

Intressepolitiskt program



Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Innehåll

Att leva med psykisk ohälsa	5
Psykisk ohälsa och ekonomi	6
Psykisk och fysisk hälsa	6
Övergripande perspektiv.....	7
Återhämtning.....	7
Brukarinflytande och delaktighet	7
Stigma	8
Syftet med det intressepolitiska programmet.....	9
Intressepolitiska områden	10
Anhöriga till personer med psykisk ohälsa.....	11
Barn och ungas psykiska hälsa.....	15
Diskriminering på grund av psykisk ohälsa	19
Rättspsykiatrisk vård	23
Samsjuklighet med skadligt bruk och beroende.....	29
Äldres psykiska hälsa.....	35

Om NSPH

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, är en organisation som samlar patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Nätverket har idag 13 medlemsorganisationer. Dessa organisationer är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Suicide Zero, Svenska OCD-förbundet, ÅSS och FMN.

Vi ser patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs genom deras unika kunskap och anser att deras perspektiv och erfarenheter bör ha ett större inflytande över beslut och insatser som berör dem både på individ- och systemnivå.



Att leva med psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är något som berör de flesta någon gång under livet, antingen genom egna erfarenheter eller som anhöriga. Det kan handla om att uppleva symtom en avgränsad period i livet eller att leva med ett tillstånd livet ut. Även om psykisk ohälsa är något som finns i alla delar av samhället kan också strukturella faktorer göra att vissa grupper i samhället löper ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa. Det handlar exempelvis om grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar, med lägre utbildning, migrationserfarenhet, fysisk ohälsa eller funktionsnedsättning samt hbtqi-personer.

Det finns också tydliga skillnader gällande psykisk ohälsa baserat på kön. Flickor och kvinnor uppger i högre utsträckning att de har psykiska besvär, medan pojkar och män är överrepresenterade i suicid och troligen inte söker hjälp i den utsträckning de borde. Forskning kring olika psykiatriska tillstånd utgår ofta från män som norm, men också i vissa fall med kvinnor som norm. Detta gör att den grupp som inte representeras i forskningen riskerar att gå miste om rätt diagnos eller behandling. Exempelvis finns det troligtvis ett stort mörkertal av flickor och kvinnor med neuropsykiatriska tillstånd, och ett stort mörkertal av pojkar och män med ätstörningar och självskadebeteende.

Psykisk ohälsa påverkar också de som lever nära den som drabbats. Anhöriga vill kunna vara ett stöd och utgöra en resurs i vårdens insatser. I stället upplever många att de lämnas utanför vårdprocessen och får rycka in när samhällets stöd inte fungerar som tänkt. Många axlar ett tungt ansvar, men lämnas utan de stödinsatser de själva skulle behöva. Det medför att många anhöriga själva också utvecklar psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa och ekonomi

Personer med psykisk ohälsa är en grupp som på olika sätt har sämre levnadsvillkor än många andra grupper i samhället. I jämförelse med befolkningen i övrigt har människor med psykisk ohälsa väsentligt lägre inkomster, högre levnadsomkostnader och kortare utbildning. De lider dessutom i högre grad än andra av ensamhet och isolering. Många saknar därmed egna resurser att ta sig ur en svår livssituation. Samtidigt finns det mycket för samhället att vinna på att ge stöd och behandling till personer med psykisk ohälsa, såväl på ett mänskligt plan som på ett ekonomiskt.

Sambandet mellan dålig ekonomi och psykisk ohälsa är starkt.

Rapporter från Socialstyrelsen och statistik från Statistiska centralbyrån (SCB) har under flera decennier visat att personer med psykisk funktionsnedsättning har svagare ekonomisk ställning än personer med annan funktionsnedsättning. De med psykisk funktionsnedsättning som har ett arbete tjänar mindre än hälften så mycket som befolkningen i genomsnitt. Dålig ekonomi och oro för framtida försörjning försämrar möjligheterna till återhämtning, vilket 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. Ytterligare ett hinder för att bryta isolering och stigmatisering är att det ofta kostar att delta i organiserade verksamheter inom idrott-, kultur- och friluftsliv.

Psykisk och fysisk hälsa

Psykisk och fysisk ohälsa förstärker också ofta varandra. För personer med både psykisk ohälsa och beroendesjukdom blir det en ännu större utmaning att bygga upp och bevara sin fysiska hälsa. Det är i dag allmänt känt att människor som lever med en allvarlig psykisk sjukdom, exempelvis schizofreni och schizofreniliknande tillstånd eller bipolär sjukdom, riskerar att leva avsevärt kortare liv än genomsnittet. Socialstyrelsen har också visat att personer med en psykiatrisk diagnos som drabbas av somatiska sjukdomstillstånd som stroke, bröstcancer, diabetes och hjärtinfarkt inte får lika god medicinsk vård som patienter utan en psykiatrisk diagnos.

Övergripande perspektiv

NSPH arbetar mot tre övergripande mål, vars perspektiv genomsyrar samtliga områden i detta intressepolitiska program.

NSPH arbetar för

- Bättre återhämtning, ökad egenmakt och rättvisa förutsättningar att leva ett gott liv för personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga.
- En vård och omsorg med god kvalitet, baserad på vetenskap, beprövad erfarenhet och enskildas erfarenheter och vilja. En vård och omsorg som är lättillgänglig, jämlik, demokratisk och rättssäker.
- Ett samhälle utan fördomar, kränkningar och diskriminering, som förebygger psykisk ohälsa så långt det är möjligt.

Återhämtning

Återhämtning är en individuell process. Ofta kan det handla om att må bättre igen eller hitta tillbaka till en vardag som känns okej. Att må dåligt, genomgå en kris eller drabbas av psykisk ohälsa kan påverka olika delar av livet, och många kan uppleva att de förlorar kontrollen över det som sker. En del i återhämtningen kan därför vara att återfå känslan av tillit till ens egen förmåga att styra sitt liv och känna hopp om att livet kan bli lättare igen.

Att leva med psykisk ohälsa handlar inte bara om vård och omsorg. Det handlar kanske främst om att leva sitt liv i gemenskap med andra. Ett liv som inbegriper frihet, delaktighet samt samma möjligheter, rättigheter och krav som för andra människor i samhället. Det betyder att bostad, arbete, försörjning, familj och vänner att umgås med är centrala delar i livet. Många studier visar att bristen på dessa grundläggande förutsättningar leder till psykisk ohälsa och skapar svårigheter i att återhämta sig och tillfriskna.

Alla insatser som riktar sig till personer med psykisk ohälsa behöver ha ett återhämtningsperspektiv, ett långt och brett perspektiv som fångar in vad just denna individ behöver för att må bra, känna hopp, tillhörighet och meningsfullhet.

Brukarinflytande och delaktighet

"Inget om oss utan oss"

NSPH är övertygade om att alla insatser blir bättre och mer träffsäkra om de personer som de riktar sig mot får vara med och utforma hur de ser ut och genomförs. Det är ett led i en vård och omsorg med god kvalitet som också tar hänsyn till enskildas erfarenheter och vilja. När vi talar om brukarinflytande utgår vi från det inflytande och den delaktighet som patienter, brukare och anhöriga erbjuds i vården och

omsorgen och av de samhällsinstanser som har i uppgift att förebygga ohälsa eller stödja oss som drabbas av psykisk sjukdom eller lever med psykiska funktionsnedsättningar.

Att de som beslutar om eller utför insatser får bättre kunskap om målgruppens behov och erfarenheter bidrar till en bättre kvalitet och högre effektivitet i de insatser som erbjuds. Att ha möjlighet att kunna påverka är grunden i en demokrati och bidrar dessutom till att jämna ut maktbalansen mellan de som utför insatser och de som får desamma.

