagarna, vilket leder till isolering, försämrad livskvalitet och försämrad psykisk och fysisk hälsa.

. Skydda psykiskt sköra personer från kvacksalveri. I dag kan vem som helst efter några dagars utbildning kalla sig för terapeut och ge behandling mot psykisk ohälsa. En hel flora av terapier har växt fram som inte är grundade på vetenskap och som utövas av personer som inte har hälso- och sjukvårdens legitimationsyrken. Risken är stor att psykiskt instabila personer far illa och inte får adekvat behandling. Patientsäkerhetslagen bör ändras så att den skyddar psykiskt sköra människor mot behandlingsmetoder som saknar vetenskaplig grund.

Schizofreniförbundets fråga 2 B: Vad tänker ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

Ge exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Folkpartiets svar 2 B. Stödet till anhöriga som tar hand om sina nära behöver förbättras. Folkpartiet har medverkat till att ändra lagen så att kommuner numera måste ge stöd till anhörgivårdare. En anhörig som ger vård och hjälp ska kunna påverka stödets utformning och även få vissa försäkringsförmåner.

Den civila sektorn ska få en större plats inom omsorgen och avlastningen till anhöriga.

av: Maria Lundqvist-Brömster (FP), riksdagsledamot och gruppleddare

Harald Wilhelmsson kommenterar yttrandet från (FP) 12 februari 2014 från Maria Lundqvist-Brömster (FP), riksdagsledamot och gruppleddare

Tack för Ert yttrande.

Detta är mina kommentarer:

Punkt 1:

”Det krävs bättre tillgänglighet, högre kompetens och patientsäkerhet, fler evidensbaserade behandlingsmetoder, bättre bemötande och vårdmiljö, och inte minst förändrade attityder till psykisk sjukdom - både inom och utanför sjukvården.”

Detta är även min uppfattning!!

Problemet är hur Ni tänker åstadkomma detta? Ert svar ger här ingen vägledning.

Punkt 2 A:

1 Rätt att välja kräver att patienter och anhöriga får inflytande i enlighet med 1994 års riksdagsbeslut. Tyvärr har man i avtalet mellan regering och SKL för 2014 – 2016 devalverat inflytande till delaktighet. Det tycker vi är minst sagt oroväckande.

Det vore även bra om Ni kunde påverka den nya patientlagen så att det blir inflytande för patienterna och en tydlig rätt till ”second opinion”. Second opinion fungerar ej idag. Viktigt med hänsyn till att de psykiatriska diagnoserna bygger på enskilda personers bedömningar. Objektiva fynd saknas ju som grund för diagnos. Patienter som nekas ”second opinion” känner sig otroligt kränkta.

Efter att regeringen bytt styrsystem 2012 från generella stimulansbidrag till system med prestationsbaserade stimulansbidrag har vi fått fokus på de allvarligt psykiskt sjukas situation. Tyvärr är situationen för dem som drabbats av schizofreni och liknande psykoser och deras anhöriga i stort sett samma som för fyra år sedan men vi hoppas på en förändring. Om Regeringen verkligen vill minska antalet hemlösa, minska den skandalöst höga dödligheten, minska antalet personer som vistas under institutionslikande förhållanden med litet inflytande över sina liv och öka tryggheten för dem som lever i samhället så krävs det långsiktiga insatser och lagstiftning. Ingetdera finns idag i den s.k. PRIO-satsningen.

Vi har idag vetenskapligt consensus om varaktigheten av kognitiva funktionsnedsättningar hos personer med schizofreni och liknande psykoser. Tyvärr har lagstiftningen inte hängt med varför LSS fortfarande utestänger största delen av de allvarligt psykiskt sjuka med varaktiga funktionsnedsättningar.

Ni anser att ” Många med psykisk funktionsnedsättning saknar idag något meningsfullt att göra på dagarna, vilket leder till isolering, försämrad livskvalitet och försämrad psykisk och fysisk hälsa.”

Jag delar den uppfattningen. Men det hjälper ju inte så många att ge rätt till sysselsättning för personkrets 3. Den omfattar idag bara ca 5 000 personer av totalt 43 000 med allvarliga psykiska funktionsnedsättningar. De flest av de 38 000 saknar något att göra på

dagarna.

”Skydda psykiskt sköra personer från kvacksalveri.”

Icke legitimerade personer lockar många psykiskt sjuka att delta i verkningslösa behandlingar etc. samtidigt som de ekonomiskt utnyttjar dem. Det bästa sättet att skydda de drabbade från dessa personer är att de får stöd av personliga ombud. Dessa kan då hjälpa de drabbade att bli av med dessa parasiter. Personer som saknar legitimation för sin verksamhet bryr sig nog inte så mycket om patientsäkerhetslagen men försöka duger gott.

Anhöriga till allvarligt psykiskt sjuka har fått bära en orimlig börda av 1994 års riksdagsbeslut. Man beslöt samhällsintegration men fattade inga beslut om det stöd som dessa personer absolut behöver för att leva i samhället. De anhöriga fick bära bördan. För dem som inte har några anhöriga så blev situationen eländig med svår fattigdom och många gånger hemlöshet. De anhöriga har i genomsnitt bidragit med 20 tim./veckan 52 veckor om året och nära 3 000: -/månaden för att i någon mån avhjälpa fattigdomen. Inget av det som Ni föreslår hjälper de anhöriga med detta.

Det bästa som kan hända de anhöriga till allvarligt psykiskt sjuka är följande:

- Den drabbade får stöd från personligt ombud.
- Den drabbade får en bostad. Många är bostadslösa och hemlösa och det frestar på de anhöriga.
- Den drabbade få ett anpassat stöd i sin bostad.
- Den drabbade får något att göra på dagarna – studier, arbete eller sysselsättning.
- Lösa den drabbades fattigdom med t ex samhällslön vore utmärkt. Det är svårt att leva på lägsta sjukbidrag alternativt försörjningsstöd från socialtjänsten från 20-årsåldern och livet ut.

Sen är det utmärkt om vi som handikapporganisation fick del av statliga medel för att arrangera bland annat kurser och konferenser där anhöriga kan träffas och dela med sig av sina erfarenheter, det finns det ofta ett stort behov av.

Avslutande kommentar:

Ert yttrande innehåller en del bra förslag som kan bidra till en förbättring för en del allvarligt psykiskt sjuka.

Tyvärr har ni inga förslag som löser frågan om att de har ett 20 år kortare liv och att vi har en situation där myndigheterna inte har någon uppfattning om varför och inte heller någon strategi för att ändra på förhållandena. Skall vi ha det så i fyra år till?

Tyvärr har Ni inte några förslag som ändrar på förhållandet att alltfler vistas i institutionsliknande miljöer med litet eller inget inflytande över sina liv.

Skall vi ha det så i fyra år till?

Tyvärr har Ni inga förslag om åtgärder för att börja minska på hemlösheten för gruppen som har ökat i tjugo år.

Skall vi ha det så i fyra år till?

Tyvärr har Ni inte heller några förslag som i grunden bidrar till att socialtjänsten, primärvården och psykiatrin tillämpar de evidensbaserade metoder/organisationer som finns tillgängliga.

Skall vi ha det så i fyra år till?

av: Harald Wilhelmsson Ordförande för Schizofreniförbundets Skånedistrikt

20 februari 2014

6 Sverigedemokraterna svarar

Kommentar av Per Ramhorn (SD), ledamot i Socialutskottet för Sverigedemokraterna

Schizofreniförbundets fråga 1) Hur ser ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation?

Sverigedemokraternas svar 1) Idag finns mycket okunskap och fördomar mot personer som lider av psykisk ohälsa. Vi anser att öppenhet och kunskap om psykiska sjukdomar behöver öka i samhället.

Schizofreniförbundets fråga 2A) Ge exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden.

Sverigedemokraternas svar 2A) En förstärkning av psykiatrin är ett måste, både när det gäller antalet vårdplatser men också att patienterna får tillgång till bättre läkemedel och psykologiska behandlingsmetoder.

Schizofreniförbundets fråga 2 B) Ge exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll?

Svar från Sverigedemokraterna 2B) Anhöriga har ett tungt ansvar idag och då inte minst anhöriga till personer med psykisk ohälsa. Här bör samhället gå in i en högre grad för att underlätta de anhörigas situation. Anhörigperspektivet ska genomsyra hela vård- och omsorgen. Personalens bemötande är även viktigt för att de anhöriga ska känna sig delaktiga.

av: Per Ramhorn, ledamot i Socialutskottet för Sverigedemokraterna

Harald Wilhelmsson kommenterar yttrandet från (SD) 20 februari 2014 från Per Ramhorn, ledamot i Socialutskottet för Sverigedemokraterna (SD)

Tack för Ert yttrande.

Ert yttrande: 1.

Idag finns mycket okunskap och fördomar mot personer som lider av psykisk ohälsa. Vi anser att öppenhet och kunskap om psykiska sjukdomar behöver öka i samhället.

Mitt svar 1:

Vi delar er inledande åsikt att bristen på insikter och kunskaper om allvarlig psykisk sjukdom och de funktionsnedsättningar som följer med sjukdomen och vilka möjligheter till förbättring av service, stöd, vård och rehabilitering som idag finns tillgängliga kanske är det allra största problemet.

Ert yttrande: 2 a)

En förstärkning av psykiatrin är ett måste, både när det gäller antalet vårdplatser men också att patienterna får tillgång till bättre läkemedel och psykologiska behandlingsmetoder.

Mitt svar 2 a)

-Ja Ni har rätt i att Psykiatrin behöver en långsiktig resursförstärkning för att kunna motsvara patienternas och allmänhetens krav och upprätta det förtroende som idag sviktar hos allmänheten.

-Bättre läkemedel är en synnerligen angelägen åtgärd. Men hur tänker Ni Er att vi skall få tillgång till bättre läkemedel? Kostnaderna för läkemedel är idag en mycket stor post i de drabbades budget och bidrar till den omfattande fattigdomen inom gruppen. Gratis läkemedel till alla som drabbats av schizofreni och likande psykoser vore en stor reform. Brister i bemötandet från psykiatrin gör att bara ca 40 procent av personer med schizofreni och liknande psykoser tar de ordinerade preparaten. Vi känner väl till vilka förändringar som behövs för att i grunden ändra på detta men psykiatrin förmår inte ändra på invant beteende. Vad vill Ni göra åt detta?

Ert yttrande: 2 b)

Anhöriga har ett tungt ansvar idag och då inte minst anhöriga till personer med psykisk ohälsa. Här bör samhället gå in i en högre grad för att underlätta de anhörigas situation. Anhörigperspektivet ska genomsyra hela vård- och omsorgen. Personalens bemötande är även viktigt för att de anhöriga ska känna sig delaktiga.

Mitt svar: 2 b)

-Samhället är ju vi alla. Menar Ni att Stat, kommun eller landsting/regioner skall gå in och underlätta de anhörigas situation.

- Vad menar Ni med ”genomsyra hela vård och omsorgen”? Skall de anhöriga ta över än mer av de allvarligt psykiskt sjukas vård och omsorg?

-Personalens bemötande är en faktor som är viktig för de anhöriga. Men hur skall detta gå till?

Det bästa som kan hända de anhöriga är följande:

-Den drabbade får stöd från personligt ombud.

-Psykiatrin arbetar med Psyko Pedagogisk Intervention enligt Tina Orhagen i Linköping.

-Den drabbade får en bostad. Många är bostadslösa och hemlösa och det frestar på de anhöriga.

-Den drabbade få ett anpassat stöd i sin bostad.

-Den drabbade får något att göra på dagarna - studier, arbete eller sysselsättning.

-Lös de drabbades fattigdom med t ex samhällslön vore utmärkt. Det är mycket svårt att leva på lägsta sjukbidrag alternativt försörjningsstöd enligt SoL från socialtjänsten från 20-årsåldern och livet ut.

-Sen är det utmärkt om vi som handikapporganisation fick statliga medel för att bland annat arrangera kurser och konferenser där anhöriga kan träffas och dela med sig av sina erfarenheter. Ofta finns det ett stort ett stort behov av detta.

Mina avslutande kommentarer:

Det verkar som om Ni inte har särskilt omfattande kunskap om varken gruppen personer med allvarlig psykisk sjukdom deras funktionsnedsättningar eller deras problem i den samhällsintegration som Sveriges Riksdag beslöt om 2 juni 1994 eller för den skull de anhörigas insatser i vård och stöd och deras problem.

Vi uppgav 19 olika områden där evidensbaserade förbättringar av service, stöd, vård och rehabilitering var möjliga. Hur tänker Ni medverka till att genomföra dessa möjliga och angelägna förändringar för personer som drabbats av allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och deras anhöriga?

Ett förhållande som verkar vara ett stort problem är att den offentliga sektorn har låst sig i en struktur som gör att den har svårt att ta till sig den evidensbaserade kunskap om service, stöd, vård och rehabilitering som finns idag. Även här saknar vi förslag från Er hur detta förhållande skall kunna ändras.

av: Harald Wilhelmsson Ordförande för Schizofreniförbundets Skånedistrikt

17 mars 2014

7 Miljöpartiets svar

Kommentar av Anders Andersson och Agneta Luttropp (mp) ledamot i socialutskottet och talesperson i hälso- och sjukvårdsfrågor

Schizofreniförbundets fråga 1 Hur ser Ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation?

Miljöpartiets svar 1 Ni har gjort en viktig beskrivning av den samlade situation människor med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning befinner sig i, men också vilka förbättrings områden som finns. Det är en angelägen punktlista.

Vi instämmer starkt. Det krävs ett medvetet arbete på många olika nivåer.

Ett välfärdssamhälle måste se om alla dess medlemmar, och alltför länge har människor med psykisk sjukdom inte fått de insatser som skulle vara självklara vid fysiskt svår sjukdom. Som ni återkommer till så har reformen från -94 inte fått det innehåll som var tänkt. Det finns enskilda exempel där insatserna har varit sammansatta och där personen har tydligt inflytande, men det finns inget som garanterar att det är så. Exemplet på brister är många.

