

Stockholm den 30 september 2021

Underlag till nationell strategi psykisk hälsa och suicidprevention

A. Organisationens övergripande verksamhet

Beskriv mycket kortfattat hur er verksamhet relaterar och bidrar till området psykisk hälsa och suicidprevention

NSPH är en samverkansorganisation bestående av 13 patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området i vid mening, från sjukvårdens psykiatriska verksamheter, frivården och socialtjänsten till arbetsrehabiliterande aktiviteter och barn- och ungdomsverksamheter.

NSPH driver gemensamma intressepolitiska frågor på nationell nivå, gentemot för området relevanta huvudmän och stat. Vi utvecklar också kunskap, verktyg och metoder för systematiskt brukarinflytande som syftar till att stärka egenmakt och återhämtning, inflytande och delaktighet för personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga. Genom våra metoder för systematiskt brukarinflytande bidrar vi också till verksamhetsutveckling av verksamheter inom psykiatri och socialpsykiatri.

NSPH arbetar mot tre övergripande mål:

- Bättre återhämtning, ökad egenmakt och rättvisa förutsättningar att leva ett gott liv för personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga.
- En psykiatrisk vård och omsorg med god kvalitet som utgår från vetenskap, de professionellas erfarenheter och erfarenheterna hos personer som på olika sätt lever med egen eller någon närståendes psykiska ohälsa. En vård och omsorg som är lättillgänglig, jämlik och rättssäker.
- Ett samhälle utan fördomar, kränkningar och diskriminering, som förebygger psykisk ohälsa så långt det är möjligt.

B. Nulägesbild: Målgrupper och problembild

Beskriv vilka olika målgrupper ni vänder er till som berörs av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Vad är känt om målgruppernas psykiska hälsa?

Bland NSPH:s medlemsorganisationer finns personer, i alla åldrar, med exempelvis autism, bipolär sjukdom, depressioner, ångestproblematik, utmattningssyndrom, självska debeteende, schizofreni, ätstörningar och missbruksproblem. Bland förbunden finns även anhöriga till dessa personer, samt till personer som begått suicid. Att man har flera olika diagnoser är

vanligt, liksom samsjuklighet (dvs samtidigt beroende och psykisk ohälsa). När NSPH talar om psykisk ohälsa menar vi såväl psykiska sjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar som psykiska besvär/tillstånd.

NSPH har i en skrift sammanfattat nulägesbild för våra grupper samt våra övergripande mål och ståndpunkter som bifogas detta underlag.¹

Hälsa och livslängd

Psykisk och fysisk ohälsa förstärker ofta varandra. För personer med både psykisk ohälsa och beroendesjukdom blir utmaningen större att bygga upp och bevara sin hälsa. Vi vet idag att människor som lever med en allvarlig psykisk sjukdom, exempelvis schizofreni och schizofreniliknande tillstånd samt bipolär sjukdom, riskerar att leva avsevärt kortare liv än genomsnittet; män riskerar att dö 15–20 år tidigare och kvinnor 10–15 år.

Socialstyrelsen har också visat att personer med en psykiatrisk diagnos som även lever med somatiska sjukdomstillstånd som stroke, bröstcancer, diabetes eller hjärtinfarkt inte får lika god medicinsk vård som patienter utan en psykiatrisk diagnos.

Ekonomi och arbete

I jämförelse med befolkningen i övrigt har människor med psykisk ohälsa väsentligt lägre inkomster, högre levnadsomkostnader och kortare utbildning. Ensamhet och isolering är också vanligare vid psykisk ohälsa. Många saknar helt enkelt egna resurser att ta sig ur en svår livssituation. Sambandet mellan dålig ekonomi och psykisk ohälsa är starkt. Rapporter från Socialstyrelsen och statistik från SCB har under flera decennier visat att gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning har svagare ekonomisk ställning än grupper av personer med annan funktionsnedsättning. Personer med psykisk funktionsnedsättning som arbetar tjänar också mindre än hälften så mycket som befolkningen i genomsnitt. Dålig ekonomi och oro för framtida försörjning försämrar möjligheterna till återhämtning. Det i sin tur gör det svårare att klara av utbildning och arbete och att försörja sig i framtiden. Det blir lätt en ond cirkel som är svår att ta sig ur på egen hand.