Inflytandet kan ske på olika nivåer.

- **Individnivå:** Handlar om hur den enskilde patienten, brukaren och hans anhöriga får möjlighet att vara delaktiga och ges inflytande i mötet med vården eller omsorgen, samt för att stärka egenmakten.
- **Verksamhetsnivå:** Handlar om hur vården och omsorgen lyssnar på – och tar intryck av – vad olika målgrupper upplever ger kvalitet i olika verksamheter, för att stärka och involvera patient- och brukarerfarenheter i verksamhetens planering och utveckling.
- **Systemnivå:** Handlar om hur patienternas, brukarnas och de anhörigas företrädare – till exempel NSPH-organisationernas representanter – bereds möjlighet att framföra sina samlade erfarenheter i dialog med beslutsfattare och medverka i analysen av olika faktaunderlag för att skapa bättre förståelse för brukarnas behov och vårdens och omsorgens resultat i beslut som rör stora delar av befolkningen.

Stigma

Trots att psykisk ohälsa är vanligt känner många som drabbas ändå skam och har svårt att dela sina upplevelser med andra. Vi vet att många väljer att inte berätta om det på arbetet, i skolan eller i det sociala livet. Många som varit öppna med sina erfarenheter har upplevt att det medfört att de blivit orättvist behandlade såväl privat som i arbetslivet.

Stigma består av ett kunskapsproblem som leder till attitydproblem, som i sin tur leder till ett beteendeproblem som tar sig uttryck i diskriminering. Stigma leder till en upplevelse av skam och skuld som andra människor lägger på en, och som många till slut tar till sig i form av självstigma. Detta gör att människor har svårt att prata öppet om psykisk ohälsa och isolerar sig eller blir isolerade av omgivningen. NSPH arbetar för att alla ska ha samma rättigheter och möjligheter, oavsett psykiska funktionsätt. För att skapa ett samhälle utan fördomar, kränkningar och diskriminering, som förebygger psykisk ohälsa så långt det är möjligt behöver stigmat kring psykisk ohälsa motverkas.

Syftet med det intressepolitiska programmet

NSPH:s intressepolitiska program syftar till att samla våra åsikter och ståndpunkter inom centrala frågor på vårt område.

Programmet syftar till att vara en vägvisare för organisationens intressepolitiska arbete samt ett redskap för NSPH:s medlemsorganisationer och företrädare. Det syftar också till att synliggöra för såväl allmänheten som beslutsfattare, myndigheter och politiker vad NSPH anser i olika frågor.

Ståndpunkterna i programmet har tagits fram genom organisationens arbete kring frågorna. I många fall har fleråriga projektsatsningar drivits på området där omfattande kunskap samlats in och material producerats. Hänvisningar till dessa finns i respektive område och återfinns på NSPH:s hemsida. Det intressepolitiska programmet revideras och beslutas årligen om av NSPH:s årsmöte.

Intressepolitiska områden

Anhöriga till personer med psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är vanligt. En av fyra drabbas någon gång under livet. Det innebär att många berörs även som anhöriga, i sin roll som föräldrar, syskon, vänner, barn eller arbetskamrater. Anhöriga är således en mycket stor och bred grupp, vars behov skiftar, men där det också finns många gemensamma nämnare. Svensk vård och omsorg är väldigt fokuserad på den individ som behöver insatser och glömmar lätt bort de anhöriga som också berörs av att någon i familjen eller i ens närhet blir sjuk eller har en funktionsnedsättning. Detta trots att vi vet att många anhöriga, även barn, drar ett tungt lass för att stödja och ställa upp för sina närstående.

Anhöriga behöver ses som en resurs

På senare år har allt fler uppmärksammat de viktiga insatser som anhöriga gör. Både myndigheter och personal har insett att alla vinner på att anhöriga ses som en resurs som kan och bör involveras i vården utifrån egna möjligheter och önskemål. De måste dock få stöd för egen del för att orka, då anhörigskapet för många kan innebära en stor känslomässig påfrestning och tuff livssituation. Trots att kommunerna enligt socialtjänstlagen är skyldiga att ge stöd upplever många anhöriga att de måste kämpa hårt för att få rätt stöd från olika samhällsinsatser.

För samhället i stort och för de som styr vård och omsorg handlar det om att synliggöra anhöriga och deras behov, göra dem mer delaktiga i utformningen av stödfunktioner och att ta vara på den kunskap som finns hos anhöriga.

NSPH vill därför att

- Anhöriga bemöts respektfullt och ses som en resurs som kan och bör involveras i vården utifrån egna möjligheter och önskemål i de fall detta inte är uppenbart olämpligt.
- Anhöriga erbjuds utbildning om de sjukdomstillstånd och diagnoser som den närstående har och hur de som anhöriga ska förhålla sig till de utmaningar som finns.

- Anhöriga ses som värdefulla och att deras kunskaper och erfarenheter tas till vara med syfte att förbättra livssituationen för den närstående.
- Anhöriga ges möjlighet att bli aktiva i planeringen och uppföljningen av de insatser de tar emot och i utvecklingen av de verksamheter man behöver stöd från.
- Samhället i planeringen av vård och stöd utgår från att de flesta med en psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning har anhöriga, och även ofta egna barn, och att dessa, om det är lämpligt, involveras.
- Socialstyrelsen utarbetar riktlinjer som vägleder de anställda inom psykiatrisk vård och omsorg så att de kan bemöta anhöriga i samtal om sekretessrelaterade frågor.
- Ett målmedvetet antistigmaarbete genomförs med syfte att ändra attityder och minska fördomar kring psykisk ohälsa så att fler vågar vara öppna med sina erfarenheter.

Det behöver finnas ett samordnat och individanpassat stöd för anhöriga

NSPH:s utgångspunkt är att anhöriga har rätt att själva ha ett bra och självständigt liv utan att tyngas av en orimligt stor vård- och omsorgsbörda och en ständigt gnagande oro med täta akututtryckningar. För att nå dit är krävs att de anhöriga känner sig trygga med att ens närstående får bästa möjliga vård och omsorg. Då slipper de vara en ställföreträdande vårdare och kan vara den stödjande familjemedlem eller vän som de flesta vill vara. Det är också det i särklass bästa stödet man kan ge till anhöriga. När stödet fungerar bra för den närstående, kan de anhöriga andas ut och känna sig lugna.

Alltför många upplever idag motsatsen, att de själva måste jaga efter insatser och att de tvingas ha många olika kontakter med myndigheter, vårdgivare och andra samhällsinsatser. Det som ska vara en hjälp blir istället ytterligare en påfrestning. De som yrkesmässigt ska stödja anhöriga behöver utforma insatserna på ett flexibelt och individanpassat sätt med lyhördhet för de olika behov som följer med att vara anhörig till någon med en psykisk ohälsa.

NSPH vill därför att

- Anhöriga får lättillgänglig information om det stöd som finns att få för anhöriga.
- Anhöriga ska erbjudas både gruppaktiviteter och möjlighet till individuella samtal.
- Anhöriga får hjälp och stöd som motverkar osund överbelastning och stressrelaterad ohälsa på grund av de pressade förhållanden som många lever i.

Begreppsdefinitioner:

Anhörig

Enligt Socialtjänstlagen en familjemedlem eller andra som stödjer eller vårdar en person som är långvarigt sjuk eller har ett funktionshinder. Anhörig innebär en person som lever nära den som är drabbad av psykisk ohälsa. Det kan vara en partner, förälder, barn, barnbarn, sammanboende, vän eller granne. Man behöver alltså inte vara gifta eller släkt. Som anhörig har man inga skyldigheter att ge vård eller stöd till närstående oavsett relation – utan det grundar sig på frivillighet.