Vi vill förbättra skyddsnät, säkerställa att det finns praktisk och konkret hjälp, och skapa förutsättningar för att människor med en allvarlig sjukdom/ funktionsnedsättning ska kunna leva ett så bra liv som möjligt.

Ökad kunskap genom forskning är också viktig. Både för att förstå mer om varför människor insjuknar och i den mån det går att förebygga ska det göras i så stor utsträckning som möjligt.

Schizofreniförbundets fråga 2 Vad tänker Ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

2 A Exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden.

Miljöpartiets svar 2A En större satsning på personliga ombud. Vi har avsatt pengar kontinuerligt i vårt budgetförslag till detta ett antal år tillbaka. Ombuden behöver bli fler i antal och statsbidraget behöver täcka hela kostnaden. För att öka ombudens oberoende vill vi också att ombuden i högre grad kopplas till brukarorganisationerna i stället för till kommunerna. Fördelar med förändrat huvudmannaskap är att man tar bort det indirekta beroendeförhållande som idag är inbyggt i konstruktionen. Det är svårt att stå fri i sin kritik gentemot sin egen arbetsgivare.

Vi vill när det gäller bostäder att Sverige tar över ett fungerande koncept som Finland använder sig av, så kallat y-fonden. Det går ut på att människor som av olika skäl inte klarar sitt boende själv och behöver samhällets stöd ska få det. Y-fonden äger lägenheter över hela Finland, den som är i behov får en lägenhet och det som är unikt är att ett helt stödkoncept runt varje person görs. Vem som ska göra vad och ett fungerande boende-

stöd. I Sverige läggs alltför ofta, obegripligt nog, ett stort ansvar på den enskilde att klara saker, även på den som är psykiskt sjuk. Den som inte gör det riskerar i värsta fall att bli vräkt eller inte få bo kvar i träningslägenheter etc. En del kan få personlig assistans eller boendestöd i tillräcklig omfattning för att klara eget boende, men många får det inte. Olika boendeformer måste stå till buds, och vi delar er oro för att HVB-hemmen används på ett sätt som inte var tänkt. Att det kan bli små institutioner och leda till passivering. Hemlöshet bland psykiskt sjuka ska inte få förekomma.

När det gäller arbete vill vi utveckla sociala kooperativ och ge bra förutsättningar för projekt och verksamheter som hittar individuella lösningar för personer med svår psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. Det är viktigt att det särskilt för unga finns mellanting mellan daglig verksamhet och Samhall för de som inte klarar det. Vi anser att statliga företag och kommuner måste vara föregångare i att ge arbete eller meningsfull sysselsättning. Vi vill också se över hur krav i upphandlingar kan användas mer offensivt. Mp vill även införa vad vi kallar flexjobb enligt dansk modell. Personer som har funktionsnedsättning som inverkan på arbetsförmågan ska genom flexjobb kunna få en komplettering till lönen från staten. Samt särskilda andra insatser till arbetsgivare och arbetstagare när behov finns. Lönenivåerna är avtalsenliga och hålls inte nere som genom lönebidraget. Vi anser också att de som ingår i personkrets 3, LSS ska ha rätt till sysselsättning. Vi är dock medvetna om att det i detta sammanhang inte berör så många.

När det gäller socialförsäkringar vill vi på sikt ha ett system som vi kallar Arbetslivs-trygghet. Det ska inte vara det lapptäcke som dagens system är, utan ett tryggare och enklare system som inte utesluter människor. Vi vill slå samman arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringen till ett och samma nya trygghetssystem. Nivåerna vid sjukdom och arbetslöshet ska inte skilja sig som i dag och det ska inte vara krav på medlemskap i a-kassa för att få ersättning. Det behöver finnas en grundnivå för såväl arbetslösa som sjuka. Europarådet har för övrigt nyligen kritiserat Sverige för att inte ett sådant skydd finns.

För ett genomgående hälsofrämjande synsätt vill vi införa en folkhälsolag. Det finns mycket kunskap i dag, men den används alldeles för lite. Mycket av det ni tar upp i era punkter, t ex om sämre fysisk hälsa, kortare livslängd, ökad suicidrisk är fakta som är helt centrala ur ett folkhälsoperspektiv, och som ställer krav på åtgärder.

Vården behöver bli mer hälsofrämjande. Gällande fysisk aktivitet, vi har i tidigare budgetsammanhang föreslagit en nationell satsning för fysisk aktivitet för personer med psykisk sjukdom/funktionshinder/ohälsa. Ibland tenderar dock projekt att bli kortsiktiga. Fysisk aktivitet och matvanor är dock något som miljöpartiet i landstingen lyfter aktivt på olika sätt.

Vi har även ett stort batteri av insatser för att förebygga psykisk ohälsa. I bästa fall kan det även förbättra för personer som har en särskild skörhet som kan leda till utbrott av psykisk sjukdom. Här ingår satsning på elevhälsovården, fler vuxna i skolan mm. Unga som mår psykiskt dåligt ska veta exakt vart de ska kunna vända sig och bli väl emottagna utan väntetider, den sk första linjens psykiatri måste fungera och utformas på varje ort. Tillgängliga ungdomsmottagningar, familjecentraler och stödgrupper ska finnas.

Vi anser också att en ung människa ska ha rätt till stödsamtal/terapeutisk kontakt även utan föräldrars tillstånd när den är under 18 år. Vi vill också införa vad vi kallar en lex Nora – en direkttillsyn på IVO som unga som far illa inom psykiatrin kan vända sig till.

När det gäller vårdplaner som inte görs eller inte följs vill vi se över möjligheten att införa en särskild avgift för detta, ungefär för vad som gäller i dag för icke verkställda beslut. Förhoppningsvis kan det leda till förändringar. Själva innehållet i insatserna från kommunen måste bli mycket bättre. Som anhörig ska man t ex inte behöva oroa sig för vad som händer när en svårt sjuk person blir utskriven från sjukhus och kommunens insatser tar vid.

När det gäller tvång är vår allmänna inställning att insatser och vård på frivillig väg kan användas mycket längre än i dag. Om det fungerar väl kan tvångsinsatser minimeras. Att vården är öppen och tillgänglig är dessutom mycket viktigt för att förebygga suicid. Vi vill även att händelseanalyser ska göras efter varje självmordsförsök. De kan ge viktig kunskap om hur förebygga framöver.

Schizofreniförbundets fråga 2 B Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Miljöpartiets svar 2 B Om de åtgärder vi beskrivit ovan skulle genomföras skulle det samtidigt innebära en stor lättnad för anhöriga. Vi vill också se över frågan om gode män och förmyndare, så att dessa fungerar så väl som möjligt och verkligen innebära avlastning för anhöriga.

Anhörigstödet från kommuner hoppas vi ska fungera allt bättre. Det gäller som anhörig att känna att andra förstår ens situation, gör något åt det och att man kan få stöd, både av professionella, men också av andra i samma situation.

av:Anders Andersson Agneta Luttröpp (mp) ledamot i socialutskottet och talesperson i hälso- och sjukvårdsfrågor

Harald Wilhelmssons kommentar (MP)

17 mars från Miljöpartiet Agneta Luttrop

Hej!

Även vi vill tacka för gediget svar och överhuvudtaget har bloggen inneburit viktig läsning och fördjupning för alla som är engagerade i frågan.

Vi instämmer i problemen med kortsiktiga projekt och vikten och behovet av en långsiktig nationell handlingsplan. Samtidigt finns också redan stor vetskap om vad som inte fungerar och det får inte bli så att arbetet stannar upp i avvaktan en ny plan.

Däremot är det viktigt att måla en politisk bild, med både ambition och vision. Ett samhälle som skapar bästa möjliga förutsättningar för de som är psykiskt sjuka eller har psykiskt funktionsnedsättning är ett mänskligt samhälle, något som är viktigt för oss alla. Om gemene man har en vetskap om att den som blir sjuk får bästa möjliga vård och insatser, oavsett om det gäller fysisk eller psykisk sjukdom blir det en trygg förvisning om att samhället finns där och ger stöd om något händer en själv, ens närmaste och andra medmänniskor.

Några av de frågor ni tar upp. Vilka är hindren för att samhället ska tillämpa befintlig och kommande evidensbaserad kunskap? Det är ett fält man behöver undersöka närmre, men det kan säkert vara en kombination av brist på tid för att ta till sig ny kunskap, kostnader för utbildningar och en ledningsfråga. Men det kan även finnas motstånd att ta till sig ny kunskap och styra om verksamheter om det skiljer sig avsevärt från något man tidigare lärt in. Implementeringsforskning är därför också ett viktigt fält att dra praktisk nytta av i högre grad. Men visst har tydligheten i politisk vision och ambition en mycket stor inverkan också. Miljöpartiet ser en stor utvecklingspotential inom området e-hälsa, för t ex ökad kunskap, informationsutbyte, konsultation och utbildning.

En folkhälsolag anser vi behövs för att ansvarsområdet i dag är så splittrat. Det behöver finnas ett tydligt krav på folkhälsoperspektiv i det som görs och tydliggöras vilket ansvar som ska ligga på olika nivåer i samhället. Folkhälsoarbetet kan på så vis bli mer effektivt. Det du tar fram om den extrema skillnaden i livslängd för personer med allvarlig psykisk sjukdom i förhållande till andra är en indikator som glasklart visar på behovet av tydliga åtgärder. Det behöver det förvisso inte finnas en folkhälsolag för att åtgärda, men vi menar att det kommer att hjälpa till.

Att bostad, stöd, något meningsfullt att göra, inflytande, hälsofrämjande åtgärder och en tillräcklig ekonomi kan göra stor skillnad är uppenbart och det är bedrövt att så mycket fortfarande brister. Vi kommer fortsätta att arbeta på alla dessa fronter. Frågan om marginalisering, stigmatisering och diskriminering är angelägen liksom huruvida de lagar vi har dåligt fångar in situationen för människor med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Det är aktuellt inte minst i ljuset av den kommande lagen om bristande tillgänglighet som diskriminering – en lag som vi i motion har föreslagit ska bli mer omfattande än det förslag som regeringen lagt.

Hur ska vi minska tvånget och se till att vården är öppen och tillgänglig? Ett sätt är som vi nämnde att sätta tydligare fokus på de gemensamma vårdplanerna där vi vill se ett så kallat omvänt kravförhållande. Vi vill sätta press på att dessa planer upprättas med bra innehåll och att de verkligen följs. Och vi menar att detta kan kopplas till införande av en särskild avgift som ska kunna bli hög, på liknande sätt som gäller i dag för biståndsbeslut som ej blir uppfyllda. Vi utvecklar tanken i motion 2007/08:So15 Motion med anledning av prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/med-anledning-av-prop-200708_GV02So15/?text=true

Vi instämmer i att det behöver göras en ny inventering från Socialstyrelsen om hur många av de hemlösa som också har en allvarlig psykisk sjukdom. Slutligen vill vi också trycka på behovet av att Sverige tar draghjälp av de länder där utvecklingen har kommit längre. Att brukar- och patientorganisationer har möjlighet att verka på ett bra sätt är också oerhört viktigt för utvecklingen. Inte minst det anhörigstödet som organisationerna bidrar med kan behöva lyftas fram mer än vad som gjorts hittills. Brukarrevision och former för den enskildes inflytande vill vi ska utvecklas.

av: Harald Wilhelmsson Ordförande för Schizofreniförbundets Skånedistrikt

2014-03-27

8 Socialdemokraternas svar

Schizofreniförbundet fråga 1 Hur ser Ditt Parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation?

Socialdemokraternas svar: Den som drabbas av psykisk sjukdom löper en ökad risk för fysisk ohälsa, att få problem i relationer och att tappa fotfästet på arbetsmarknaden med ekonomisk utsatthet som följd. Det finns stora brister när det gäller psykiskt sjukas och funktionsnedsattas möjlighet till vård, omsorg, boende, rehabilitering och sysselsättning. Vi står inför stora utmaningar för att systematiskt höja ambitionsnivån så att vården och stödet vid psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder kan jämföras med övriga sjukvården.

Den socialdemokratiska regeringen tillsatte en stor psykiatriutredning 2003 som fick uppdraget att se över hela psykiatriområdets organisation och resursbehov. Utredningen presenterade sina förslag strax efter valet 2006. Den borgerliga regeringen väntade till budgeten 2009 med att anslå några pengar. Socialstyrelsen har redovisat att kostnaderna för psykiatrin 2007-2011 halkat efter annan sjukvård, trots alla tidsbegränsade statliga projekt pengar.

Lösningen är inte mer pengar till projekt. Vi anser att det behövs en långsiktig och uthållig satsning i hela samhället för att skapa förutsättningar för god vård och ett gott liv för den som drabbas av eller lever med en psykisk sjukdom. Det behövs gemensamma mål för flera olika samhällssektorer och en nationell plattform som slår fast vad som är psykiatrins uppdrag och hur den ska utvecklas.

Vi föreslår att det upprättas en långsiktig nationell handlingsplan för en ambitionshöjning inom vård och stöd för människor med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Denna plan bör ha ett tioårigt perspektiv och innehålla mål på kort och lång sikt som kan följas upp och utvärderas.

Schizofreniförbundets fråga 2 Vad tänker Ditt Parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

2 A Exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden

Svar: Vår långsiktiga inriktning för psykiatrin innehåller bland annat följande delar: stärkt skolhälsovård, åtgärdsplan för barn och ungdomar i kris, stöd till hela familjen, bättre individuellt stöd för att delta i arbetslivet, individuell bedömning av ungdomar på ungdomshem, snabbare och enklare stöd till psykiskt sjuka, bättre tillvaratagande av brukarnas erfarenheter, översyn av antalet vårdplatser, fler sviktplatser, mer resurser till forskning och kompetensutveckling och fler jobb till personer med psykiska funktionshinder. Psykiatrin behöver långsiktighet och en fungerande grundstruktur, inte fler projekt.