Barn och unga:

Samtidigt som barn och unga i Sverige idag rapporteras ha en god generell hälsa så ökar den psykiska ohälsan. Från civilsamhället rapporterar BRIS att samtal om suicid ökat med 88 procent mellan 2016–2019, självskaðebeteende med 55 procent och ätstörningar med 48 procent.² De har sällan berättat för en närstående om sitt dåliga mående. Unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, särskilt depression, ångest och självmordsbeteende jämfört med unga heterosexuella och cispersoner.³

Äldre

Suicid är vanligare hos äldre, främst män, jämfört med personer 20–64 år. Samtidigt har äldre inte samma tillgång till specialistvård, utan hänvisas till primärvården.⁴ Många som bor på särskilda boenden eller har hemsjukvård från kommunerna erbjuds inte psykologisk vård och behandling.

¹ Så vill vi ha det, brukarrörelsens bidrag till god psykiatrisk vård, NSPH 2021

² Bris årsrapport för 2019, https://www.bris.se/globalassets/om-bris/bris-rapport-2020/bris_arsrapport2019.pdf

³ https://forte.se/app/uploads/2018/11/unga-hbtq-personers-halsa_se_ta.pdf

⁴ Socialstyrelsens öppna jämförelser ”Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre”, 2018



Vilka utmaningar eller problem har ni identifierat att de möter inom exempelvis följande områden?

• Arbetsliv och fritid.

Många diagnoser har ett oregelbundet förlopp, där sådant som arbets- och även livsförmåga kan variera. Det kan passa dåligt med arbetslivets krav på att kunna prestera. För personer som lever med psykisk ohälsa kan en meningsfull fritid och ideella engagemang spela en avgörande roll för att känna delaktighet i samhället och kunna leva ett liv i gemenskap med andra. Känslan av sammanhang verkar vara en viktig komponent i upplevelsen av livskvalitet, hur vi hanterar svåra situationer och rustar oss mot psykiska belastningar. Det blir därmed viktigt att skapa och bevara öppna offentliga rum som bidrar till att skapa gemenskap, så som bibliotek, aktivitets- och kulturmöteslokaler.

Ytterligare ett hinder för att bryta isolering och stigmatisering är att många mötesplatser numera är kommersiella lokaler samt att det ofta kostar att delta i organiserade verksamheter inom idrott-, kultur- och friluftsliv. Här har ideella organisationer och folkrörelser fortsatt en viktig roll för att skapa gemenskap och bryta isoleringen.

• Familjeliv och bostadssituation.

Många personer i NSPH:s olika medlemsorganisationer har behov av stöd i sin vardag. Det kan handla om insatser från socialtjänsten, som tex boendestöd, hemtjänst, särskilda boenden, att delta på träffpunkter eller daglig verksamhet.

Då detta stöd fallerar vet vi av erfarenhet att även anhöriga, såväl eventuella partners som övriga familjen påverkas. En tidigare enkät av NSPH bland anhöriga som förvärvsarbetade har visat att samtliga gått ner i arbetstid, bytt tjänst eller behövt gå ifrån arbetet för att stödja närstående i kontakter med vård och myndigheter eller vid en krissituation. Nästan hälften hade själva varit sjukskrivna.⁵

Det är därför viktigt att vårdens stöd till gruppen anhöriga inte uteblir. Här finns en stor grupp människor där risken annars är stor för egen psykisk ohälsa.

Det bästa sättet att hjälpa anhöriga är att samhällsstödet, socialtjänsten, socialförsäkringarna samt vården fungerar och är samordnad.

• Skola och utbildning.

Många yngre som mår dåligt hamnar, på grund av sin psykiska ohälsa, efter i skolan och kommer därmed senare ut i arbetslivet. Många lärare och personal inom elevhälsa upplever sig sakna nödvändiga kunskaper om diagnoser som tex autism, självskadebeteende, ätstörningar för att kunna känna sig trygga i att ge ett bra stöd. Gränsdragningen mellan "vem som ansvarar för vad" mellan elevhälsan och psykiatrin samt övriga samhällsresurser upplevs ofta oklar.

⁵ <https://nsph.se/wp-content/uploads/2015/05/Rapport-Anhorigstod-maj-2015-slutmanus.pdf>

- *Hälso- och sjukvård.*

NSPH:s erfarenhet är att vården för våra grupper ofta är bristfällig, med långa väntetider och bristande utbud vad gäller behandlingar. Många upplever det svårt att veta var man ska vända sig när man mår psykiskt dåligt och är i behov av stöd. Även samordningen inom vården brister, både mellan olika huvudmän samt inom en och samma huvudman. De verktyg som finns för att underlätta samordningen, såsom SIP, används för lite samt på fel sätt. Kunskapen om SIP inom professionen är ibland bristfällig och ofta är ansvarsfördelningen otydlig avseende vem, hur och varför en SIP upprättas. Många har negativa erfarenheter av SIP-möten som inte fungerar. Det kan handla om stigmatisering, att man under SIP-möten pratar över huvudet på den det gäller, att man känner sig anklagad och inte förstår vad som pågår. Man blir inte i förväg delaktig i vad mötet ska handla om, eller att medverkande från kommun eller vård inför öppen ridå grälar om ansvarsfrågor eller har bestämt sig på förhand. Det handlar i hög grad om bemötande liksom att de deltagande aktörerna behöver ha mandat att besluta om insatserna.