Anhörigstöd

Kommunen har en skyldighet att erbjuda stöd till personer som ger vård eller stöd till närstående som är långvarigt sjuka, äldre eller som har en funktionsnedsättning.

Anhörigstöd från kommun och region kan vara många olika insatser. Det kan vara samtalsgrupper, information, ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst och avlösning som exempelvis hemtjänst, korttidsboende och bostadsanpassningar. Många kommuner har anställt en anhörigkonsulent, som kan guida anhöriga till samhällets olika stödformer.

Närstående

Enligt Socialtjänstlagen avser närstående personen som tar emot vård, omsorg eller stöd.

Sekretess

All personal inom vården arbetar under sekretess, vilket också brukar kallas för tystnadsplikt. Detta gäller både den offentliga och privata vården. Sekretess innebär att all information som rör en patients personliga situation är skyddade och bara får lämnas ut till någon annan än patienten vid en särskild prövning. Om patienten själv godkänner att information lämnas ut till en viss person så kan sekretessen brytas.

Sekretessen är en viktig del av att skydda den personliga integriteten hos patienten. Ibland får anhöriga i praktiken inte ta del av information om deras närstående även efter att personen själv godkänt detta, vilket försvårar den anhöriges möjlighet att vara delaktig i vårdprocessen.

- Anhöriga får information om de ideella föreningar som bedriver stödgrupper eller studiecirklar för anhöriga.
- Samhället inte ålägger vuxna anhöriga att mot sin vilja stå för personliga stödinsatser och att barn aldrig ska förväntas ta ett sådant ansvar.
- Reglerna inom socialförsäkringen samt kommunernas försörjningsstöd på ett rimligare sätt än i dag ersätter det inkomstbortfall som närståendes nedsatta psykiska ohälsa kan medföra.
- Kommunernas anhörigstöd byggs ut till att i högre grad vända sig till anhöriga till personer med psykisk ohälsa. I det arbetet behöver det dessutom tas särskild hänsyn till anhörigas ålder.
- Särskilt fokus läggs på stödet till barn som växer upp i en familjesituation som gör dem till anhörigstödjare.
- Fler och riktade insatser till äldre anhöriga som utgår från äldre anhörigas förutsättningar och behov erbjuds. Exempelvis samtalsgrupper, uppsökande verksamhet samt lättillgänglig information om vilket stöd som finns att få.
- Brukarrörelsen bjuds in och görs delaktiga i utformningen av stödet till anhöriga.

NSPH:s kunskap om anhöriga till personer med psykisk ohälsa

NSPH drev 2014-2017 tillsammans med Schizofreniförbundet

”Anhörigprojektet”, som jobbade för att uppmärksamma och förbättra anhörigas situation, oavsett vilken typ av psykisk ohälsa det handlade

om. Projektet tog fram två skrifter, *Handboken för anhörigkonsulenter* – att stötta anhöriga till personer med psykisk ohälsa, och *”Vem hjälper dem som hjälper?”* – en rapport kring situationen för anhöriga i NSPH:s medlemsorganisationer.



Barn och ungas psykiska hälsa

Antalet barn och unga som söker hjälp för olika former av psykisk ohälsa ökar. Om detta handlar om att den psykiska ohälsan i sig ökar eller om det är fler barn och unga som faktiskt söker hjälp för sitt mående är svårt att avgöra. Faktum är dock att många barn och unga upplever stress, sömnsvårigheter, ångest och svårigheter att hantera sin vardag. Folkhälsomyndighetens rapport visar att så många som en fjärdedel av barn och unga ofta upplever sig spända eller nervösa. När barn och unga upplever svårigheter att hantera sin vardag kan det också påverka möjligheterna för dem att utvecklas så bra som möjligt.

Som ung kan det vara svårt att formulera sina behov och att veta vad som är tecken på psykisk ohälsa, när det är läge att söka hjälp och vart man då ska vända sig. Det kan exempelvis vara svårt att skilja en naturlig reaktion av sorg eller oro, som finns för att hjälpa en att förstå och fatta viktiga beslut, från en ihållande nedstämdhet eller ångest som kan få negativa konsekvenser för en persons liv. När unga väl söker hjälp får de ofta inte det stöd de hoppats på, utan istället hamnar i långa vårdköer eller lämnas med känslan att de inte har sökt hjälp på rätt sätt eller på fel ställe. Det stöd som finns tillgängligt ser också olika ut beroende på var man bor.

Det finns ingen enkel förklaring till den utbredda förekomsten av psykisk ohälsa hos unga och heller inte en enda enkel lösning som kan vända situationen. Det finns också olika förklaringar till vad som orsakat de långa köerna till vården, varför den problematiska skolfrånvaron ökar och varför unga oftare upplever att de mår dåligt. Därför är samverkan mellan olika aktörer som skolan, vården, socialtjänsten och berörda familjer väldigt viktig för att säkerställa barn och ungas rätt till en god hälsa. Hela samhället måste hjälpas åt med att öka den allmänna kunskapen om psykisk hälsa. Fler behöver känna sig trygga med att föra samtal om känslor, mående och psykisk hälsa; i familjen, i skolan och på arbetsplatser.

Vuxna behöver värna ungas rättigheter

Det finns ett stort söktryck på barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningarna och elevhälsan, vilket ofta leder till långa väntetider. Det innebär att barn och unga får vänta både på första besök, men också på vidare insatser såsom utredningar eller behandling när de mår dåligt. Detta blir oerhört slitsamt, inte minst för de unga själva men också för deras anhöriga. Ansvaret för barn och ungas hälsa är också fördelat på olika instanser som behöver samverka – det kan handla om skola, hälso- och sjukvård, kommunala verksamheter som behöver samverka med varandra, och med den unge och dennes vårdnadshavare. Samtidigt är det samhällsmässigt en god investering att barn och unga får tidiga och effektiva insatser för psykisk ohälsa.

Alla barn och unga har rätt till relevant kunskap om vad psykisk hälsa och ohälsa är och vilket stöd samhället kan erbjuda. Det innefattar även kunskap om vilka rättigheter unga har som söker vård och stöd samt vad som gäller rent rättsligt när unga tvingas till vård eller utsätts för andra tvångsåtgärder. Det är vuxenvärldens ansvar att bjuda in, lyssna, erbjuda inflytande – och våga förändra sig. I varje möte ges just en sådan möjlighet för skola, vård och omsorgen att lära sig mer om barn och unga. När skolan, vården och omsorgen lyssnar och försöker förstå hur de unga upplever och hanterar sin hälsa bör de unga ges tillfälle att samtidigt reflektera kring hur vardagen behöver se ut för att de ska må bra. De kan också behöva få mer kunskap om vilken sorts stöd de kan behöva om de mår dåligt.

NSPH vill därför att

- Samhället arbetar hälsoinriktat för att förebygga psykisk ohälsa och att insatser sätts in tidigt när barn och unga visar tecken på att må dåligt.
- Elevhälsan förstärks och byggs ut så att barn och unga som mår dåligt kan fångas upp och snabbt erbjudas insatser eller vid behov slussas vidare till andra aktörer.
- Skolan omfattas av samordnad individuell plan (SIP) för att stärka samverkan kring barn och unga.
- Psykisk hälsa införs i läroplanen för att göra barn och unga bättre rustade att ta hand om sitt psykiska mående, på samma sätt som fysisk hälsa ingår i läroplanen.
- Det genomförs en satsning för att kapa köerna till barn- och ungdomspsykiatri.
- Tvångsvård och tvångsinsatser gentemot barn och unga minskar.
- Barn inte vårdas tillsammans med vuxna, om det inte är för barnets bästa.
- Det blir lättare för barn och unga att klaga på vården och omsorgen, byta vårdgivare och att få upprättelse och kompensation för skador som kan ha uppstått.