2 B Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Socialdemokraternas svar på 2 A och B: Den som själv är eller har varit sjuk och föremål för psykiatrisk vård och deras anhöriga har stor kunskap att bidra med för att utveckla vården. Brukar- och patientorganisationerna har en viktig roll i detta. Vi vill stärka deras roll i utvecklandet av vården. Vårdutbudet räcker idag inte till för de stora behoven. Sverige har minst antal vårdplatser inom psykiatrin i hela Norden. Vi vill därför att antalet slutenvårdsplatser i ett längre perspektiv ses över och därtill vill vi uppmuntra en ny mellanform – så kallade ”sviktplatser” där man kan få hjälp och stöd under kortare perioder. I Norge och Danmark har man lyckats bra med detta.

Den jämförelse som gjorts av psykiatrin i de nordiska länderna visar att systemet med kommunala boendestödjare och personliga ombud har fungerat väl. Det finns dock en brist på personliga ombud och det är angeläget att rekryteringen ökas och underlättas. Kunskapen om psykisk ohälsa och vilka former av behandlingar som fungerar är eftersatt och det behövs en mångårig bred satsning på kompetensutveckling för den personal som jobbar med psykiskt sjuka och funktionshindrade.

Om ett barn mår dåligt eller har stora problem ska man veta vem man ska ringa för att få snabb hjälp, en slags Barnens Räddningstjänst. Vi föreslår att det ska finnas Samverkansmodeller i varje kommun för barn och ungdomar med problem (samverkan skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagning). Psykisk ohälsa påverkar hela familjen. Därför måste den samlade barn/ungdomshälsan ge förutsättningar för att kunna hjälpa hela familjen.

av: Socialdemokraterna

Harald Wilhelmsson kommenterar (S) Schizofreniförbundet på yttrande 24 mars från Socialdemokraterna.

Tack för Ert intressanta yttrande.

Först några inledande kommentarer:

Ni verkar ha både insikter och kunskaper om situationen för personer som drabbats av allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och även tankar om vad Ni vill göra åt deras situation.

Antal personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning har varit konstant i vart fall sedan 1970-talet och en del hävdar att de varit oförändrade sedan senaste istiden. Konsekvenserna drabbar enskilda och deras familjer ofta livslångt och har mycket omfattande samhällskonsekvenser.

SoS har i början av 2000-talet beräknat de årliga samhällskostnaderna för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning till c a 50 miljarder kronor. År 1992 beräknade psykiatriutredningen samhällskostnaderna till 40 miljarder.

Antalet personer med lättare psykisk ohälsa däremot har ökat mångfalt under de senaste 20 åren och utgör idag ett växande samhällsproblem med oklara orsaker och med omfattande samhällskonsekvenser för lång tid framöver.

En del av Era svar verkar främst avse denna grupp.

Mina svar avser främst situationen för de ca 70 000 personer som drabbats av allvarlig psykisk ohälsa (schizofreni och liknande psykoser) och de varaktiga funktionsnedsättningar som följer med detta.

Vår fråga:

1 Hur ser Ditt Parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation?

Mitt svar:

Vi delar uppfattningen att den som drabbas av psykisk sjukdom löper en ökad risk för fysisk ohälsa, att få problem i relationer och att tappa fotfästet på arbetsmarknaden med ekonomisk utsatthet som följd.

Vi delar även Er uppfattning att det finns även stora brister när det gäller psykiskt sjukas och funktionsnedsattas möjlighet till vård, omsorg, boende, rehabilitering och sysselsättning.

Men vi har också uppfattningen att personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning utsätts för en omfattande politiskt baserad diskriminering och att Sverige inte följer FN's mänskliga rättighetsperspektiv eller FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som Sverige ratificerat.

Det är denna diskriminering som utgör grunden för den skandalösa utvecklingen sedan 1994 med allt kortare livslängd, ökande hemlöshet, utbredd fattigdom, brist på adekvat stöd och brist på möjligheter att utveckla ett meningsfullt liv. Först när vår kunskap om de allvarligt psykiskt sjukas levnadssituation ökat förmår vi se den diskriminering de utsätts för och sätta in effektiva åtgärder som motverkar den.

Vi har föreslagit studier av levnadsförhållanden för den aktuella gruppen både lokalt på riksnivå men har hittills inte fått gehör för detta förslag. Förslagen har mest hamnat i tvister rörande vem som har ansvar, och vem som skall finansiera en sådan studie. Senast en sådan studie genomfördes var 1991 och då finansierades den av staten.

Det är riktigt att den socialdemokratiska regeringen efter mordet på Anna Lind och ett antal andra våldsdåd tillsatte en stor psykiatriutredning 2003 som fick uppdraget att se över hela psykiatriområdets organisation och resursbehov.

Tyvärr omfattade direktiven till utredningen inte frågan om hur Riksdagens beslut om samhällsintegration på lika villkor och inflytande över sitt liv och över den service, stöd, vård och rehabilitering som de behöver från 1994 skulle kunna förverkligas. Istället fick vi fokus på psykiatrins organisation och resursbehov samt en ny tvångslag vilket försenade effektiva åtgärder mot den höga dödligheten, hemlösheten, bristen på något att göra och bristen på stöd i det vardagliga livet.

Ni hävdar att vi står inför stora utmaningar för att systematiskt höja ambitionsnivån så att vården och stödet vid psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder kan jämföras med övriga sjukvården.

Denna uppfattning delar vi helt men tyvärr är ju den s k Prio-satsningen med prestationsrelaterade stimulansåtgärder till regioner/landsting/kommuner alltför kortsiktig och alltför projektinriktad för att i grunden kunna åstadkomma de effekter som Ni efterlyser.

Ni anger vidare att Socialstyrelsen har redovisat att kostnaderna för psykiatri 2007-2011 halkat efter annan sjukvård, trots alla tidsbegränsade statliga projektpengar. Tyvärr gäller det nog i ännu högre grad en längre tidsperiod t ex från 1980 då Riksdagen beslöt att mentalsjukhusen skulle avvecklas. Å andra sidan verkar sambanden mellan bra psykiatrisk vård och budgetnivåer vara ganska lågt.

Ni anger att lösningen inte är mer pengar till projekt och anser att det istället behövs en långsiktig och uthållig satsning i hela samhället för att skapa förutsättningar för god vård och ett gott liv för den som drabbas av eller lever med en psykisk sjukdom. Det behövs gemensamma mål för flera olika samhällssektorer och en nationell plattform som slår fast vad som är psykiatrins uppdrag och hur den ska utvecklas.

Ni föreslår att det upprättas en långsiktig nationell handlingsplan för en ambitionshöjning inom vård och stöd för människor med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Denna plan bör ha ett tioårigt perspektiv och innehålla mål på kort och lång sikt som kan följas upp och utvärderas.

Vi delar de flesta av Era förslag i ovanstående avsnitt.

Vi har erfarenheten att projekttänkandet idag genomsyrar inte bara den politiska kulturen utan även myndighetskulturen och region/landsting/kommunkulturen. Alla inrättar sig efter att pengarna försvinner efter tre år och då är man redan från början inriktad på att avveckla de verksamheter som man tillskapat med dessa projektpengar.

Ni talar om en långsiktig satsning i hela samhället och det anser vi också är nödvändigt. Alternativet är att vi alla skall leva med kunskapen om att vi aktivt diskriminerar de psykiskt sjuka och att de även fortsatt lever 20 år kortare liv och att hemlösheten, fattigdomen och sysslolösheten inom gruppen kommer att vara kvar för långa tider framöver.

Ett tioårigt projekt i enlighet med Ert förslag låter som ljuv musik i öronen på en lutttrad förbundsledning. Nuvarande s k Prio-satsning gäller ju t o m 2016. Utvärderingen skall vara klar 2017. Skall jag tolka det så att detta skall ske fr. o m 2018 alltså under valperioden efter den kommande valperioden 2014-2018 eller har Ni tänkt att omforma/komplettera den s k Prio-satsningen redan fr o m 2015 för perioden fram till 2025? Det är det senare alternativet som vi starkt förordar.

Ni föreslår en nationell plattform för att utveckla psykiatrin. Vi anser att ett av psykiatrins problem är att det inte finns någon auktoriserad modell för vilken psykiatri vi skall ha och som kan läggas som direktiv till t ex myndigheter som har till uppgift att t ex utbilda personal för den psykiatriska vården. Idag tillämpar varje landsting/region, varje klinik och varje psykiater sin egen version av psykiatri. Frågar man de utbildningsansvariga hur de gör så säger de att vi improviserar fortlöpande i avsaknad av direktiv från staten. Detta är enligt vår uppfattning en orimlig situation.

När det gäller den höga dödligheten har vi följande uppfattningar:

1 Psykiatrin som organisation och psykiaterna måste i fortsättningen även ta ett ansvar för sina allvarligt psykiskt sjuka patienters fysiska hälsa.

2 Kommunerna måste ta ett ansvar för uppsökande verksamhet när det gäller de allvarlig psykiskt sjuka med allvarliga funktionsnedsättningar. Idag är de totalt ca 43 000 enligt inventering av SoS. Det är bara ca en tredjedel av dem med allvarliga psykiska funktionsnedsättningar som är kända av socialtjänsten och psykosvården/rättpsykiatrin.

3 Kommunerna måste ta ett ansvar för att stödja de allvarlig psykiskt sjuka till ett mer hälsosamt levnadssätt.

Samhällsintegration av personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning är en komplicerad fråga som kräver en rad åtgärder för att bli framgångsrik som t ex:

- Egen bostad
- Ett personligt stöd
- Något meningsfullt att göra – studier, arbete eller sysselsättning så att de drabbade kan utveckla ett meningsfullt liv.
- Uthålliga insatser för att främja ett hälsosamt levnadssätt.
- En samhällsbaserad psykiatrisk och somatisk vård som håller kontakt och följer upp individen och är tillgänglig.
- Ett lagstöd som skyddar individen från att marginaliseras, stigmatiseras, diskrimineras

ras och att utnyttjas av andra starkare personer och organisationer.

-Ett ekonomiskt stöd som eliminerar den extrema fattigdom som utvecklats under de senast tjugofem åren eller att vara beroende av regelbundna ekonomiska tillskott från de anhöriga.

Vår fråga:

2 Vad tänker Ditt Parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

A Exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden

Mitt svar: Ni anger ganska många förslag för att långsiktigt förändra inriktningen av psykiatrin. En del av förslagen handlar mer om psykisk ohälsa och det är ju ett samhällsproblem som inte kan lösas genom utveckling av psykiatrin. Vi instämmer helt i att psykiatrin behöver långsiktighet och en fungerande grundstruktur. Tyvärr tar ni inte upp de 19 olika områden där det finns evidensbaserad kunskap som skulle förbättra situationen för de allvarligt psykiskt sjuka.

Vår fråga:

B Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Mitt svar:

Ni vill stärka brukarnas och de anhörigas roll i vården. Här har vi en viktig fråga. I Riksdagens beslut 1994 rörande den s.k. psykiatrireformen står det att de drabbade och de anhöriga skall ha inflytande över sina egna liv och över den service, stöd, vård och rehabilitering som de behöver och har rätt till.

I avtal mellan regeringen och SKL om Prio-verksamheten 2014-2016 har detta devalverats till delaktighet. Vi har uppfattningen att det inte är tillräckligt med delaktighet utan att det krävs verkligt inflytande.

Regeringen förbereder en ny patientlag som skall öka patienternas inflytande. Kommer patienterna i den nya lagen att få inflytande eller blir det bara delaktighet. Har Ni möjlighet att verka för att patienter och anhöriga får verkligt inflytande? Vi tror att detta är nödvändigt om nuvarande förhållanden skall kunna brytas till förmån för ett längre liv minskad hemlöshet och bättre levnadsförhållanden.

Ni pekar på behov av fler vårdplatser och s k sviktplatser inom psykiatrin. Det kan tänkas att vi behöver fler vårdplatser men vi behöver fram för allt kommuner som kan erbjuda en bostad, ett stöd och något att göra åt en allvarligt psykiskt sjuk som skall skrivas ut från slutna psykiatrisk vård. Idag förekommer erbjudande om övernattnings på härbärg, vandrarhem etc och det är ingen god psykiatrisk vård – snarare vanvård.

Ni tar inte upp frågan om att de anhöriga fått bära den största bördan för psykiatrireformen sedan 1994. Idag använder de anhöriga över 20 timmar i veckan till att stödja sina drabbade anhöriga och dessutom överför de över 3000:- kronor i månaden för att utjämna den ökande fattigdomen. Detta är inte hållbart i längden. De patienter som inte

har anhöriga riskerar att drabbas av fattigdom, hemlöshet och ett allt kortare liv. Detta förhållande är djupt orättvist.

Det bästa som kan hända de anhöriga är följande:

-Den drabbade får stöd från personligt ombud.

-Psykiatrin arbetar med Psyko Pedagogisk Intervention enligt Tina Orhagen i Linköping. http://www.slidefinder.net/p/psykopedagogisk_intervention_ppi/32751674

-Den drabbade får en egen bostad. Många är bostadslösa och hemlösa och det frestar på för de anhöriga.

-Den drabbade få ett anpassat stöd i sin bostad.

-Den drabbade får något att göra på dagarna - studier, arbete eller sysselsättning.

-Lös de drabbades fattigdom med t ex samhällslön vore utmärkt. Det är mycket svårt att leva på lägsta sjukbidrag alternativt försörjningsstöd enligt SoL från socialtjänsten från 20-årsåldern och livet ut.

-Sen är det utmärkt om vi som handikapporganisation fick statliga medel för att bland annat arrangera kurser och konferenser där anhöriga kan träffas och dela med sig av sina erfarenheter. Ofta finns det ett stort ett stort behov av detta.

Ni anger att det finns brist på personliga ombud och att rekryteringen behöver ökas och underlättas.

Riksdagens beslut om en ”permanent och landsomfattande” reform med personliga ombud från 1999 har inte fått full omfattning. Hela reformen haltar genom att den inte är rikstäckande. Den är dessutom underfinansierad – statsbidraget till ombud har varit samma belopp sedan år 2000. Dessutom får bara högst hälften av de personer som skulle behöva sådant stöd för att kunna leva samhällsintegrerade utan att hamna i hemlöshet och misär, sådant stöd.