Det brister också vad gäller primärvårdens uppföljning av insatt behandling med läkemedel. Man behöver i nära dialog med patienten och psykosocialt team följa upp verklig effekt och eventuella bieffekter, samt vid behov ändra, byta eller komplettera behandlingen.

Många äldre som bor på särskilda boenden eller har hemsjukvård från kommunerna erbjuds inte psykologisk vård och behandling.

- *I kontakterna med myndigheter*

Många personer i NSPH:s medlemsorganisationer har behov av stöd av samhällets skydds nät, exempelvis socialförsäkringen och /eller socialtjänsten. Ofta ligger det i själva sjukdomens/tillståndets natur att man har svårigheter i kontakterna med olika myndigheter. Samhället har, för att stödja personer med omfattande behov, infört olika typer av stödinsatser. En sådan funktion är verksamheten med personligt ombud (PO), där NSPH tyvärr noterat att Socialstyrelsens rapport visar på neddragningar vad gäller antalet kommuner som erbjuder detta.⁶

Med stöd från Allmänna Arvsfonden drev NSPH under tre år (2014–2017) en rådgivning för personer som upplevt sig orättvist behandlade på grund av sin psykiska ohälsa. Nästan hälften av alla som kontaktade rådgivningen (45 procent) uppgav att de upplevt sig orättvist behandlade när de haft kontakt med psykiatrin eller socialtjänsten, de aktörer som är ytterst ansvariga att stödja den psykiska hälsan och trygga ens grundläggande livsvillkor.

Det brister i myndigheternas lagstadgade informations- och serviceskyldighet, enligt förvaltningslagen. Enligt Försäkringskassan är psykisk ohälsa den vanligaste sjukskrivningsorsaken sedan 2014.

Anhöriga i en utsatt situation

Den som lever nära någon som drabbas av ohälsa vill kunna vara ett stöd, bidra med kunskap och erfarenheter när vården utformar insatser och behandlingar. Ofta upplever de anhöriga i stället att de tvingas rycka in oplanerat när samhällets stöd inte fungerar som det är tänkt.

⁶ <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/redovisning/statsbidrag-personligt-ombud-lagesrapport-2020.pdf>



Många anhöriga till personer med psykisk ohälsa beskriver en utsatt situation med ständig oro för sin närstående. Det är vanligt att anhöriga uppger att de lämnat sitt arbete, gått ner i arbetstid eller bytt tjänst för att kunna stödja sin närstående i vardagen och i kontakter med vård, omsorg och andra myndigheter. Våra egna undersökningar visar att hälften av de anhöriga själva hade varit sjukskrivna på grund av det som anhörigskapet medfört. Bara drygt hälften av dem hade erbjudits någon form av stöd, och de flesta var ganska missnöjda med stödet och upplevde det som okunnigt och oflexibelt. Frågan om anhörigas situation har också ett tydligt genusperspektiv – det är oftast en mamma, fru, syster, svärmor eller väninna som axlar ett tungt ansvar när samordningen av olika vårdinsatser brister.

D. Lösningar: Utvecklingsbehov och prioriterade insatser

Beskriv, med utgångspunkt i era målgrupper och nulägesbilden, de utvecklingsbehov ni identifierat på kort sikt (1–5 år) och på lång sikt (5–10 år). Vilka insatser krävs för att utvecklingen ska gå i önskvärd riktning? Vilka insatser är viktigast att prioritera?

NSPH:s bild är att ha en bostad, arbete eller sysselsättning, försörjning, familj och vänner att umgås med är centrala delar i livet. Många studier visar att bristen på dessa grundläggande förutsättningar bidrar till psykisk ohälsa och skapar svårigheter att kunna återhämta sig och må bättre.