Barn och unga behöver få ett ökat inflytande över sin vård

Barn och unga är experter på sitt eget mående, och när de mår dåligt utvecklar de sina egna strategier för att klara sig i skolan, bland vänner och i familjen. Om samhällets hjälp ska bli bra krävs det att samhället lyssnar på varje barn och ung person och utformar ett stöd tillsammans med dem som både bygger på vårdens kunskap om psykisk hälsa och på barn och ungas egna upplevelser och erfarenheter.

Det handlar om att ta reda på hur unga formulerar sina behov, hur de upplever bemötandet och inte minst – hur de upplever effekterna av insatserna. Detta måste sedan också samlas ihop, systematiseras och analyseras av verksamheterna tillsammans med de unga och deras anhöriga för att skapa kunskap på verksamhetsnivå.

NSPH vill därför att

- Vården och omsorgen följer upp sina resultat utifrån värden och mått som barn, unga och deras anhöriga varit med och formulerat.
- Fler barn, unga och anhöriga är med och utvärderar och förbättrar vårdens och omsorgens kvalitet.
- Fler verksamheter som möter barn och unga använder metoder som stärker dialogen mellan personalen och de unga.
- Barn och unga ges möjlighet att bli mer aktiva i planeringen och uppföljningen av de insatser de tar emot.
- Att övergången till vuxenpsykiatri sker på ett flexibelt och individanpassat sätt.

Begreppsdefinitioner:

Barn och unga

Barn definieras enligt svensk lagstiftning och barnkonventionen som personer mellan 0–18 år. Unga är enligt den svenska ungdomspolitiken personer mellan 13–25 år. Inom denna grupp skiljer sig enskildas situation i stor utsträckning, inte minst vad gäller i vilken utsträckning en har rätt att fatta beslut om sitt eget liv där ökat inflytande ges i samband med ålder, och där man blir myndig vid 18. I att vara ungdom ingår en process av att övergå från barndomen till vuxendomen, där stora omställningar sker och där olika unga har mycket olika förutsättningar.

NSPH:s kunskap om barn och ungas psykiska hälsa

I projektet "Växa och må bra" har NSPH under 2017–2019 utvecklat metoder för delaktighet och inflytande för ungdomar med erfarenhet av psykisk ohälsa. Där samarbetade NSPH med en handfull verksamheter för att ge dem möjlighet att utveckla ett systematiskt förbättringsarbete tillsammans med de ungdomar som de vänder sig till.

Projektet tog fram studiematerialet Ta mig på allvar. NSPH har också tagit fram ytterligare två skrifter som specifikt förmedlar barn- och ungas upplevelser - *Ingen har frågat hur jag mår* och *Lyssna på oss*.



Diskriminering på grund av psykisk ohälsa

Risken för diskriminering av personer med psykisk ohälsa är allvarlig av många skäl – inte minst för att den rör en stor grupp i samhället. Diskriminering är också dyrt. OECD redovisar att kostnaderna för den psykiska ohälsan i Sverige per år beräknas uppgå till över 70 miljarder. Hälften av dessa kostnader hänförs till produktionsbortfall relaterade till kostnader för sjukfrånvaro. Psykisk ohälsa är numera den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden.

Kunskapen om diskriminering på grund av psykisk ohälsa behöver öka i samhället

Diskriminering bidrar till detta utanförskap från arbetsmarknaden – var fjärde person med psykisk ohälsa har känt sig diskriminerad när det gällt att få ett arbete och hälften har avstått från att söka ett arbete under det senaste året. De med psykisk ohälsa som har arbete tjänar i snitt mindre än hälften av genomsnittsbefolkningen. Fyra av tio har valt att inte berätta om sin psykiska ohälsa på sin arbetsplats.

Diskriminering är dessutom olagligt – Diskrimineringslagen förbjuder diskriminering på grund av en funktionsnedsättning, däribland en psykisk funktionsnedsättning såsom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller långvarig psykisk ohälsa. Detta skydd gäller inom en mängd områden i samhället, såsom arbete, utbildning och hälso- och sjukvård. Trots det har personer med psykisk ohälsa som grupp på olika sätt de sämsta levnadsvillkoren i samhället. Till exempel är livslängden för personer med allvarlig psykisk ohälsa, exempelvis schizofreni, bipolär sjukdom, samsjuklighet, samt vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, är kraftigt förkortad jämfört med genomsnittet. Samtidigt drivs mycket få ärenden om diskriminering på grund av psykisk ohälsa.

NSPH vill därför att

- Det initieras mer forskning och nationella kartläggningar kring diskriminering av personer med psykisk ohälsa.
- Det på alla nivåer i samhället tas fram handlingsplaner som motsvarar de behov som genom kartläggningar uppdagas, som också implementeras.
- Det verkas för att fler pilotfall om diskriminering av personer med psykisk funktionsnedsättning drivs så att prejudikat skapas.
- Kunskapen om antidiskriminering och psykisk ohälsa hos myndigheter, vårdgivare och arbetsgivare ökar.

Det juridiska skyddet behöver skärpas

År 2015 tillkom ett skydd mot en ny form av diskriminering som rör just personer med funktionsnedsättning som kallas för bristande tillgänglighet. Detta är en mycket viktig förändring, men vad denna förändrade lagstiftning i praktiken innebär för personer med psykisk ohälsa är fortsatt otydlig. Det beror på att det inte framgår tydligt i lagstiftningen och att det inte ännu har drivits nog med ärenden juridiskt för att skapa prejudikat som kan vägleda hur lagen ska tolkas.

En annan brist är att diskrimineringslagen, som omfattar ett antal samhällsområden, inte gäller i alla situationer i samhället. Ett av områdena som i dagsläget inte omfattas är rättsväsendet, utöver det bemötande som ges av de offentligt anställda. Det är vanligt att många i NSPH:s målgrupp upplever hela domstolsprocessen som diskriminerande då tillräckliga anpassningar inte görs vilket kan äventyra enskildas rätt till en rättvis rättegång.

Personer som diskriminerats på grund av psykisk ohälsa mäktar många gånger inte med att driva ärenden om diskriminering efter att de har missgynnats på grund av en psykisk funktionsnedsättning. Många gånger kämpar personer med psykisk funktionsnedsättning med att få livet att gå ihop, och en erfarenhet av att diskrimineras kan göra detta ännu svårare. Två samhällsområden där många upplever sig missgynnade inom på grund av sin psykiska ohälsa är socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Detta innebär att den diskrimineringen personer utsätts för också kan innebära att de blir utan den vård eller det stöd de har behov av och rätt till. Det som då hamnar i fokus är att få livet att fungera, och det kan ta tid innan man känner sig redo att ta sig an en anmälan.

NSPH vill därför att

- Rättsväsendet införs som ett samhällsområde i diskrimineringslagen.
- Det tas fram en vägledning för hur bestämmelsen om bristande tillgänglighet ska tolkas vad gäller psykisk funktionsnedsättning och att det prioriteras att få fram prejudikat.

- Diskrimineringslagens nuvarande preskriptionstid på två år förlängs.
- Mer resurser ges till landets antidiskrimineringsbyråer så att de kan arbeta både diskrimineringsförebyggande och reaktivt, som till exempel med medling och drivandet av ärenden.