Frågan är dessutom en frivillig insats enligt SoL hos kommunerna. Kommunerna är mot denna bakgrund starkt tveksamma till systemet och när ekonomin sviktar skär de ner frivilliga insatser.

Vi har föreslagit att Skåne blir ett nationellt försöksområde för ett nytt system för personligt stöd genom fristående personliga ombud. En regional organisation med representanter för anhöriga och brukare, Skånes kommuner och Region Skåne svarar för verksamheten och är bidragsmottagare från staten. Verksamhet i alla kommuner och full behovstäckning. Nationell finansiering genom allokering av pengar direkt till organisationen i Skåne.

Uppföljning genom SoS och olika forskningsprojekt.

Frågan om förändring av systemet med personligt stöd genom personliga ombud ligger på regerings- och riksdagsnivå.

Kan Ni tänka er att stödja en sådan förändring?

Ni har ett ganska heltäckande sätt att se på den psykiatriska vårdens brister. Jag saknar dock ett led i er beskrivning och det är hur en tillgänglig samhällsbaserad psykiatri som håller kontakt med sina allvarligt psykiskt sjuka patienter, bostäder, sysselsättning arbete studier och stöd från personliga ombud kan stabilisera livet för de drabbade och därmed minska både behovet av tvång och behovet av sluten vård inklusive vistelser vid behand-

lingshem och s k HVB-hem. Det skulle även underlätta de anhörigas situation.

Mellanvård har ju prövats bl a i Stockholmsområdet men de har avvecklats eftersom man inte kunde enas om de var sjukvård eller socialtjänst och därmed vem som skulle finansiera dem.

När det gäller de allvarligt psykiskt sjuka finns det som framgått av vår skrivelse en hel mängd evidensbaserad kunskap rörande både den medicinska och psykologiska och den sociala omvårdnaden. Det finns även kunskap om hur vi skall bekämpa den höga dödligheten och hur vi skall forma effektiva organisationer som kan möta personer med många olika problem på ett effektivt sätt. Problemet här är att vi inte allmänt tillämpar denna kunskap och dessa kliniska riktlinjer.

Detta anser vi vara en strategisk fråga inom hela vården av personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättningar. Senast SoS yttrade sig i frågan om samhällskostnader för de allvarligt psykiskt sjuka var kostnaden 50 miljarder. Den hade då ökat från 40 miljarder 1992. En effektivisering av dessa insatser verkar alltså i samma riktning som utvecklingen av en bättre evidensbaserad vård.

Utvecklingen inom både den medicinska vetenskapen och den sociala vårdvetenskapen har gått snabbt under senare år och vi har anledning tro att denna utveckling kommer att fortsätta. Men det finns avgörande hinder i det svenska samhället för att tillämpa både befintlig och framtida kunskap.

Vilka hinder ser Ni idag?

Hur vill Ni påverka dessa hinder?

Den psykiska ohälsan ha ju nått nivåer då den blivit en angelägenhet även för statens finanser och här behövs både forskning om orsaker och effektiva insatser.

Vi delar flera av Era förslag rörande om barn och ungdomars ohälsa.

När det gäller ungdomar med en tidig allvarlig psykisk sjukdom finns det ett evidensbaserat arbetssätt:

Psykopedagogisk Intervention (PPI) Tina Orhagen som ser till hela familjen.

Avslutande kommentarer:

Ni verkar ha en allvarlig vilja att förbättra situationen både för barn och unga med psykisk ohälsa och för personer som drabbats av allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. Ni ser behovet av en långsiktig förändring och Ni vill även ta vara på den kunskap som finns hos de drabbade och deras anhöriga. I ett sådant långsiktigt arbete är det några frågor som tränger sig på.

1 Vad är det som håller tillbaka/hindrar socialtjänsten och psykiatrin från att tillämpa den evidensbaserade kunskap som vi har idag och som om den tillämpades avsevärt skulle förbättra situationen både för de unga och för de allvarligt sjuka?

2 Det finns en märklig passivitet när det gäller att förändra uppenbart ineffektiva och kostsamma strukturer när det gäller att distribuera service, stöd, vård och rehabilitering till allvarligt psykiskt sjuka. Människor med multipla sociala, medicinska eller psykolo-

giska problem möts av flockar av personal som alla har ansvar för en liten del av individens problem. Ingen har ansvar för att möta individen med en samlad och samordnad insats. Det finns sedan många år evidensbaserade organisationer som klarar av att möta individer med multipla problem på ett effektivt och humanitärt sätt men de finns inte med i någon tydlig satsning inom den s k PRIO-satsningen.

Varför är det så?

3 Dödligheten bland personer med allvarlig psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning har under tjugo år utvecklats till en samhällsskandal utan att myndigheterna klarlagt orsakerna och utvecklat program för att bekämpa den.

Varför tror Ni att det är så?

4 Allvarligt psykiskt sjuka får i samband med psykoser kognitiva rubbningar som hindra dem från att leva integrerade i samhället utan hjälp och stöd. Behandling med neuroleptika påverkar inte detta förhållande utan främst hallucinationer och vanföreställningar. Kunskaperna om dessa kognitiva förändringar är idag ganska omfattande. Vi känner till att de är varaktiga och det finns instrument att klarlägga dem hos enskilda individer vilket är nödvändigt eftersom de är individuella. Vi har även instrument som kan hjälpa till att beskriva effekter på möjligheterna att leva ett vanligt liv. Denna kunskap har idag ingen bas inom svensk psykiatri eller socialtjänst utan finns i stort sett bara utanför psykiatrin och socialtjänsten och är normalt inte tillgänglig för patienterna/klienterna.

Vad tror Ni kan vara orsaken till detta?

Harald Wilhelmsson

2014-04-14

Andra svaret från Socialdemokraterna

Tack för ett utomordentligt intressant och utförlig kommentar till vårt svar på era frågor.

Vi delar er uppfattning att antalet personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning varit relativt oförändrad. Det slogs fast bland annat i Milton-utredningen och för oss är det en viktig utgångspunkt när frågorna diskuteras.

Det som ökat är lättare psykisk ohälsa. Det finns ett samband på så sätt att ökningen av psykisk ohälsa har ställt till oreda i psykiatrins organisation. När inte primärvården kan hantera lättare psykisk ohälsa hamnar hela systemet i olag och specialister får jobba med fel saker eller patienter får vänta på bedömning allt för länge. Ett exempel är barn- och ungdomspsykiatri (BUP) där specialister vittnar om att inflödet till BUP är stort och det är svårt att snabbt identifiera de riktigt allvarliga fallen och sätta in rätt resurser till rätt person.

Det ligger också mycket i de kommentarer ni har om bristande stöd till anhöriga, avsaknad av bostäder och sysselsättning m.m. Vi tror att det är nödvändigt med en 10-årig plan med mål och delmål på olika samhällsområden och tydlig ansvarsfördelning som kan följas upp för att lyfta kvaliteten och få en uthålligt högre kvalitet.

Det är många olika aktörer som ska samverka och här är det stora brister idag, brister som inte löses på ett år eller genom ett projekt. I en plan kan man ta upp sådant som krav på att använda evidens, följa nationella riktlinjer, upprätta standarder för hur olika patientgrupper ska tas emot och vilken vård de ska få. En viktig del kommer också att bli att sätta fokus på vilket stöd de svårast sjuka får.

Vi ska lyfta psykiatri och för det krävs dels att man börjar nu, dels att man jobbar målmedvetet med en plan som går att följa upp samt dels att man jobbar långsiktigt.

Det är mot denna bakgrund vi är så kritiska till ”pocket med projekt”. Det görs mycket bra men det fattas konsekvens, långsiktighet och uthållighet i satsningarna.

En del i utveckling måste vara att man utvärderar och identifierar de svaga områdena. Hur de allra sjukaste tas om hand och hur de mår är ett sådant område.

Statskontoret har i en delrapport 2012 om statens psykiatrisatsning 2007-2011 beskrivit problemen med ständiga nya och många projekt på följande sätt:

”Flera projekt rapporterar om svårigheter att rekrytera deltagare på grund av konkurrens från andra projekt. Detta har skapat en projekträngsel, främst bland utbildningsprojekt som riktar sig till landstings- och kommunanställda. Bara inom kommun- och landstingsgemensamma kompetensprojektet fanns 97 olika utbildningssatsningar 2010. Det finns också fler projekt som erbjuder samma typ av utbildning. Exempelvis har så kallad case manager-utbildning erbjudits via tre olika projekt. Försäkringskassan har haft svårt att få personal i kommuner och landsting att delta i deras utbildning eftersom de

redan deltar i andra utbildningar som organiserats inom ramen för psykiatrisatsningen. Konkurrensen mellan olika projekt har tillsammans med brist på personal och ekonomiska resurser försvårat genomförandet av flera av insatserna.”

Vi kommer att fortsätta prioritera psykiatrifrågorna och vi ser fram mot en fortsatt dialog med er i det fortsatta arbetet.

av: Socialdemokraterna

Slutkommentar till inläggen på Schizofreniförbundets valblogg inför valet 2014

Inför förra valet (2010) uppmärksammade vi den allvarliga situationen för de allvarligt psykiskt sjuka i en debattartikel i Dagens Medicin och en i SvD. Vi fick gensvar från Socialstyrelsen och Ing-Marie Wieselgren SKL men inget politiskt parti kommenterade då våra uppgifter.

Läget inför detta val (2014) är nu annorlunda.

Schizofreniförbundet har inför det kommande riksdagsvalet skrivit till samtliga riksdagspartier och ställt följande frågor:

– Hur ser Ditt parti på situationen i samhället för personer med allvarlig psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning och de möjligheter som idag finns till att förbättra deras livssituation?

– Vad tänker Ditt parti göra under nästa valperiod för att utnyttja de möjligheter till förbättringar som finns idag?

A Exempel på konkreta förändringar som kan väntas förbättra de allvarligt psykiskt sjukas situation i samhället i olika avseenden.

B Exempel på konkreta förändringar som kan väntas avlasta/underlätta och förbättra de anhörigas tunga roll.

Till vår stora glädje har samtliga riksdagspartier svarat på våra frågor. Frågor och svar från riksdagspartierna finns tillgängliga på <http://www.schizofreniforbundet.se/>

Behovet av nya initiativ har lyfts fram som nödvändiga för att ändra på de grundläggande bristerna.

Samtliga politiska partier verkar idag ha uppfattningen att följande områden kräver långsiktig uppmärksamhet och långsiktiga reformprogram.

1 Den ökande psykiska ohälsan hos framför allt barn och unga.

2 Den psykiatriska vården – psykiatrisk vård, social service och stöd samt rehabilitering.

3 Levnadsförhållandena hos personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning.

Några partier anger att det behövs uppmärksamhet och samordnade åtgärder under en längre period för att man skall kunna ändra på de grundläggande bristerna inom det psykiatriska vårdområdet.

Detta är definitivt en förändring sedan 2010 års val.

Regeringen har fr. o m 2012 bytt strategi från den tidigare strategin med generella stimulansbidrag till kommuner och landsting/regioner till den sk Prio-satsningen. Från och med 2012 och till och med 2016 satsar regeringen nu istället på prestationsbaserade

stimulansbidrag till kommuner och landsting och nya nationella administrativa register för uppföljning av utvecklingen.

Det har inneburit ökat fokus på den psykiska ohälsan hos barn och unga och situationen för personer med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik.

Samtidigt har Anders Printz, samordnare inom Socialdepartementet i en dialog på Prio-bloggen medgett att situationen för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning fortfarande är allvarligt eftersatt. Vår beskrivning av situationen i artikeln Dagen Medicin 2010 motsvarar fortfarande verkligheten för många som drabbats av schizofreni och liknande psykoser.

Vi har också fått två nya lagbestämmelser som gäller fr. o m 2010. Bestämmelserna i HSL och SOL om samordnad individuell plan och skyldigheten för kommuner och landsting/regioner att utveckla avtal rörande samverkan i vården av psykiskt sjuka. Från vår erfarenhet har dessa lagar ännu inte fått någon mer omfattande praktisk effekt på livssituationen för den aktuella gruppen.

Diskussionen rörande Prio-satsningen har nu kommit att handla om bl. a följande:

-Den relativa kortsiktigheten 2012 – 2016 och modellen för utdelning av stimulansmedel med projektpengar för 2-3 år och årsvisa tillskott till kommuner och landsting efter redovisning av prestationer. Hela sektorn verkar nu ha anpassat sig till dessa förhållanden och man räknar nu redan från början med att de ekonomiska tillskotten är tillfälliga. Det finns en risk att den nuvarande satsningen 2012-2016 är en alltför kortsiktig satsning för att ändra på de grundläggande bristerna i både barn och ungas situation och situationen för personer som har en omfattande och komplicerad problematik.

-Målsättningarna för Prio-satsningen beskrivs av Myndigheten för Vårdanalys som alltför otydlig och behöver därför kompletteras och utvecklas om de ska vara möjliga att följa upp och utvärdera.

-Svaga eller inga samband mellan de prestationer man hittills krävt av kommuner och landsting och önskvärda förändringar. Det gäller, till exempel, i fysisk sjuklighet, dödlighet, fattigdom, hemlöshet och andra brister i levnadsförhållanden och diskriminering för de drabbade inom målgrupperna.

- Inga effektiva insatser för att lätta bördan för de anhöriga.

- Ingen förnyelse av reformen personligt stöd till de drabbade genom personliga ombud.

- Lagstiftning som styrmedel har fått en alltför undanskymd plats i Prio-satsningen.

-Prio-satsningen innehåller inte heller några tydliga åtgärder mot stigma och diskriminering eller stöd för att genomföra FN:s mänskliga rättighetsperspektiv eller FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som Sverige ratificerat. Lagstiftningen ger inte personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning ett tillräckligt skydd vid samhällsintegration och rättssäkerheten är fortfarande starkt

eftersatt för den aktuella gruppen.