Det är i övrigt inte så enkelt att skilja ut vad som bör ske på kort och lång sikt, eller vad som är viktigast att prioritera. Flertalet utvecklingsbehov kräver långsiktiga satsningar. När det gäller behovet av ett brett kompetenslyft av vård- och stödpersonal inom psykiatrin så skulle dock en insats kunna göras relativt snabbt. Det är att ge vårdgivare inom psykiatrin möjlighet att ansöka om medel till utbildning av baspersonal. En sådan gjordes för ett antal år sedan via anslag som beviljades av Socialstyrelsen.⁷ Resultatet visade att detta nådde ut förhållandevis väl till baspersonalen. NSPH skulle gärna se att något likande kom till stånd nu.

Vi är övertygade om att det blir bättre resultat samt mer långsiktiga och kloka prioriteringar om personer med olika erfarenheter av psykisk ohälsa får vara delaktiga i de beslut som tas, såväl de som tas varje dag ute i vård och omsorg som beslut på övergripande strategisk och politisk nivå. Och för att veta om en åtgärd verkligen leder till det som eftersträvas måste målen sättas och följas upp ur den egnerfarnas perspektiv.

Öka inflytandet för den enskilda individen

För den enskilde handlar inflytandet om att vara med och besluta om och påverka utformningen av de insatser som samhället kan erbjuda. Lagstiftningen är tydlig gällande inflytandet, men ändå är just bristen på delaktighet och kontinuitet några av de vanligaste klagomålen från patienter, brukare och anhöriga inom vårt område. Vi anser att den enskildes möjlighet till inflytande är viktig för demokratin, den enskildes hälsa, återhämtning och egenmakt och för att upprätthålla kvaliteten i de insatser som samhället tillhandahåller.

⁷ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-6-20.pdf>

NSPH anser att:

- användningen av metoder som stärker dialog och som involverar den enskilde i planering och uppföljning på ett aktivt sätt behöver öka.
- tvångsvård och tvångsinsatser måste minska.
- det ska bli lättare att klaga på vården, byta vårdgivare och få upprättelse och kompensation för skador och bristfällig vård.

Öka inflytandet för grupper av patienter, brukare och anhöriga

Inflytandet på gruppnivå är viktigt för att kunna ha fokus på vad som upplevs nödvändigt och verkningsfullt för grupper som är i behov av stöd. Det skapar bättre underlag till dem som ska fatta övergripande beslut om resurser och prioriteringar samt för personalens kompetensutveckling. Det kan handla om vad deltagarna i en sysselsättningsverksamhet själva anser om verksamhetens utformning och utvecklingsmöjligheter, eller hur man i en viss region förvissar sig om att lyssna på – och lära sig av – erfarenheterna hos en viss patientgrupp.

NSPH anser att:

- kommuner, regioner och myndigheter behöver bli bättre på att följa upp resultat som är viktiga för patienter, brukare och anhöriga.
- fler patienter, brukare och anhöriga ska ges förutsättningar att vara med och utvärdera och förbättra verksamheternas kvalitet.
- verksamheterna – som en naturlig del i sitt kvalitetsutvecklande arbete – behöver skapa tjänster och funktioner inom vård och omsorg som bygger på den särskilda kunskap som personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa har (exempelvis brukarrevision, patientforum och peer support).

Öka inflytandet för organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga

Om inflytandet och delaktigheten fungerar på individ- och verksamhetsnivå ökar förutsättningarna för våra föreningar och organisationer att föra en konstruktiv och utvecklingsinriktad dialog med de tjänstemän och politiker som ansvarar för styrningen av stödet till personer med psykisk ohälsa.

NSPH anser att:

- huvudmännen behöver bli bättre på att följa upp målgruppernas behov och verksamheternas resultat ur ett brukarperspektiv.
- förutsättningar behöver skapas för att fler patienter, brukare och anhöriga ska vilja engagera sig i påverkansarbetet.
- föreningar som vill bidra i utvecklingsarbetet ska få de resurser som behövs för att samarbeta och påverka, samt att deras representanter får skälig ersättning för sina insatser.

NSPH ser också utvecklingsbehov och behov av insatser inom många olika områden:

1. Förebyggande och främjande arbete:

- det behövs ökad kunskap hos arbetsgivare och befolkningen i stort om hälsofrämjande faktorer i människors vardag och arbetsliv.