Personer med psykisk ohälsa får inte sina befintliga rättigheter tillvaratagna

Att driva ett ärende om diskriminering ställer krav på sådant som personer med psykisk funktionsnedsättning ofta behöver stöd med. Det ställer exempelvis krav på exekutiva funktioner – att initiera, organisera och slutföra kognitivt krävande uppgifter. Psykisk ohälsa har fortsatt ett stigma knutet till sig, något som gör att många upplever mycket skam efter att ha diskriminerats till följd av en psykisk funktionsnedsättning – något som också gör att det blir mer krävande att ta sig an att driva ett ärende.

Många blir över tid vana vid ett kränkande bemötande och agerar därför inte på det. Andra har erfarenhet av att behandlas illa av aktörer i samhället på sätt som inte omfattas av diskrimineringslagen, men har inte kunskap om de andra lagar, aktörer och sätt som ska ge ett skydd mot den sortens upplevelser. För att de rättigheter som finns i lagar och regler ska ge faktisk effekt i människors liv, också behöver finnas en möjlighet att rådges och vägledas kring detta för personer som lever med psykisk ohälsa.

NSPH vill därför att

- [Klagomålssystemet och tillsynsmyndigheters arbete för personer med psykisk ohälsa tillgängliggörs, förstärks och förtydligas.](#)
- [Det skapas fler stödinstanser utifrån målgruppens behov, så som personligt ombud och medborgarkontor, till dess att myndigheter börjat arbeta på ett tillgängligt sätt. Dessa behöver utformas och baseras på behoven hos personer med psykisk ohälsa i den enskilda kommunen.](#)
- [Det inrättas en permanent, oberoende och kostnadsfri rådgivning om rättigheter för personer med psykisk ohälsa.](#)

Begreppsdefinitioner:

Diskriminering

Diskriminering innebär att en person särbehandlas på ett sätt som leder till en negativ effekt för en på grund av vem hen är, vad hen tycker eller hur hen lever. Det kan handla om att inte ges samma möjligheter som arbetssökande, att utsättas för trakasserier eller att verksamheter inte är tillgängliga för en.

För att det ska räknas som diskriminering i juridisk mening behöver det finnas ett orsakssamband till en av diskrimineringsgrunderna, exempelvis psykisk funktionsnedsättning. Den negativa särbehandlingen behöver också ske inom ett av de samhällsområden som skyddas av diskrimineringslagen.

Prejudikat

Ett prejudikat är ett tidigare domstolsbeslut som blir vägledande i senare mål med liknande omständigheter. Genom prejudikat blir det tydligare hur en viss juridisk bestämmelse ska tolkas i praktiken.

Bristande tillgänglighet

Bristande tillgänglighet är när en person med en funktionsnedsättning missgynnas genom att en verksamhet inte genomför skäligen tillgänglighetsåtgärder för att den personen ska komma in i jämförbar situation med personer utan denna funktionsnedsättning.

NSPH:s kunskap om diskriminering på grund av psykisk ohälsa

NSPH drev 2014–2017 projektet "Din Rätt" som syftade till att motarbeta diskriminering på grund av psykisk ohälsa. En rådgivning för personer med psykisk ohälsa som upplevde sig ha blivit orättvist behandlade på grund av denna bedrevs, dit 450 personer hörde av sig.

Projektet tog med bakgrund av dessa samt cirka 200 artiklar och publikationer fram rapporten *Diskriminering i samband med psykisk ohälsa – en kunskapsöversikt* samt webbsidan Din Rätt-kompassen.



Rättspsykiatrisk vård

Varje år vårdas runt 2000 personer i rättspsykiatrisk vård efter att ha bedömts begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning (APS). Sverige utmärker sig från övriga västvärlden med att inte ha ett krav på tillräknelighet för att kunna fälla någon till ansvar för ett brott, vilket gör att den rättspsykiatriska vården har ett tredelat uppdrag – det handlar om påföljd, vård och samhällsskydd. Detta har under lång tid fått kritik, diskuterats och utretts med politisk enighet i att en förändring borde ske. Senast i Psykiatrilagsutredningen 2012 och innan det i Psykansvarskommittén 2002, dock utan att någon förändring hittills har skett.

Strukturer och system bidrar till stigmatisering

Samhällets fokus på straff och samhällsskydd överskuggar fokus på vård, stöd och återhämtning i rättspsykiatri, både i den mediala bevakningen av området och inom vårdprofessionen. Detta leder till en hög grad av stigmatisering samt självstigmatisering för personer som fått rättspsykiatrisk vård. Media lyfter ofta exempel på grova vålds- och sexualbrott och svåra personlighetssyndrom när de beskriver rättspsykiatri. Detta trots att den sortens brott är en minoritet av de som målgruppen dömts för och trots att dessa diagnoser rent statistiskt inte förekommer mer inom rättspsykiatri än i normalbefolkningen. Att rättspsykiatrisk vård är något som beslutas om inom rättsväsendet innebär också att patienten drabbas av den brist på kunskap om psykisk ohälsa som finns i rättsväsendet. Yrkesverksamma har i regel en låg kunskap och nivån av anpassningar för att säkerställa kognitiv tillgänglighet i den komplexa processen är i princip obefintliga.

Vi ser att det fokus på brott och straff som finns i samhället leder till en stigmatisering som försämrar vården och bidrar till svårigheter för patienter och deras anhöriga att få sina rättigheter tillvaratagna. Gällande brottslagstiftning och verksamhetsrutiner som ofta finns gör det svårare för patienten att bli delaktig i sin egen vård, exempelvis genom att inte få tillgång till sin journal via 1177 eller att få delta på ronder. Det gör

också vägen tillbaka till ett friskare liv utan återfall i brott svårare och krångligare än vad den skulle behöva vara.

NSPH vill därför att

- Tillräknelighetskravet återinförs i svensk lagstiftning. Som ett steg på vägen dit ska påföljden i form av frihetsberövande ska tidsbestämmas i proportion till brottet, likvärdigt med att dömas till fängelse.
- Målområdena för rättspsykiatri - påföljd, vård och samhällsskydd - förtydligas och separeras för att vårdmålet bättre ska kunna följas upp.
- Det satsas på utbildning inom bemötande, stigma och epistemologi för personal som möter patienter i rättspsykiatri.
- Det ges möjlighet för patienter att delta i arbete med självstigma, egenmakt och återhämtning på alla rättspsykiatriska kliniker.
- Kunskapen om psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser ökar inom rättsväsendet.
- Man i media och offentlig debatt bidrar till en avstigmatisering genom att säkerställa att gruppen inte lyfts fram på ett ensidigt och missvisande sätt, samt genom att lyfta hoppfulla exempel och egna erfarenheter.

Vården behöver få ett meningsfullt och återhämtningsinriktat innehåll

Själva vården upplevs ofta innehållsfattig med stort fokus på medicinering, inte sällan med lugnande läkemedelsbehandling som syfte och vårdskador som följd. Vården är också långvarig. Till skillnad från att dömas till fängelse finns det ingen bestämd vårdtid, utan den beslutas ett halvår i taget genom Förvaltningsrätten. Snittvårdtiden är 5–7 år, men kan uppgå till flera decennier. De flesta patienter har också haft kontakt med andra delar av psykiatri innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.

För att utskrivning ska ske krävs att den ansvariga läkaren bedömer patienten som färdigbehandlad och redo för utslussning mot öppenvård. Personens hemkommun behöver då också samverka för ordnat boende, stödinsatser och sysselsättning. Vid SUP (Särskild Utskrivningsprövning) är det Förvaltningsrätten som ensam fattar beslutet om utskrivning, dock oftast på läkares inrådan och under förutsättning att kommunens insatser är på plats. Om samverkan i olika bedömningar då brister mellan region och kommun, händer det att färdigbehandlade personer blir kvar på avdelning trots att de borde få möjlighet att bo utanför sjukhusinrättningen. Detta har kritiserats av Justitieombudsmannen (JO) som menar att konsekvenserna för dessa patienter blir allvarliga. Ju tidigare god vård kan erbjudas, desto kortare kan vårdtiderna bli.