-Riksdagbeslutet 1994 innefattade bl a att de allvarligt psykiskt sjuka skulle få verkligt inflytande över sin livssituation och över utformningen av den service, vård och stöd som de behövde. Detta har i avtal mellan regeringen och SKL rörande PRIO 2014-2016 devalverats till information och delaktighet. Se även Artikel SVD 2013, Fredrik Lenartsson, Myndighetschef Myndigheten för Vårdanalys. ”Patienterna måste få verkligt inflytande”.

-Det finns idag evidensbaserad kunskap inom ett stort antal områden som om de tillämpades inom service, stöd, vård och rehabilitering för personer som drabbats av schizofreni och liknande psykosor avsevärt skulle förbättra deras situation i samhället.

Det gäller bl a inom följande områden:

- Det är möjligt att avsevärt förbättra de psykiatriska behandlingsinsatserna.
- Det är möjligt att förbättra livssituationen för dem som drabbats av psykos.
- Det är möjligt att minska dödligheten, idag 20-25 års kortare livslängd.
- Det är möjligt att förbättra den fysiska hälsan och att bryta utvecklingen mot alltför många obehandlade fysiska sjukdomar.
- Det är möjligt att påverka och minska de biverkningar som är förenade med de nya medicinerna.
- Det är möjligt att öka patienternas inflytande över sin behandling och över sin livssituation. Samordnad personlig plan, Stöd genom personliga ombud, Shared Decision Making etc.
- Det är möjligt att minska behovet av tvångsåtgärder – tvångsvård och tvångsingripande både i och utanför vården.
- Det är möjligt att minska förekomsten av suicid och suicidförsök.
- Det är möjligt att i grunden förbättra situationen för dem som drabbats av både psykos och missbruk av skilda slag.
- Allvarligt psykiskt sjuka kan återhämta sig och uppleva att de har kontroll över sitt eget liv och över den service, stöd, vård och rehabilitering de behöver. Denna process underlättas om ”psykiatrins personal” konsekvent stöder de drabbades återhämtning.
- Det är möjligt att avlasta de anhöriga som fått bära en orimlig börda sedan riksdagens beslut om ”samhällsintegration på lika villkor” fr. o m 1 januari 1995.
- Det är nu möjligt att befria många psykiatriska patienter från att vara plågade av destruktiva inre röster.
- Det är nu möjligt att minska det allmänt förekommande utnyttjandet av allvarligt psykiskt sjuka från andra starkare personer och företag; ekonomiskt, sexuellt, eget missbruk, bostad etc.
- Det är nu möjligt för dem som drabbats allvarligt psykisk sjukdom att studera och arbeta om förutsättningarna och stödet är det rätta.
- Det är möjligt att bryta utvecklingen mot att allt fler allvarligt psykiskt sjuka vistas inom institutioner och i bostäder med institutionsliknande förhållanden – HVB-hem, behandlingshem och gruppboenden över 7-9 bostäder.
- Det är möjligt att bryta utvecklingen, som pågått i tjugo år, mot att allt fler allvarligt psykiskt sjuka lever som hemlösa. Se SoS inventeringar.
- Det är möjligt att på ett konstruktivt sätt stödja barn till personer med allvarlig psy-

kisk sjukdom som i många fall har en utsatt situation.

- Det är möjligt att långsiktigt påverka den diskriminering som förekommer och som medverkar till att de får sämre levnadsförhållanden.
- Det är möjligt att påverka det stigma som är förenat med allvarlig psykisk sjukdom och som negativt påverkar deras situation i samhället.

Medvetenheten är låg om att det finns grundläggande förhållanden i struktur, utbildning, attityder och organisation som effektivt hindrar tillämpning av befintlig evidensbaserad kunskap. Kunskap som avsevärt skulle kunna förbättra situationen för de drabbade och deras anhöriga om den kom till allmän tillämpning.

Flera av partierna hänvisar till rådande ansvarsuppdelning och menar att det är de lokala huvudmännen och de behandlande läkarna som har ansvar för brister i den psykiatriska vården. Ett par partier hänvisar till att man på riksnivå främst har ansvar för förändring av samhällsattityder mot personer med psykisk sjukdom och att man har tagit sitt ansvar genom projektet "Hjärnkoll" 2012-2014.

Detta är enligt vår uppfattning en grov underskattning av innebörden i 1994 års riksdagsbeslut om samhällsintegration på lika villkor och att patienter och anhörig skall få ökat inflytande över sin livssituation och över den service, vård, stöd och rehabilitering som de behöver. Riksdagen såg då det ökade inflytandet som nödvändigt för att samhällsintegrationen skulle kunna bli framgångsrik.

Under de tjugo år som gått sedan 1994 har patienternas bristande inflytande över sina liv och över den psykiatriska vård de behöver följt som en skugga på de omfattande bristerna i levnadsförhållanden för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning som successivt utvecklats sedan dess. Det gäller ökande hemlöshet/bostadslöshet, en successivt allt kortare livslängd, fattigdom, ensamhet, isolering och utanförskap, en omfattande diskriminering, brister i stöd och sysselsättning etc.

Sveriges Riksdag som sjösatte reformen 1994 har självfallet ett stort ansvar för hur situationen har utvecklats sedan dess för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning.

Sveriges riksdag har självfallet även ett ansvar för att den "psykiatriska vården" under de senaste tjugo åren inte utvecklats i takt med andra vårdområden och för att de anhöriga har fått bära ett orimligt stort ansvar för reformen.

Det verkar finnas en kunskap om att det finns stora brister när det gäller allvarligt psykiskt sjukas/funktionsnedsattas möjlighet till vård, omsorg, boende, rehabilitering och sysselsättning.

Medvetenheten verkar låg om att personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning utsätts för en omfattande politiskt baserad diskriminering och att Sverige inte följer FN's mänskliga rättighetsperspektiv eller FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som Sverige ratificerat.

Enligt vår uppfattning är det denna diskriminering som utgör grunden för den skan-

dalösa utvecklingen sedan 1994 med allt kortare livslängd, ökande hemlöshet, utbredd fattigdom brist på adekvat stöd och brist på möjligheter att utveckla ett meningsfullt liv.

Först när vår kunskap om de allvarligt psykiskt sjukas levnadssituation ökat förmår vi se den diskriminering de utsätts för och sätta in effektiva åtgärder som motverkar den. Vi har föreslagit studier av levnadsförhållanden för den aktuella gruppen både lokalt på riksnivå men har hittills inte fått gehör för detta förslag. Förslagen har mest hamnat i tvister rörande vem som har ansvar och vem som skall finansiera en sådan studie. Senast en sådan studie genomfördes var 1991 och då finansierades den av staten.

Flera partier uttrycker en tveksamhet inför om projektänkandet som idag genomsyrar inte bara den politiska kulturen utan även myndighetskulturen och region/landsting/kommunkulturen verkligen leder till långsiktiga förändringar i levnadssituationen för de drabbade. Alla inrättar sig efter att pengarna försvinner efter tre år och då är man redan från början inriktad på att avveckla de verksamheter som man skapat med dessa projekt-pengar.

Ett par partier föreslår en långsiktig nationell handlingsplan för en ambitionshöjning inom vård och stöd för människor med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Denna plan bör ha ett tioårigt perspektiv och innehålla mål på kort och lång sikt som kan följas upp och utvärderas.

Beredskapen verkar låg inom de politiska partierna för att hantera problemet med att personer med många olika problem som t ex allvarligt psykiskt sjuka möts av en stor grupp personer som alla har ansvar för en liten del av individens problem och att ingen har fått samordningsansvar. Grunden verkar vara dels att man prioriterat personalens situation – alla skall få träffa och jobba med alla och ingen ska behöva jobba med samma klienter/patienter hela tiden dels den extrema uppsplittring av organisation och ansvar som utvecklats under de senaste trettio åren. Här har ”New public management” fått orimliga effekter. Vi känner en allvarligt psykiskt sjuk person som är beroende av insatser från fyrtio (40) personer för att kunna leva sitt liv. Trots denna insats har hans liv omfattande brister.

Vi har uppfattningen att fokus inom det psykiatriska vårdområdet i framtiden måste tydligt riktas på enskilda individers situation, deras egen uppfattning om sin situation och deras egen vilja att förändra sin situation. Förändringen/förbättringen i individens levnadssituation utgör resultatet för de samlade insatserna.

Det finns en medvetenhet inom flera partier om att stöd genom personliga ombud är ett bra och effektivt sätt att främja samhällsintegration för personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. Flera partier är även medvetna om att nuvarande system inte är rikstäckande, att det är underfinansierat genom att statsbidraget i kronor varit likadant sedan år 2000 och att det är en frivillig insats från kommunerna och därmed ofta ifrågasätts i besparingstider. Kommunerna som har ansvar för systemet är mot denna bakgrund, enligt vår erfarenhet, i många fall tveksamma till fortsatt utveckling av systemet. Detta utgör ett argument för att byta huvudmannaskap från kommunalt till statligt.

Det finns även beskrivningar om hur reformen skulle kunna effektiviseras med fler ombud, ökad koppling till brukar- och anhörigorganisationer, ändrat huvudmannskap och statligt ansvar för finansieringen. Det krävs emellertid ett riksdagsbeslut för att den skall komma till stånd. Effekterna kommer omedelbart de drabbade och deras anhöriga tillgodo.

F. n. känner vi inte till någon annan enskild åtgärd som skulle kunna stabilisera de drabbades samhällsintegration på samma sätt som denna och inte heller någon enskild åtgärd av större betydelse för de anhöriga.

Sammanfattningsvis verkar samtliga politiska partier ha en allvarlig vilja att förbättra situationen både för barn och unga med psykisk ohälsa och för personer som drabbats av allvarlig psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. En del ser behovet av en långsiktig förändring och vill även ta vara på den kunskap som finns hos de drabbade och deras anhöriga. I ett sådant långsiktigt arbete är det några frågor som tränger sig på och där vi inte har några tydliga svar.

1 Vad är det som håller tillbaka/hindrar socialtjänsten, primärvården och psykiatrin från att tillämpa den evidensbaserade kunskap som vi har idag och som om den tillämpades avsevärt skulle förbättra situationen både för de unga och för de allvarligt sjuka?

2 Det finns en märklig passivitet när det gäller att förändra uppenbart ineffektiva och kostsamma strukturer när det gäller att distribuera service, stöd, vård och rehabilitering till allvarligt psykiskt sjuka. Människor med multipla sociala, medicinska eller psykologiska problem möts av flockar av personal som alla har ansvar för en liten del av individens problem. Ingen har ansvar för att möta individen med en samlad och samordnad insats. Det finns sedan många år evidensbaserade organisationer som klarar av att möta individer med multipla problem på ett effektivt och humanitärt sätt men de finns inte med i någon tydlig satsning inom den s k PRIO-satsningen. (Case managers, ACT, FACT, Resursgrupp) Varför är det så?

3 Dödligheten bland personer med allvarlig psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning har under de senaste tjugo åren utvecklats till en samhällsskandal utan att myndigheterna klarlagt orsakerna och utvecklat program för att bekämpa den. Varför tror Ni att det är så?

4 Allvarligt psykiskt sjuka får i samband med psykoser kognitiva rubbningar/oförmågor som i många fall hindrar dem från att leva integrerade i samhället utan hjälp och stöd. Behandling med neuroleptika påverkar inte detta förhållande. Kunskaperna om dessa kognitiva förändringar är idag ganska omfattande. Vi känner till att de är varaktiga och det finns instrument att klarlägga dem hos enskilda individer vilket är nödvändigt eftersom de är individuella. Vi har även instrument som kan hjälpa till att beskriva effekter på möjligheterna att leva ett vanligt liv. Denna kunskap har idag ingen tydlig bas inom svensk psykiatri eller socialtjänst och är därför normalt inte tillgänglig för patienterna/klienterna.

Vad tror Ni kan vara orsaken till detta?

Avslutningsvis vill jag framföra ett tack till samtliga riksdagspartier för att Ni ägnat en del av valrörelsen åt att svara på våra frågor och kommentera mina inlägg. Det har varit stimulerande och gett oss ny kunskap om var politiken står när det gäller människor med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning men framför allt den utsatta gruppen allvarligt psykiskt sjuka/funktionsnedsatta. Det har även gett oss vägledning när det gäller att forma våra krav på politiken för den kommande valperioden.

Stort tack!!

Harald Wilhelmsson

Ordförande Schizofreniföreningen i Skåne

Per Torell

Förbundsordförande för Schizofreniförbundet

Schizofreniförbundet anser att följande frågor särskilt bör uppmärksammas och ges politisk prioritet under den kommande valperioden 2014- 2018.

1 Nationell långsiktig handlingsplan för den psykiatriska vården och de sociala insatserna för personer med allvarlig psykisk sjukdom.

Den psykiatriska vården och de sociala insatserna för personer med allvarlig psykisk sjukdom är inte i paritet med situationen inom andra vårdområden. Den ”psykiatriska vården” har blivit eftersatt under lång tid. Vi behöver nu en långsiktig nationell handlingsplan för ambitionshöjning inom vård och stöd för människor som drabbats av psykisk sjukdom/psykiska funktionsnedsättningar och för tillämpning av evidensbaserad kunskap inom området.

2 Fullfölj 1994 års riksdagsbeslut om samhällsintegration på lika villkor och inflytande för de drabbade över sina egna liv och över den service, stöd, vård och rehabilitering som man kan behöva.

Avsluta användningen av institutionerna som bostäder eller långvariga vistelser för allvarligt psykiskt sjuka - HVB-hem, behandlingshem och gruppboenden över 7-9 platser.

Ge de drabbade och de anhöriga verkligt inflytande över sina liv och över den service, stöd, vård och rehabilitering som de behöver. Det räcker inte med information och delaktighet för att reformen skall bli en framgång.

3 Reformera och utveckla det dokumenterat effektiva systemet med personligt stöd genom personliga ombud till personer som drabbats av schizofreni och liknande psykoser.