- Vården behöver särskilt uppmärksamma riskgrupper och erbjuda kunskapsbaserade insatser på grupp- och individnivå.
- Det behövs skapas samhällsstrukturer som motverkar isolering, ser till betydelsen av civilsamhällets bidrag och tillse att civilsamhället har resurser för att bedriva detta.
- frågor om psykisk ohälsa/hälsa behöver bli naturliga inslag i grundskolan.
- det behövs ett förbättrat stöd till barn och unga, via tex ett nationellt hälsovårdsprogram.⁸
- anhöriga och andra viktiga personer behöver ses som en resurs som vården samarbetar med som en likvärdig partner. För att åstadkomma detta föreslår NSPH att Socialstyrelsen utarbetar riktlinjer som vägleder anställda inom psykiatrisk vård och kommunal omsorg kring att bemöta anhöriga, till exempel om sekretessfrågor. Detta kan göras med bibehållen respekt för den närståendes integritet.
- Den nationella hjälplinjen som riktar sig till personer med psykisk ohälsa/suicidalitet samt till anhöriga och närstående behöver återinföras.
- Kommunernas anhörigstöd behöver byggas ut till att i högre grad vända sig till anhöriga till personer med psykisk ohälsa.

2. Tillgängliga tidiga insatser

- man behöver tydliggöra för enskilda vart de ska vända sig vid olika behov av hjälp vid psykisk ohälsa. Även professionsföreträdare uttrycker svårigheter när de ska hjälpa personer med psykisk ohälsa att hamna rätt.
- väntetider behöver kortas, utbudet av behandlingar vid psykisk ohälsa hos primärvården behöver utökas samt följas upp kontinuerligt.
- utökade möjligheter för personer med långvarig psykisk sjukdom att få tillgång till tidiga insatser vid återinsjuknande, exempelvis genom möjlighet till självinläggning.
- socialtjänstens insatser behöver vara tillräckliga efter behov.

3. Enskildas delaktighet och rättigheter

- Att SIP genomförs enligt lagstiftningens intentioner.
- Utveckla verksamheterna med personliga ombud och case managers.
- tillgodose behov inom livsområden som är viktiga för återhämtning, exempelvis boende, boendestöd, sysselsättning och stöd till återgång i arbete eller studier.
- enskildas rättigheter inom tvångsvårdslagstiftning behöver stärkas.
- socialförsäkringens regelverk behöver anpassas efter den psykiska ohälsans ofta varierande förlopp.

4. Utsatta grupper

- en samordnad vård för personer med samsjuklighet av beroendesjukdom och psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos, personer som är eller har varit i kontakt med kriminalvården och/eller vårdats inom rättspsykiatri.
- öka kunskapen om skillnader i psykisk hälsa som kan relateras till sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, både hos professionella och hos allmänheten.
- uppmärksamma behoven hos barn som lever i riskmiljöer eller med riskbeteende (exempelvis barn som anhöriga till personer med psykisk ohälsa och placerade barn.)

⁸ Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)

- tillräckliga resurser för vården av personer placerade inom psykiatrisk tvångsvård respektive rättspsykiatrisk vård, för att minska behovet av tvångsåtgärder såsom fastspänning och avskiljning.
- Att slutenvården har tillräckligt antal vårdplatser för att tillgodose behoven.
- Äldreomsorgens strukturella och sedan länge välkända problem måste åtgärdas, liksom behoven av högre bemanning, ökad kompetens, och rimliga arbetsförhållanden. Detta kan kräva statligt stöd.⁹
- särskilt bevaka och agera kring de samhällsekonomiska konsekvenserna av Coronapandemin, vilka riskerar att slå hårdare mot målgrupper som innan krisen hade en mer utsatt situation.¹⁰ Forskningen pekar på att riskerna för suicid kommer efter krisen (under flera år) och riskerar drabba utsatta grupper hårdare. Det finns en risk att klyftorna ökar i samhället, att besparingar genomförs som kan drabba de som har störst behov.

5. Ledning, styrning och organisation

- regioner och kommuner behöver ha lokala handlingsplaner för att minska självmorden.
- att vården inför vårdprogram / rutiner för efterlevandestöd vid suicid^{11 12}. I dagsläget är rutinen att polisen lämnar dödsbud och sedan saknas det en instans som tar vid.
- Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik.
- tillse att resurser finns att efterfölja behandlingsrekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid psykisk ohälsa.
- Tillgodose behov av utbildning/fortbildning inom vården, av både läkare och annan personal för att säkerställa tillgång till olika typer av behandling.

Med vänlig hälsning

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa



Conny Allaskog

Ordförande

E-post: conny.allaskog@nsph.se

Telefon: 072-145 77 88

⁹ Äldreomsorgen under pandemin, SOU 2020:80, sid 16

¹⁰ [Se tex Enkät rapport: Om pandemins konsekvenser - Riksförbundet Attention](#)

¹¹ Enkätstudie efterlevande stödjande resurser, Westerlund 2018

¹² [Foraldras-behov-av-stod-efter-att-ha-forlorat-ett-barn-i-suicid.pdf \(spes.se\)](#)