NSPH vill därför att

- En evidensbaserad och rättssäker vård av god kvalitet säkerställs där följsamhet till nationella riktlinjer för olika tillstånd ökar, meningsfulla aktiviteter erbjuds under vårdtiden och anpassade behandlingar tillhandahålls, exempelvis för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och beroende.
- Särskilda nationella riktlinjer tas fram för hur rättspsykiatrisk vård ska bedrivas utifrån påföljd, vård och samhällsskydd, hur stödinsatser för patientgruppen ska samordnas och hur delaktighetsmodeller ska implementeras i den rättspsykiatriska vården.
- En vårdplan tillsammans med varje individ upprättas, uppdateras och efterföljs.
- Möjligheten att få en second opinion av sitt hälsotillstånd stärks.
- En nollvision för vårdskador införs och eftersträvas i alla lägen - genom noggrann och ansvarfull förskrivning samt uppföljning av läkemedel. Enskilda ska även ges information om rättigheter till skadestånd vid vårdskador.
- Det sker satsningar på att arbeta återhämtningsinriktat inom rättspsykiatrin.
- Den fysiska miljön på rättspsykiatriska kliniker samt hur denna påverkar återhämtning ses över samt blir tillgänglig för personer med exempelvis autism.
- Kravet på patientavgift vid rättspsykiatrisk vård tas bort.
- Samordningen med kommunen förbättras vid utslussning och att det skapas anpassade boendernalternativ i samhället för att möjliggöra utskrivning.
- Det sker en undersökning av hur allmänpsykiatrin kan bli bättre på att förebygga och förhindra att personer begår brott.

Rätten till delaktighet och information behöver stärkas

Vi på NSPH är övertygande om att resultaten av vården blir bättre om man som patient görs delaktig och får inflytande över sin egen vård. Inom rättspsykiatrin saknas detta ofta än mer än i annan psykiatrisk vård till följd av den brottslagstiftning som begränsar patienternas rättigheter samt det samhällsskyddande perspektiv som överskuggar vårdperspektivet. Trots att personer som vårdas inom rättspsykiatrisk vård är en heterogen grupp med vitt skilda behov ser vi att generella lösningar ofta används. Såväl personen själv som den rättspsykiatriska vården och samhället i stort vinner på att varje individ får den vård de behöver för att kunna skrivas ut.

NSPH vill därför att

- Patienter inom rättspsykiatri ska ha rätt att läsa sin journal på 1177 samt få delta i alla delar av vårdprocessen.
- Patienter inom rättspsykiatri ska ha rätt att kunna överklaga tvångsåtgärder.
- Anhöriga ska involveras i den rättspsykiatriska vården i högre utsträckning samt få bättre information om hur den rättspsykiatriska vården bedrivs och de omständigheter som omgärdar den.
- Alla vid behov, och i alla delar av vårdprocessen, ska få möjlighet till ett oberoende stöd om ens behov och rättigheter inte tillgodoses.
- Möjligheten till delaktighet i den komplexa juridiska processen och framställan till Förvaltningsrätten ökar.
- Aktiva åtgärder vidtas för att utjämna maktobalansen mellan personal och patient.

NSPH:s kunskap om rättspsykiatri

I projektet "Inflytande i rättspsykiatri" (2020–2023) har NSPH arbetat för att inspirera och stärka personer med egen erfarenhet av rättspsykiatrisk vård att bli mer delaktiga. Både i den egna vårdprocessen och i utvecklingen av vården i stort. Projektet har samverkat med sex rättspsykiatriska kliniker samt lokala brukarföreningar för att samla in kunskap och lyssna på patienters erfarenheter.

Projektet har arbetat med att utforska och dokumentera olika metoder för ökat patientinflytande inom rättspsykiatri, såsom till exempel Patientforum, brukarstyrda brukarrevisioner, fokusgrupper och studiecirkelverksamhet bland annat i materialet *Din egenmakt* och *Återhämtningsguiden*.

Begreppsdefinitioner

Allvarlig psykisk störning (APS)

Ett juridiskt begrepp som återfinns i brottsbalken. En person som har en allvarlig psykisk störning har oftast flera psykiatriska diagnoser, och det som avgör om en person lider av en allvarlig psykisk störning är effekterna av den psykiska ohälsan eller beteendestörningen.

Tillräknelighet

Ett straffrättsligt begrepp som betyder att den enskilde uppbär straffansvar vid begånget brott. I internationell jämförelse är det ovanligt att ha den konstruktion som Sverige har, att hänsyn till allvarlig psykisk störning tas vad gäller påföljd snarare än vad gäller ansvar för brottet. Tillräknelighetsläran, som ligger till grund för resonemangen, appliceras i de flesta länder i västvärlden i ansvarsledet i stället för i påföljdsledet.

Epistemologi

Läran om vad man kan veta och hur man kan nå kunskap. Vid epistemisk orättvisa, som ofta uppstår i strukturer präglade av maktobalans, betraktas den ena parten som mindre kunnig eller trovärdig, enbart på grund av vem man är eller anses vara.

Särskild utskrivningsprövning (SUP)

SUP kan följa med en dom till rättspsykiatrisk vård och innebär att det är förvaltningsrätten (domstolen) som fattar beslut om vården, i stället för en chefsöverläkare. Besluten gäller till exempel frigång, permission och hur länge vården ska pågå. För 76 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2021 var vårdformen rättspsykiatrisk vård med SUP.





Samsjuklighet med skadligt bruk och beroende

Samsjukligheten mellan psykiatriska diagnoser och skadligt bruk och beroende är stor. Majoriteten av de personer som vårdas för skadligt bruk eller beroende har också vårdats för ett annat psykiatriskt tillstånd. De två tillstånden kan också påverka varandra – psykisk ohälsa kan leda till att personer utvecklar ett skadligt bruk eller beroende, och vice versa. Personer med psykiatriska tillstånd och skadligt bruk och beroende är också en högriskgrupp för suicid.

Stigmatisering gör att personer med samsjuklighet inte prioriteras

Det har historiskt funnits ett moraliserande perspektiv kring skadligt bruk och beroende där det har setts som personens eget val och ansvar. Idag vet vi att beroende är ett behandlingsbart tillstånd. Det finns alltså en omfattande stigmatisering i samhället (även inom vården) som beror på okunskap, negativa attityder och diskriminerande beteenden.

Det behövs riktade insatser för att öka kunskapen och minska negativa attityder och diskriminerande beteende för att bättre hjälpa dem som berörs. Vi ser ett behov av att röra sig bort från ett moraliserande perspektiv på samsjuklighet där man historiskt bemött personer utan förståelse för deras livsvillkor - som att det är deras eget fel att de hamnat där. Ett sådant förändrat synsätt ser vi som mer humant och demokratiskt, men också mer effektivt för att hjälpa personen till ökad hälsa och ett så gott liv som möjligt genom att tillsammans med vård- och stödpersonal hantera situationen på bästa sätt. Utformning av stöd och behandling måste utgå från en evidensbaserad praktik, dvs en sammanvägning från senaste kunskap från forskningen och kunskap och erfarenheter från patienter, anhöriga och profession.