Staten bör ta huvudansvaret för finansieringen. Skapa regionala styrelser som mottagare av statens ekonomiska stöd som ansvarar och leder verksamheten. Styrelserna bör bestå av representanter för kommuner, landsting/regioner och berörda brukar- och anhörigorganisationer. Utvidga reformen till full behovstäckning för den aktuella gruppen i samtliga kommuner. Låt Socialstyrelsen eller annan myndighet följa upp verksamheten och utvärdera effekterna för de drabbade personerna.

4 Integrera kunskap om kognitiva förändringar hos personer som drabbats av schizofreni och liknande psykoser inom psykiatrin.

Allvarligt psykiskt sjuka får i samband med psykoser kognitiva rubbningar som hindrar dem från att leva integrerade i samhället utan hjälp och stöd. Behandling med neuroleptika påverkar inte detta förhållande. Kunskaperna om dessa kognitiva förändringar är idag ganska omfattande. Vi känner till att de är varaktiga och det finns instrument att klarlägga dem hos enskilda individer vilket är nödvändigt eftersom de är individuella. Vi har även instrument som kan hjälpa till att beskriva effekter på möjligheterna att leva ett vanligt liv.

Denna kunskap har idag ingen bas inom svensk psykiatri eller socialtjänst utan finns i stort sett bara utanför psykiatrin och socialtjänsten och är normalt inte tillgänglig för patienterna/klienterna vilket fått stora negativa konsekvenser för patienternas liv.

5 Personer som drabbats av schizofreni och liknande psykoser behöver ett utvidgat in-

dividuell skyddande lagstöd för att de med framgång skall kunna integreras i samhället.

Tanken att integrera 40–45 000 personer med omfattande funktionsnedsättningar i samhället utan en lagstiftning som skyddar de enskilda individerna och utan tillräcklig vård, hjälp, stöd och rehabilitering var naturligtvis misslyckad redan från början. Det fanns kunskap 1994 från andra länder som visade vilka konsekvenserna skulle bli.

Personer som drabbats av schizofreni och liknande psykoser har omfattande kognitiva funktionsnedsättningar. Det gör dem sårbara och skyddslösa i samhället. En mycket stor andel klarar inte av att behålla sin bostad eller att etablera ett eget normalt liv utan hjälp och stöd. Anhöriga har i många fall påtagit sig en stödjande roll och en roll för att bidra till deras ekonomiska försörjning. De som inte har anhöriga eller anhöriga som inte kan påta sig denna roll hamnar idag i ett mycket utsatt läge. Befintlig lagstiftning ger fortfarande inte tillräckligt skydd mot hemlöshet, extrem fattigdom, marginalisering, stigmatisering och diskriminering. Detta är en huvudorsak till bostadslösheten, den höga dödligheten, den ökande hemlösheten, sysslolösheten och det omfattande utnyttjandet av individer inom gruppen från andra starkare personer och organisationer.

6 Ge myndigheterna i uppdrag att utforma tydliga konkreta program för att minska den höga dödligheten bland personer med schizofreni och liknande psykoser.

Varför dör personer med schizofreni och likande psykoser 20 år i förtid jämfört med befolkningen i övrigt och vilka insatser behövs för att råda bot på detta?

Dödligheten hos personer som drabbats av schizofreni och liknande psykoser har successivt ökat i vart fall sedan mitten av 1990-talet. Det finns en mängd mer eller mindre välgrundade åsikter om orsakerna till denna skandalösa utveckling. Faktum är att vi inte vet tillräckligt om gruppens levnadsförhållanden, vilken roll de nya läkemedlen spelar eller ens vilken roll de kognitiva förändringarna har eller varför de inte får samma vård för sina fysiska sjukdomar som befolkningen i övrigt. Uppenbart är att gruppen inte har kunnat tillgodogöra sig den allmänt tillgängliga kunskap om hälsosamt levnadssätt som påverkat befolkningen i övrigt till ett mer hälsosamt levnadssätt men vi vet inte varför. Mot bakgrund av denna brist på kunskap famlar vi fortfarande i blindo när det gäller att forma effektiva program för att råda bot på denna extrema utveckling.

Vi behöver snarast en tillförlitlig kartläggning av livssituationen för hela gruppen - 80 000 personer - som grund för att forma program för att framgångsrikt kunna åtgärda och minska bl. a den höga dödligheten.

Vänliga hälsningar

Per Torell

Förbundsordförande Schizofreniförbundet

Harald Wilhelmsson

Ordförande Schizofreniföreningen i Skåne

Läkartidningen.se 2014-05-12

Personer med schizofreni fortfarande bland de mest utsatta

av: Harald Wilhelmsson, ordförande, Schizofreniföreningen i Skåne

Per Torell, förbundsordförande, Schizofreniförbundet

Jimmie Trevett, ordförande, Riksförbundet social och mental hälsa (RSMH)

Det har gått tjugo år sedan riksdagen år 1994 beslutade att avsluta den 130-åriga epok då att allvarligt psykiskt sjuka »vårdades« på institutioner som sinnessjukhus och mentalsjukhus. Beslutet bör ses som en stor socialpolitisk och humanitär reform.

Följderna av beslutet har dock vållat stora problem och lidanden för många personer med schizofreni och liknande psykoser, och en ökad belastning för de anhöriga [1, 2]. Orsaken är att riksdagen bortsåg från Psykiatriutredningens rekommendationer om att de drabbade behövde en modern och tillgänglig psykiatriskvård, en bostad, någonting att göra, ett socialt stöd och en lagstiftning som gav dem skydd för att kunnaintegreras i samhället [1-3].

I en artikel i Dagens Medicin (8 apr 2010) belyste vi bristerna i levnadsförhållanden för personer med schizofreni. Artikeln föranledde inlägg från Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och landsting och patientorganisationer [4-7]. Situationen är fortfarande i huvudsak oförändrad.

I dag är det allmänt känt att många personer med schizofreni och liknande psykoser fortfarande lever ett både kortare och sämre liv än före riksdagsbeslutet 1994. Hemlösheten har ökat, liksom fattigdomen och dödligheten i fysiska sjukdomar. Mångas liv präglas även av sysslöshet, isolering och utanförskap [5]. Situationen har blivit värre sedan 1994 och den har hittills inte kunnat påverkas nämnvärt genom insatser från regering, vårdansvariga och myndigheter.

Staten har sedan år 1995 försökt förbättra den psykiatriska vården och det sociala stödet bland annat genom stora nationella ekonomiska satsningar i form av generella stimulansbidrag avsedda för vård av allvarligt psykiskt sjuka till kommuner och landsting under perioden 2000–2011. Resultaten (det vill säga bättre livssituation för de drabbade) har i allt väsentligt uteblivit [8-12].

Från och med 2012 till och med 2016 satsar regeringen i stället på prestationsbaserade stimulansbidrag till kommuner och landsting och på nya nationella administrativa register för att följa upp utvecklingen, den så kallade Prio-satsningen [13, 14].

Kritik har framförts mot Prio-satsningen från olika håll och gäller främst följande förhållanden:

- Alltför kortsiktig satsning för att ändra på de grundläggande bristerna i både barn och ungas situation, och på situationen för personer som har en omfattande och komplicerad problematik [15].
- Otydliga målsättningar för Prio-satsningen 2013–2016. De behöver utvecklas om de ska vara möjliga att följa upp [16].
- Svaga eller inga samband mellan de prestationer man hittills krävt av kommuner och landsting och önskvärda förändringar. Det gäller till exempel fysisk sjuklighet, dödlighet, hemlöshet, fattigdom och brister i levnadsförhållanden [15].
- Inga effektiva insatser för att lätta bördan för de anhöriga [17].
- Ingen utvidgning och förnyelse av den effektiva reformen personligt stöd till de drabbade genom personliga ombud [13, 14].
- Lagstiftning som styrmedel har fått en alltför undanskymd plats [13].

Prio-satsningen innehåller inte heller några tydliga åtgärder mot stigma och diskriminering, eller något stöd för att genomföra FN:s mänskliga rättighetsperspektiv eller FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som Sverige ratificerat. Även rättssäkerheten är fortfarande starkt eftersatt [13, 14].

Trots allt är Prio-satsningen ett steg framåt jämfört med förhållandena under perioden 1995–2011. Den har inneburit ett fokus på den psykiska ohälsan hos barn och unga och på situationen för personer med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik [13].

Satsningen behöver dock, enligt vår uppfattning, förlängas med ytterligare tio år för att verkligen ändra på nuvarande brister. Den måste också kompletteras avseende mål och ett antal nya initiativ inom bland annat följande områden:

- Åtgärder som minskar den höga dödligheten, hemlösheten, sysslösheten, ensamheten och fattigdomen och som skyddar de drabbade som lever under svåra förhållanden i samhället.
- De evidensbaserade insatser och kliniska riktlinjer som finns tillgängliga inom både psykiatrisk vård och social omsorg och som i grunden skulle kunna förbättra situationen för personer med schizofreni och liknande psykoser bör tillämpas [15].
- Politiskt stöd till psykiatrin i Sverige för modernisering och för att den ska komma i paritet med den somatiska vården. Psykiatrin behöver stöd för att den ska bli en öppen och transparent verksamhet och kunna utveckla kvaliteten i verksamheten, den kliniska forskningen och utbildningen av läkare och övrig personal.
- Samhällsintegration i enlighet med riksdagens beslut även för de personer som fortfarande lever sina liv på institutioner och under institutionsliknande förhållanden, till exempel inom så kallade HVB-hem och gruppboenden med över 7–9 platser [1, 2].
- Minska den omfattande stigmatiseringen och diskrimineringen av psykiskt sjuka i det svenska samhället [5].
- Förbättringen av den fysiska hälsan hos personer med schizofreni och liknande psykoser kräver att allmänpsykiatrin/rättspsykiatrin och enskilda psykiatrer tar ett ökat ansvar för sina patienters fysiska hälsa.
- Patienter och anhöriga måste få verkligt inflytande över sin situation och sin behandling och över det stöd de behöver för att kunna leva integrerade i samhället i enlighet

med 1994 års riksdagsbeslut. Information och delaktighet räcker inte [2, 18].

Vem tar ansvar för helheten? Människor med multipla sociala, medicinska eller psykologiska problem möts av flockar av personal som alla har ansvar för en liten del av individens situation. Det är ineffektivt och kostsamt. Ska det vara så?

Det finns sedan många år evidensbaserade organisationer som klarar av att möta individer med multipla problem på ett effektivt och humanitärt sätt, men de finns inte med i någon tydlig satsning inom Prioratsningen [13-15].

Hur kan det komma sig att personer med schizofreni och liknande psykoser i dag lever 20 år kortare liv än befolkningen i övrigt? När de vistades på institutioner levde de 1,5 år längre [19, 20]. Myndigheterna har hittills inte redovisat orsakerna, och inte heller några program för att förändra situationen.

Många har insikterna och kunskaperna, men finns viljan att förändra livssituationen för de allvarligt psykiskt sjuka/funktionshindrade och fortsätta deras integration i samhället i enlighet med 1994 års riksdagsbeslut [20, 21] Om inte, vad är då alternativet för framtiden?

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser:

1. Psykiskt stördas villkor. Regeringens proposition 1993/94:218.
2. Psykiskt stördas villkor. Socialutskottets betänkande. 1993/94:SoU28.
3. Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård av psykiskt störda. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen. SOU 1992:7.
4. Prio. Psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
5. Holm LE. Psykiskt sjuka får sämre vård. Brännpunkt. Svenska Dagbladet. 22 jun 2010.
6. Wieselgren IM. SKL: »Vi har ett jättestort ansvar«. Svenska Dagbladet. 22 jun 2010.
7. Lundgren, Wilhelmsson H. Psykiskt sjuka mer utsatta på senare år. Brännpunkt. Svenska Dagbladet. 29 jun 2010.
8. Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från nationell tillsyn 2002–2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Artikelnr 2005-109-17.
9. Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006. Socialstyrelsens uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Artikelnr 2007-103-3.
10. Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet. RIR 2009:10. Stockholm: Riksrevisionen; 2009.
11. Statens psykiatrisatsning 2007–2011. Slutrapport 2012:24. Stockholm: Stadskontoret; 2012.
12. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
13. Prio – Psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. Stockholm: Socialdepartementet; 2013.
14. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting. Stöd till rik-

tade insatser inom området psykisk ohälsa 2014–2016. Stockholm: Socialdepartementet; 2013. Artikelnr 2013-6-27.

15. The 11th Community Mental Health (CMH) conference, Lund, 3–4 juni 2013. <http://www.schizofreniforeningarna.se/>

16. Utvärdering av handlingsplanen Prio – psykisk ohälsa. Lägesrapport 2013:7. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.

17. Flyckt L, Löthman A, Jörgensen L, et al. Burden of informal care giving to patients with psychoses: A descriptive and methodological study. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(2):137-46.

18. Lennartsson F. Patienterna måste få verkligt inflytande. *Brännpunkt*. Svenska Dagbladet. 7 jan 2013.

av: Harald Wilhelmsson, ordförande, Schizofreniföreningen i Skåne

Per Torell, förbundsordförande, Schizofreniförbundet

Jimmie Trevett, ordförande, Riksförbundet social och mental hälsa (RSMH)

Läkartidningen. 2014;111:CSTL.

ADRESS: Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm TELEFON: 08-790 33 00 E-

POST: webmaster@lakartidningen.se

CHEFREDAKTÖR OCH ANSVARIG UTGIVARE: Pär Gunnarsson FAKTURA-

ADRESS: Läkartidningen Förlag AB, FE515,

PLF1020, 105 69 Stockholm

Svenska Dagbladet 11 maj 2014

BRÄNNPUNKT
SvD Opinion

Bryt stigmat om mental ohälsa

PSYKISKA SJUKDOMAR Länderna i Norden är internationellt kända som humana, jämställda och med en omfattande välfärdssektor. Verkligheten är dock att det fortfarande finns grupper som lämnas utanför välfärden, skriver Pufendorfgruppen.