Stigmatiseringen tar sig uttryck i enskilda möten mellan patient och vårdgivare, men också på beslutsfattande nivåer. Samsjuklighet som vård-

och stödområde har under lång tid varit lågprioriterat, underfinansierat och underbemannat. I frågor om diskriminering har det setts som ett socialt problem och därför inte omfattats av diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning och skyddat enskilda mot missgynnanden till följd av ett beroendetillstånd. Denna kombination av omfattande stigmatisering och bristande skydd har en stor negativ inverkan på livsvillkoren för personer med samsjuklighet. Vi ser behov av ökade satsningar på vården och omsorgen för denna målgrupp. Resurser behöver tillföras och nya metoder och arbetssätt utvecklas för att ligga i linje med nya riktlinjer för vård och implementera de nya forskningsrön som finns.

NSPH vill därför att

- Det genomförs satsningar för att minska stigmatiseringen kring dessa tillstånd, exempelvis implementering av handlingsplaner i hälso- och sjukvården som utgår från en förståelse för målgruppens behov i syfte att förändra kulturer och synsätt i vården.
- Målgruppen personer med samsjuklighet prioriteras högre av regionala beslutsfattare genom att exempelvis större resurser prioriteras för utveckling av denna del av vården.
- Resurser som även tar höjd för att det är kulturer som behöver förändras avsätts för att ge rätt förutsättningar till en god och samordnad vård vid samsjuklighet.
- Personer med beroende får ett starkare skydd av diskrimineringslagen.

Vården vid samsjuklighet behöver bli mer flexibel och sammanhållen

Att få snabb hjälp när motivationen finns är ofta avgörande för en framgångsrik behandling av ett beroendetillstånd. I dagsläget är personer med samsjuklighet inte en målgrupp vars behov prioriteras inom vården, trots det stora lidande som individerna och deras anhöriga ofta går igenom. Dagens insatser präglas av fragmentisering, stuprörstänkande med klyftor och glapp mellan verksamheter.

I ett tidigt skede av samsjuklighet är individen i störst behov av vård och behandling, men ju längre samsjukligheten pågår, desto större blir behovet av socialt stöd såsom boende och sysselsättning. Insatserna utgår inte från personens samlade behov, vilket gör att de berörda individerna alldeles för ofta faller mellan stolarna. Många gånger förbises också det behov av somatisk vård som målgruppen har. Det är oacceptabelt att så många med denna problematik har så dålig hälsa, något som resulterar i en stor överdödlighet.

Anhöriga utgör ofta en oerhört viktig del i sina närståendes återhämtning och har ofta en oerhört svår situation i sitt anhöringskap till personer med samsjuklighet. Att säkerställa att de kan få ta del av stöd för sin egen situation är i sig hälsofrämjande, både för den individ som personen är anhörig till och den anhöriga själv. Många anhöriga berättar om den vanmakt de känner och

bristen på stöd och rådgivning. Det påverkar den egna hälsan och leder till konfliktyllda relationer. I värsta fall också till hot och våld. De insatser som erbjuds måste därför också ha en stor bredd. Dagens anhörigstöd sker ofta via möten med andra anhöriga, men vi efterfrågar också möjlighet till individuellt kurativt och psykologiskt stöd, inklusive möjligheterna till anhörigskydd när relationen utvecklats i en destruktiv riktning.

NSPH vill därför att

- Vården och stödet i högre grad utgår ifrån evidens samt att mer forskning kring samsjukliga tillstånd prioriteras.
- Vården vid samsjuklighet utgår ifrån ett hälsoperspektiv.
- Samordningen mellan olika mottagningar och verksamheter förbättras.
- Samverkansavtal upprättas mellan kommuner, regioner och andra relevanta aktörer med syftet att säkra ett anpassat och sammanhållet stöd.
- Det finns möjlighet att få stöd av ett personligt ombud i alla landets kommuner.
- Det behov av somatisk vård som personer med samsjuklighet har tillgodoses.
- Tidiga insatser görs tillgängliga vid samsjuklighet.
- Anhöriga ses som en resurs och görs delaktiga i vården av personer med samsjuklighet samt att vården motiverar den som vårdas att inkludera sina anhöriga i de fall detta inte är uppenbart olämpligt.
- Anhörigstödet för personer som är anhöriga till personer med samsjuklighet utvecklas och förstärks.
- Insatser görs för att öka allmänhetens, vårdens och socialtjänstens kunskaper, och att därtill insatser för att minska negativa attityder och diskriminerande beteenden gentemot personer som lever med samsjuklighet.

Personer med samsjuklighet behöver göras delaktiga i sin vård

Personer med samsjuklighet är en bred grupp med en mängd olika behov. Behovet av medicinska respektive sociala insatser kan se oerhört olika ut från person till person, bland annat beroende på vilken sorts psykisk ohälsa personen lever med och hur länge samsjukligheten har pågått. Det behöver därför finnas en flexibilitet kring vilka lösningar som kan erbjudas vad gäller vård och stöd. Ju bättre denna individanpassning blir utifrån den enskildes behov, desto större sannolikhet är det att behandlingen blir framgångsrik. För vissa grupper blir bristande lyhördhet, inflytande och delaktighet mer skadligt än andra – för personer inom psykiatri generellt och personer med samsjuklighet specifikt.

Vi ser bland annat att tilliten till vården ökar i relation till hur starka strukturerna för brukarmedverkan är i verksamheterna. Egnerfaren kunskap behöver ses som den viktiga empiriska kunskapskälla det är i form av ett företrädarskap för en större samlad erfarenhet att ta med i utvecklingen av insatserna. Eftersom tillitsbristen till vården är ett återkommande hinder bör arbetet med att öka tilliten få prioritet i utvecklandet av denna del av vården.

NSPH vill därför att

- Regioner satsar på att implementera och utöka metoder som stödjer individens delaktighet och inflytande i vården av personer med samsjuklighet.
- Peer support införs på fler mottagningar och vårdenheter.
- Insatser utvecklas för målgruppen genom brukarrevision och Patientforum.

Begreppsdefinitioner

Samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att ha två eller fler sorters ohälsa samtidigt, i detta intressepolitiska område avses psykisk ohälsa och skadligt bruk/beroende. Detta kallas ibland också för dubbeldiagnos. För att kunna få vård och stöd för båda tillstånden samtidigt ställs ett högre krav på samordning. Samsjuklighet är vanligt hos personer med beroende – en majoritet av personer med beroendeproblematik har enligt Socialstyrelsens kartläggning visat sig också haft psykisk ohälsa, och omvänt är också personer med psykisk ohälsa är överrepresenterade inom beroendevården.

Skadligt bruk och beroende

I Sverige används olika begrepp för konsumtion av exempelvis alkohol och narkotika. Skadligt bruk innebär ett en användning av substanser som leder till negativa konsekvenser – exempelvis att ens hälsa eller relationer försämras. Detta kallades tidigare för missbruk, en term som idag ses som vag och stigmatiserande. Ett beroende är ett allvarligare tillstånd som inkluderar bland annat kontrollförlust, somatisk tillvänjning och fortsatt intag trots allvarliga konsekvenser. Skadligt bruk och beroende utgör diagnoser i diagnosmanualen ICD-10.



Äldres psykiska hälsa

Många äldre personer lever idag med psykisk ohälsa. Depressiva besvär bland äldre personer är så pass vanligt att det kan beskrivas som ett folkhälsoproblem. Drygt var tredje kvinna och var femte man över 77 år anger i undersökningar att de har ångest. I gruppen män över 85 år är suicid fortfarande nästan tre gånger vanligare än bland män under 30 år. Samtidigt är det vanligare bland äldre kvinnor att uppge psykiska besvär, så som ångest och depression, och äldre kvinnor använder antidepressiva mediciner i högre utsträckning. Trots att den psykiska ohälsan bland äldre är ett omfattande samhällsproblem kämpar många äldre personer utan att få rätt diagnos, stöd och behandling.