En given dag är 40 procent av alla som är sjukskrivna drabbade av ett psykiskt hälsoproblem. Det kan handla om depression, ångest, stressrelaterade tillstånd, ätstörningar, schizofreni, bipolär sjukdom och neuropsykiatriska utvecklingstillstånd som autism och adhd. Trots att detta är en bomb i folkhemmet, lever de drabbade i publik tystnad och stigmatisering.

En svensk studie visar att mer än 20 procent av alla invånare varken vill bo nära eller vara arbetskollega till en person med mental ohälsa. Är det i linje med vår påstådda solidaritet?

De som har svåra psykiska sjukdomar lever 10–15 år kortare än befolkningen i övrigt. En rapport från Socialstyrelsen visar att deras kroppsliga sjukdomar upptäcks för sent och att de inte erbjuds vård i samma utsträckning som för genomsnittet.

Mentala hälsoproblem står för 20–30 procent av den samhällsekonomiska bördan (burden of disease) men tilldelas bara 7–8 procent av hälso- och sjukvårdsbudgeten och 7 procent av forskningsmedlen inom medicin. Varför är medelstilletningen 70 procent lägre, i förhållande till den samhällsekonomiska bördan, jämfört med andra sjukdomar?

Är människor med mental ohälsa mindre värda nya behandlingar – och det hopp som forskning kan ge – än andra sjuka?

Privata donatorer som skänker pengar till den medicinska forskningen väljer ofta att donera till områden där de själva eller anhöriga är eller har varit drabbade. Detta samband gäller dock inte för det psykiatriska forskningsområdet – beror det på rädsla? Hur kan vi bryta denna trend?

Även inom medierna finns en tydlig diskriminering. En nyligen publicerad sammanställning visar att 40 procent av det medieutrymme som ägnas mentala hälsoproblem handlar om sambandet mellan psykisk sjukdom och våld och kriminalitet. Varför behandlar journalister i de nordiska länderna människor med psykiska problem mindre respektfullt än andra sårbara grupper?

Det förekommer även en anseelig självstigmatisering bland personer med psykisk ohälsa. De drabbade nedvärderar sig själva och upplever ofta skam. Detta leder i sin tur till otillräcklig vård då bara omkring hälften av dem som lider av depression söker professionell hjälp, enligt en svensk studie. Skulle vi acceptera att bara 50 procent av personer med besvär tydande på cancer eller diabetes söker professionell hjälp?

I alla nordiska länder är samhällets kostnader för psykiatriska sjukdomar höga och ökande. Förra året beräknades kostnaden uppgå till 70 miljarder kronor, vilket var dubbelt så mycket som kostnaden för cancersjukdomar. I Danmark var motsvarande kostnad 55 miljarder, i Norge 70 miljarder och i Finland 10 miljarder euro.

Mycket arbete pågår för att förbättra situationen för psykiskt sjuka. De flesta patienter kan behandlas med relativt gott resultat i dag. Inom den genetiska forskningen görs betydande framsteg som kan innebära nya och mer individualiserade behandlingar i framtiden. Forskning visar också att familjer med hög förekomst av psykisk sjukdom samtidigt har högre grad än genomsnittet av konstnärlighet, kreativitet och innovativt ledarskap.

Målare som Sigrid Hjertén, PS Krøyer och Edvard Munch led av mental ohälsa, men lyckades ändå åstadkomma unik konst, som fortfarande i dag griper tag i oss genom djup skönhet och mänsklighet. En av världens mest berömda kompositörer Jean Sibelius hade perioder av depression, som var tätt kopplade till några av hans mest känsloladdade musikstycken.

Några nordiska organisationer har startat kampen mot stigma, såsom Hjärnkoll, Psykiatrifonden, Mind, "Association of Mental Health" i Finland. I Stavanger används en ny metodik, där intensiv marknadsföring kombineras med 24 timmars vårdgaranti för att stödja personer med psykosymtom att söka professionell hjälp tidigare och därmed undvika utanförskapet som blir resultatet av obehandlad sjukdom. Låt oss gå vidare och gemensamt bryta stigmat. Vi uppmanar nu:

- **Politiker:** Satsa på forskning, sjukvård och allmän omsorg anpassad till den samhällsliga sjukdomsburden. Satsa på anti stigma-program anpassade till de mest marginaliserade. Detta skulle innebära en ökning av budgeten för dessa mest behövande på cirka 70 procent som ett långsiktigt mål. Forskning skapar ny kunskap och nya behandlingar – det är bästa sättet att ge hopp och bryta stigma.
- **Medier:** Behandla drabbade med respekt. Inkludera psykisk sjukdom i riktlinjer mot diskriminering.
- **Allmänheten:** Läs mer, fråga mer, var öppen för människors olikheter, vi är inte alla lika men vi har lika värde. Sätt press på politiker, medier och organisationer för lika behandling, mer forskning och mänsklig respekt.
- **Drabbade och anhöriga:** Våga ha hopp! Era önskemål är etiska och rimliga. Det kommer att ske förändringar.
- **Privata donatorer:** Våga visa mod! I de nordiska länderna har vi redan åstadkommit mycket inom det psykiatriska området. Psykiatrin och patient- och anhörigorganisationer tar kampen för de drabbade och för en bättre framtid. Nu måste vi säkerställa lika rättigheter i samhället och bryta stigmatisering av psykisk sjukdom.

PUFENDORF-GRUPPEN >>>

MARTIN SCHALLING, professor, Karolinska Institutet, ordförande svenska Psykiatrifonden; LENA FLYCKT, docent, Karolinska Institutet, ordförande Svensk Psykiatrisk Förening; MARIA BORELIUS, vetenskapsjournalist och författare; ANNE LINDHART, psykiatriker, ordförande Psykiatrifonden, Danmark; THOMAS MIDDELBOE, psykiatriker, ordförande Psykiatrisk sällskap, Danmark; OLE A ANDREASSEN, professor, Oslo Universitet; TIMO PARTONEN, professor, Institutet för Hälsa och Välfärd, Finland; KRISTIAN WAHLBECK, utvecklingschef, Institutet för Hälsa och Välfärd, Finland; SVEINUNG DYBVIG, kommunikatör, Stavanger universitetssjukhus; JAN OLAV JOHANNESSEN, forskningschef/professor, Stavanger universitetssjukhus; ELIAS ERIKSSON, professor, Sahlgrenska Akademin; LARS HANSSON, professor, Lunds universitet; YVONNE FORSELL, professor, Karolinska Institutet; MERETE NORDENTOFT, professor, Köpenhamns universitet; CHRISTOPHER GILLBERG, professor, Göteborgs universitet; RASMUS JOHNSEN, ass. professor, Copenhagen Business School; JEANETT BAUER, psykiatriker, Centrum för psykiatri; IDA HAGEMAN, ass. professor, Köpenhamns universitetssjukhus; LONE FRANK, vetenskapsjournalist, Weekendavisen; GÖRAN ISACSSON, docent, Karolinska Institutet; JONAS EBERHARD, psykiatriker, Lunds universitet; SØREN DINESEN ØSTERGAARD, läkare, Aarhus universitetssjukhus; TINA CHRISTENSEN NEVE, patient, medarbetare Psykiatricentrum Köpenhamn; PER G TORELL, förbundsordförande, Schizofreniförbundet; PER-ÅKE WARG, kassör, Psykiatrifonden

Fotnot: Artikeln publiceras samtidigt i flera tidningar i Norden.

Svenska Dagbladet 24 november 2014

Sjuka skrivs ut till hemlöshet

INGEN VÅRDPLANERING Svårt psykiskt sjuka som skrivs ut till ett liv på gatan. Och trots att både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen klart säger att det ska göras en individuell vårdplanering görs det inte alltid. ”Man överger den kanske mest utsatta gruppen i samhället”, säger Harald Wilhelmsson, ordförande i Schizofreniföreningen i Skåne.

MALMÖ Rikard Larsson, 56 år, har en bipolär sjukdom sedan 1990 och klarar sig delvis ute i samhället. Men genom åren har han också över 60 inläggningar på psykiatrisk klinik. Nu har han varit tvångsvårdad i snart två månader, men ska just denna dag skrivas ut. Han saknar en egen bostad, men ska nu få komma till ett kommunalt härbärge i Kirseberg.

– Det är bara tillfälligt, men jag slipper bo på gatan. Men egentligen är ju livet bara skit. Jag bollas runt mellan olika tillfälliga boenden som härbärgen, gruppboenden och alkoholisthem, berättar Rikard Larsson och kan inte minnas att det har gjorts någon vårdplanering med honom vid något enda tillfälle.

– Nej, faktiskt inte, säger han.

I Malmö vittnar patienter och anhöriga om svåra förhållanden för många psykiskt sjuka patienter. De hamnar på härbärgen, campingplatser, vandrarhem, hotell eller tvingas klara sig som uteliggare. Ofta finns ingen plan för hjälp och stöd eller någon meningsfull sysselsättning, vilket enligt lag ska finnas med i en samordnad och individuell vårdplanering.

Patientföreningar och vårdansvariga bekräftar bilden och att problemen finns runt om i landet. Det bottnar ofta i att kommunens socialtjänst och landstingets sjukvård har svårt att samverka, att patienter då faller mellan stolarna.

– Det är förfärligt att patienter med schizofreni och liknande psykoser blir utskrivna trots att de inte har någon bostad, säger Harald Wilhelmsson som är ordförande i Schizofreniföreningen i Skåne.

Ing-Marie Wieselgren, psykiatrisamordnare på Sveriges Kommuner och Landsting, anser att det är helt orimligt att patienter skrivs ut till gatan.

– Men tyvärr hör vi det från flera håll. Psykiatrin är väldigt pressad och ibland säger man att man inte hinner göra en ordentlig vårdplanering. Vi har inga siffror på det, men vi vet att det inte görs tillräckligt frekvent och att när en vårdplanering görs så är den inte

ett härbärke.

– Det händer återkommande. Många har blivit avhysta från reguljära boenden och då ökar genast problemen och då finns det kanske inget annat än härbärke. Sedan är det svårt att kvalificera sig för ett vanligt boende igen och därför skulle en bostad först-princip med fortsatta stödfunktioner vara en viktig satsning, säger Måns Gerle.

Anders Åkesson (MP) är regionråd i Skåne och ansvarar bland annat för psykiatrin.

– Det är fullständigt oacceptabelt och helt orimligt att man inte tar vårdplaneringen på större allvar och inte säkrar att dessa patienter har någonstans att bo. Psykiatrin måste hitta sätt att samverka med socialtjänsten och lösa boendet och allt det övriga för den som skrivs ut, säger Anders Åkesson.

Sven-Erik Andersson är verksamhetschef för psykiatrin i Malmö. Han känner inte igen att någon blir utskrivnen utan att det först görs en vårdplanering med patienten, psykiatrin och socialtjänsten.

– Nej, vi lämnar ingen vind för våg. Däremot kan det bli ett boende på härbärke och det är inget vi vill, men tyvärr saknas det ju tillräckligt med gruppboenden i Malmö stad, säger han.

Bengt och Iréne Frid sörjer sitt enda barn Jörgen som dog i maj, 36 år gammal, av en hjärnblödning. Jörgen Frid var både psykiskt sjuk och missbrukare. Hans bipolära sjukdom kom redan när han gick i nionde klass och därefter var han inskriven på 30 olika behandlingshem runt om i landet. På några få ställen mådde han bra, men från de flesta stack han bara iväg. Han bodde på gatan, ibland hos Stadsmissionen – men ofta kom han hem till föräldrarna på Högaholm i Malmö.

– Det gick ett tag, men han var ju annorlunda. Vi försökte få både psykvården och socialförvaltningen att hjälpa honom, men de reagerade inte. De brydde sig inte, det var hemskt, berättar Bengt Frid.

– Han ville ju ha hjälp, men han fick ingen. Därför känns det så onödigt att han är borta. Efter det här blir jag aldrig glad igen, säger Iréne Frid.

FREDRIK MELLGREN

08-13 50 00, fredrik.mellgren@svd.se

VAD GÄLLER SAKEN? Fakta:

Samordnad vårdplanering innebär att det medicinska ansvaret för patienten går över från en vårdgivare till en annan. Även betalningsansvaret förs över från exempelvis landstinget till kommunens socialtjänst.

Det är myndighetens och personalens ansvar att se till att det erbjuds rätt stöd och insatser. Man ska underlätta för utskrivningen samt när chefsläkare vill ansöka om öppen psykiatrisk vård eller öppen rättspsykiatrisk vård.

Omsorg, omvårdnad och stöd ska tas upp liksom boendefrågan. Det man kommer fram till ska skrivas in i en vårdplan.

Samordnad individuell plan ska göras när det behövs insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det anges i både Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen.

Initiativet kan komma från patienten eller anhörig. Det finns en skyldighet att informera patienten om detta och planeringen ska syfta till att patienten blir mer delaktig i sin vård och omsorg.

Patientens önskemål och behov är styrande, vårdplaneringen deltar patient, sjuksköterska och biståndsbedömaren från kommunen.

Svenska Dagbladet 24 november 2014

Minister lovar satsning på psykvård

NY STRATEGI Sjukvårdsminister Gabriel Wikström (S) vill ha en ny strategi mot den ökande psykiska ohälsan. Han vill satsa mer på tidiga insatser, och öppnar för fler vårdplatser i den slutna psykiatrin. Samtidigt väcks krav på en ny kommission för den psykiatriska vården.

MALMÖ SvD har i flera artiklar berättat om några av problemen inom psykiatrin. Senast på måndagen handlade det om svårt psykiskt sjuka som när de anses vara färdigbehandlade skickas rakt ut på gatan. Vissa får heller inte den lagstadgade individuella vårdplanering som ska göras i samband med utskrivning. Nu ökar kraven på insatser för en upprustning av den svenska psykvården, som har bristande resurser samtidigt som trycket ökar på grund av att fler drabbas av psykiska diagnoser.

Per Torell, ordförande i Schizofreniförbundet, efterlyser skarpare lagstiftning och en ny kommission för den psykiatriska vården:

- Det är inget annat än en skandal att patienter tvingas bo på härbärgen eller campingplatser.
- Det visar att det behövs en skarpare lagstiftning för att skydda dessa skyddslösa. Man ska komma ihåg att det kanske handlar om några tusen patienter i Sverige som behöver det här extra skyddet så att de inte far illa eller dör.

Sjukvårdsminister Gabriel Wikström är mycket oroad av att den psykiska ohälsan ökar.

– Vi ser i dag hur allt fler mår dåligt och hur samhällets insatser inte räcker till. Därför kommer regeringen under det närmaste året att ta fram en sammanhållen strategi för arbetet med psykisk ohälsa, säger han till SvD. Samtidigt flaggar nu ministern för en förstärkning av den så kallade "första linjens psykiatri" inom vården. Med första linjen avses de första kontaktytor som vårdsökande personer kan stöta på, från vårdcentraler till familjeenheter vid socialtjänsten, eller elevhälsan inom skolan.

– Vi föreslår 100 miljoner extra till skolhälsovården. Genom att förstärka den första linjens psykiatri så att människor kan få bra hjälp kan också den avancerade psykiatrin avlastas. Samtidigt behöver självklart även frågor som exempelvis tillgången till slutenvårdsplatser ses över, säger han till SvD.

Som SvD berättat måste allt fler patienter i dag läggas in på psykiatrisk klinik. Sedan 2007 har trycket på slutenvården i landet ökat med i genomsnitt 15 procent där den största ökningen finns i Jämtland med över 60 procent. Men så har också 70 procent av vårdplatserna inom psykiatrin försvunnit de senaste 20 åren. Det leder till att patienter skrivs ut trots att de inte är färdigbehandlade. Psykiskt sjuka avlider dessutom flera år för tidigt om de förutom psykisk ohälsa drabbas av en fysisk sjukdom som hjärtinfarkt, stroke eller cancer. De riskerar att förlora 20 år av sina liv jämfört med befolkningen i övrigt.

Carina Nilsson (S), kommunalråd för sociala frågor i Malmö stad, reagerar häftigt på SvD:s uppgifter om att svårt psykiskt sjuka skrivs ut efter behandling – utan tillgång på en individuell vårdplan.

– Det är naturligtvis allvarligt om någon skrivs ut på gatan. Ansvaret ligger på vården, men det är också en bostadsfråga och det finns en obalans på bostadsmarknaden som gör det svårt att hitta bra lösningar. Särskilt som personen kanske har blivit vräkt från tidigare boenden, säger hon.

Per Torell på Schizofreniförbundet vill nu se en ny strategi som främst riktar in sig på hur man förebygger psykisk ohälsa. Ett slags kommission som jobbar i positiv anda och inte utgår från hur farliga psykiskt sjuka patienter kan vara.

– Tidigare utredningar har ofta handlat om det, men vi vill ha mera positivt fokus. Psykiatri har i dag låg status inom läkarkåren och man har brist på resurser och vårdplatser. Det måste vi ändra på, säger Per Torell.

Sveriges Fontänhus jobbar för att personer med psykisk ohälsa ska kunna ”bryta sin isolering och återskapa ett värdigt liv”.

– Många hamnar mellan stolarna och det beror på flera allvarliga systemfel. Det finns brister inom psykiatri, men tyvärr också då det gäller boendet, att klara ekonomin och att de får lära sig att fungera socialt. Vi kan göra en insats men det räcker ju tyvärr inte för alla, säger Anna-Karin Ekman, chef för Fontänhuset i Malmö.

FREDRIK MELLGREN

08-13 58 59, fredrik.mellgren@svd.se

Svenska Dagbladet 17 december 2014

Press på kommuner ska stoppa utskrivning till gatan

För att förhindra att psyksjuka skrivs ut till hemlöshet vill regeringens utredare öka trycket på kommunerna. Nuvarande system orsakar onödigt lidande, köer och miljarder i extra kostnader för sjukvården, menar experter SvD talat med.

Egentligen är det reglerat hur ansvaret ska flyttas mellan landstingen som står för slutenvården och kommunerna som har hand om socialtjänsten. När en patient med kroppsliga sjukdomar är färdigbehandlad på en vårdavdelning har kommunerna max fem arbetsdagar på sig att se till att boendet fungerar och ordna med eventuell hemtjänst. Oftast handlar det om äldre som behöver särskilt boende eller kunna bo kvar hemma med stöd av hemtjänst och en del utrustning.

Men för patienter som skrivs ut från psykiatrin gäller att kommunerna har hela 30 arbetsdagar på sig innan ansvaret förs över från landstinget. Eftersom det handlar om arbetsdagar kan det gå nästan 40 dagar innan ansvaret i praktiken flyttas över. Därefter måste kommunen betala för alla vårdkostnader och åker dessutom på en straffavgift.

– Då är det så dags, och eftersom kostnaderna ibland blir mindre än att ordna en plats i särskilt boende finns det inget riktigt bra tryck på kommunerna att ordna upp saken. Då kan patienten bli kvar på sjukhuset och att bo där i onödan är aldrig en bra lösning. Det ska alltid ses som ett undantag. Dessutom ligger den personen och blockerar en säng för en patient som annars kunde skrivas in, säger Ing-Marie Wieselgren, psykiatrisamordnare på Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

Enligt SKL:s egna beräkningar ligger varje månad drygt 10 000 patienter kvar någon eller några dagar på en vårdavdelning trots att de kunde ha skrivits ut. Det gäller både psykvården och den somatiska vården och allt det här kostar ungefär fyra miljarder kronor om året för landstingen.

Men här ska det nu bli ändring. Göran Stiernstedt, regeringens samordnare för ökat resursutnyttjande i vården ska bland annat se över den så kallade betalningsansvarslagen. Den bestämmer hur länge en utskrivningsklar patient kan ligga kvar på sjukhus utan att kommunerna behöver betala.

Först i februari ska utredningen vara klar men Göran Stiernstedt säger redan nu till SvD att han vill ha flera förändringar. Dels att det ska vara lika lång tid för både psykiatrin och den kroppsliga sjukvården innan ansvaret går till kommunen, dels att även helgdagar ska räknas med i kommunernas tidsfrist, inte bara vardagar som nu.

– Hela processen ska snabbas på men det viktigaste är nog att vårdplaneringen kan påbörjas redan när patienten skrivs in på sjukhuset inte sista dagen när det är dags för utskrivning, säger han.

Harald Wilhelmsson, ordförande i Schizofreniföreningen i Skåne, menar att det viktigaste är att korta ner vårdplaneringstiderna för alla patienter med psykiska sjukdomar.

– Det är gammeldags och diskriminerande mot psykiskt sjuka att man inte behöver lösa deras boende och stöd lika snabbt som för dem med kroppsliga sjukdomar. Då rycker man ut direkt och gör hembesök och är hur tjänstvilliga som helst. Att vara kvar inom psykiatri mer än nödvändigt är inte bra, man blir väldigt isolerad, säger Harald Wilhelmsson.

Inspektionen för vård och omsorg har nyligen beslutat att granska övergången från den psykiatriska slutenvården till öppenvården. Detta efter ett fall i Skåne där en kvinna som tidigare vårdats för självmordstankar inom slutenvården bad om en samtalskontakt i öppenvården. Men väntetiden var 3-4 månader och kvinnan begick självmord innan hon fick hjälp.

FREDRIK MELLGREN

08-13 58 59, fredrik.mellgren@svd.se

Socialstyrelsens hemsida 18 december 2014

den 18 december 2014 kl. 09:00 Nyhet

Socialstyrelsen har jämfört dödligheten i vanliga folksjukdomar, som exempelvis akut hjärtinfarkt. Resultatet visar att personer med psykisk sjukdom oftare dör i förtid.

Flera psykiatriska diagnoser är förknippade med övervikt, diabetes eller rubbning av blodfetter. Bidragande orsaker kan vara ohälsosamma levnadsvanor, men också användning av antipsykotiska läkemedel.

– Den fysiska ohälsan påverkar den förhöjda risken, men den högre dödligheten kan också vara ett tecken på senare upptäckt av fysiska sjukdomar och sämre omhändertagande i vården, säger Birgitta Lindelius, utredare vid Socialstyrelsen.

Större behov av stöd

Psykiskt sjuka har i många fall en sämre kognitiv funktion och en lägre förmåga att förvärva, förstå och använda information om sin hälsa. Detta är viktigt för vården att uppmärksamma i det förebyggande arbetet. Endast fem procent av de psykiatriska verksamheterna ansåg i en undersökning att patienternas behov av sjukdomsförebyggande insatser tillgodosågs i tillräcklig omfattning.

– Det kan i högre utsträckning än för andra grupper behövas ett stöd för psykiskt sjuka att komma till vården, och även för att förstå informationen som ges om hälsotillståndet, säger Birgitta Lindelius.

Förmåga till helhetssyn

Resultatet av Socialstyrelsens Öppna jämförelser Jämlik vård 2014 - somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom visar en mycket tydlig överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, där akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken, främst för patienter med psykosjukdom. Även när det gäller behandling efter stroke och hjärtsjukdom finns utrymme att åstadkomma förbättringar för psykiskt sjuka.

– Troligen har de ett större behov av somatisk vård än många andra grupper. Samsjukligheten ställer krav på vårdens förmåga till helhetssyn på patienten om psykiskt sjuka ska få del av den annars positiva utvecklingen i hjärt-kärlsjukvården, säger Birgitta Lindelius.

Svenska Dagbladet 6 januari 2015

Psyksjukas anhöriga riskerar egen sjukdom

Närstående till psykiskt sjuka riskerar att själva drabbas av sjukdom. Resultatet kan bli långa sjukskrivningar och även förtidspensionering. Det visar ett svenskt forskningsprojekt som fått internationell spridning. – Anhöriga kan hamna i ett svårt utanförskap där man känner sig isolerad och otillräcklig, säger Eleni Siouta, forskare på Karolinska Institutet.

Bakom studien står Eleni Siouta och Ann Mannerheim, två forskare med bakgrund som sjuksköterskor från Karolinska Institutet samt Ulla Hellström Muhli, docent i sociologi från Uppsala universitet. De har djupintervjuat föräldrar till barn med psykiatrisk ohälsa. Mest har det handlat om patienter med schizofreni i åldrarna 18 till 55 år.

Det är en dystert bild som forskarna fått fram, där de sjuka vuxna barnen bor hemma hos en eller båda föräldrarna. De anhöriga har tvingats gå ner i arbetstid och ibland slutat jobba helt för att ta hand om den sjuke på heltid. Det har lett till skilsmässor och isolering, men också att den närstående själv blivit sjuk.

Depression, ångest, utbrändhet, infektioner och hjärtproblem har varit de vanligaste sjukdomstillstånden och flera har blivit sjukskriva på deltid eller heltid. Även förtidspensionering har förekommit.

Andra tar upp attityder i omgivningen som skapar skam och stigmatisering. Man står där ganska övergiven med ett stort vårdansvar som man inte kan välja bort som god förälder.

– De som har klarat sig bäst har lyckats hålla fast vid ett livsprojekt man har eller något socialt umgänge som inte handlar om den sjuke. Men naturligtvis måste man få fram rutiner inom psykiatrin där man lyssnar på de närstående, att man ser dem som en del av vården, påpekar Eleni Siouta.

En del forskningsresultat har presenterats vid en konferens i Lugano om medicin, kommunikation, etik och sårbarhet, men studien är fortfarande inte helt klar.

– Egentligen är vi inte så förvånade över resultaten, men nu har det snart gått 20 år sedan psykiatrireformen infördes där patienter skulle flyttas ut från institutionerna till ett eget boende med öppenvårdsstöd. Men fortfarande finns problemen kvar att många anhöriga får ta på sig ett informellt vårdansvar som sliter hårt på dem. Att det inte blivit bättre på alla dessa år är nog det mest överraskande, säger Eleni Siouta.

Ing-Marie Wieselgren, psykiatrisamordnare på Sveriges Kommuner och Landsting, me-

nar att det är bra med ett fokus på de anhöriga.

– Det är alltid påfrestande när någon i ens närhet är sjuk, men det är nog speciellt när det handlar om någon med en psykisk sjukdom. Som anhörig kan man mötas av sekretess, man blir bortfäst och illa bemött och tyvärr stämmer det nog att man måste tjata sig till insatser inom psykiatrin. Många tar på sig för mycket och går in i väggen, det är alldeles för vanligt trots att man vet att alla skulle vinna mycket på att stötta de anhöriga.

Ulla Elfving Ekström, ordförande i Schizofreniföreningen Centrala Stockholm, känner absolut igen sig i den mörka situation som kan drabba många närstående. Hon har en 49-årig son som fick sin schizofreni för 25 år sedan. Han har eget boende och stöd från öppenvården. Ulla Elfving Ekström finns där hela tiden som en trygghet men har inte tagit på sig vårdansvaret.

– Det bästa stöd man kan få som anhörig är att vården och socialtjänsten ser till att det finns boende och vård för den som behöver det. Jag är inte säker på att det är så sunt att man som anhörig ska ta hela ansvaret för en psykiskt sjuk familjemedlem. I mitt fall löste det sig när min son frågade om jag kunde bo hos honom ett tag när han fick sin egen lägenhet. Det gjorde jag till den dag han sade att nu kan du flytta, men ska du stanna kvar så är det för din skull, inte min sade han till mig.

Men för många är det naturligt att ta på sig vårdansvaret och för många blir det väldigt tungt.

– Man nöts ner och är alltid stand by. Det är också svårare att vara närstående till en psykiatripatient än någon med kroppsliga sjukdomar eftersom man måste kämpa mot psykiatrin som alltid har ont om resurser. Det viktiga man kan göra är att vara med i anhöriggrupper och få kunskap av andra. Och kräva avlastning, säger Ulla Elfving Ekström.

FREDRIK MELLGREN

08-13 58 59, fredrik.mellgren@svd.se

Schizofreniförbundet
Hantverkargatan 3 G
112 21 Stockholm
www.schizofreniforbundet.se