Den grupp som lite slarvigt brukar kallas "äldre" innefattar ungefär två miljoner människor. Det är en spretig grupp av människor, med stora skillnader i ekonomi, hälsa och möjligheter till egenmakt. Att bli äldre innebär därmed väldigt olika saker för de som levt ett "friskt" liv med stort socialt nätverk och god ekonomi och för de som levt ett isolerat liv med psykisk ohälsa och stora behov av vård och omsorg. För de äldre som levt länge med psykisk ohälsa kan behoven av vård och omsorg vara särskilt stora. NSPH:s ståndpunkter kring området omfattar både äldre personer som utvecklar psykisk ohälsa senare i livet såväl som äldre som levt länge med diagnostiserad psykisk ohälsa.

Stigma och okunskap leder till bristande vård för äldre

Det stora stigma och den bristande kunskapen medför att psykisk ohälsa inte alltid uppmärksammas hos äldre – varken av den äldre själv eller av omgivningen. Det kan delvis förklaras av att äldres psykiska besvär ibland tar sig uttryck som fysiska besvär. Okunskapen och stigma kring åldrande och psykisk ohälsa gör också ohälsan svår att upptäcka.

Fördomar och stereotypa föreställningar kring äldre kan även medföra att allvarliga sjukdomar och tillstånd som ätstörningar, självska debeten eller beroendeproblematik bland äldre inte uppmärksammas. Äldre personer med psykisk ohälsa går helt enkelt oupptäckta av samhällets

stödfunktioner och riskerar därmed att bli marginaliserade och utan den hjälp de kan ha behov av. Bara i undantagsfall behandlas exempelvis äldre personer med terapeutiska insatser och äldre får mer sällan tillgång till en specialist inom psykiatrin än befolkningen i stort.

Läkemedelsanvändningen är generellt högre bland äldre personer. Känsligheten för läkemedel ökar med åldern och därmed även risk för biverkningar. Då det är vanligare att äldre personer använder flera mediciner samtidigt finns också en ökad risk för läkemedelsförgiftning. Äldre personer får inte heller alltid korrekt information om sin medicinering.

Den diskriminering som äldre riskerar att utsättas för genom att de får sämre vård och stöd vid psykisk ohälsa jämfört med den övriga befolkningen är oacceptabel. Det krävs mer kunskap tillsammans med ett målmedvetet antistigmaarbete för att ändra attityder och fördomar kring äldre och deras psykiska hälsa. Det är också avgörande för att äldre med psykisk ohälsa ska få den vård och stöd de har behov av och därigenom få sina rättigheter tillgodosedda.

NSPH vill därför att

- Äldre ska erbjudas samma rätt till psykiatrisk och psykologisk behandling som de under 65 år. Vårdformerna och behandlingsformerna som vänder sig till äldre behöver bli fler, så som en utvecklad psykiatrisk mellanvård samt en specialiserad öppenvård för äldre.
- Äldrepsykiatrin byggs ut och erbjuds i alla regioner. Det är centralt för att äldre ska få tillgång till en god och jämlik vård samt för att öka kunskapen om åldrande och psykisk ohälsa.
- Äldre personer behöver få korrekt och tydlig information vid förskrivning av läkemedel för att minska risken för biverkningar, beroende och läkemedelsförgiftning.
- Hälsöfrämjande insatser prioriteras i vården för äldre med psykisk ohälsa eller som riskerar att utveckla psykisk ohälsa.
- Kunskapen hos professionen som möter äldre ökar för att de lättare ska kunna identifiera och behandla psykisk ohälsa. Utöver specifik specialistkunskap behöver det erbjudas kompetenshöjande insatser som vänder sig till flera yrkesgrupper som möter äldre i sitt dagliga arbete.
- Kunskap och verktyg som utgår från ett tydligare mångfaldsperspektiv kring äldre och psykisk ohälsa ökar. Det är nödvändigt för att kunna identifiera, förebygga och behandla psykisk ohälsa, samt för att kunna möta olika gruppers behov genom exempelvis riktade stödinsatser.
- Riktade insatser för att öka kunskapen bland äldre med psykisk ohälsa om vad det innebär att åldras med psykisk ohälsa genomförs.

- Mer forskning bedrivs för att öka kunskapen om att åldras med psykisk ohälsa, psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Exempel på detta är att åldras med beroende, ätstörningar, bipolär sjukdom, schizofreni, samsjuklighet och neuro-psykiatriska funktionsnedsättningar som är områden där kunskapsluckorna är särskilt framträdande.
- Användningen av metoder som stärker dialog och som involverar äldre personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga i planering, uppföljning och utvecklingen på ett aktivt sätt behöver öka.
- Arenor för samtal om psykisk ohälsa med möjlighet för personer med egen erfarenhet att få formulera sina behov och önskemål om stöd skapas.

Vård och stöd behöver utformas och utgå från äldres behov

Vård och insatser för äldre erbjuds idag genom en mängd verksamheter och nivåer inom den regionala hälso- och sjukvården, såväl som inom den kommunala sjukvården och omsorgen. Det finns idag en otydlighet kring vilket stöd som finns för äldre med psykisk ohälsa, samt vilka instanser som erbjuder insatser till denna grupp. Det finns även en påtaglig risk att äldre med psykisk ohälsa faller mellan stolarna efter 65, vilket exempelvis kan leda till att de blir av med insatser.

Vård och omsorg uppfattas generellt som otillgänglig och komplicerad av denna grupp. Det bidrar till en osäkerhet som gör att många äldre avstår från att söka vård och stöd. Det finns dessutom en misstro och ett lågt förtroende för vården bland många äldre som levt länge med psykisk ohälsa.

NSPH vill därför att

- Äldre med psykisk ohälsa erbjuds stöd och insatser baserat på behov och därmed inte riskerar att bli av med eller få minskat stöd efter 65.
- Vård och övriga stödsystem blir mer tillgängliga och anpassas utifrån äldres förutsättningar och behov. Det innefattar att informera om rättigheter, tydliggöra vilka verksamheter som ger vilka insatser, erbjuda fasta vårdkontakter, bättre uppföljning, samt hembesök eller tillgång till omvårdnadsteam vid behov. Tillgängligheten behöver också säkerställas genom att erbjuda olika lösningar för personer som inte har digital vana eller tillgång till digitala hjälpmedel.
- Hälso- och sjukvården genomför insatser för att öka förtroendet bland äldre med psykisk ohälsa och anhöriga. Exempelvis genom att aktivt bjuda in och lyssna till äldre med psykisk ohälsa och anhöriga i utformning av vård och omsorg, samt genom kunskapshöjande insatser för professionen.

- Vården och omsorgen behöver följa upp sina resultat systematiskt och regelbundet utifrån vården och resultat som äldre själva varit med och formulerat.
- Funktionen peer support används och riktas specifikt mot gruppen äldre inom hälso- och sjukvården för att öka förtroendet för dessa verksamheter.
- Det blir lättare för äldre att klaga på vården och omsorgen, byta vårdgivare och att få upprättelse och kompensation för skador och bristfällig vård.

Fler sociala insatser behövs tillsammans med en ökad samverkan

Den psykiska ohälsan hos äldre går i många fall att förebygga eller minska. Några viktiga förebyggande faktorer är tillgång till social gemenskap, socialt stöd, fysisk aktivitet och meningsfullhet i vardagen. Samtidigt kan det ibland vara svårt för äldre personer som mår dåligt att orka eller ha möjlighet att delta i sociala sammanhang. Det kan därför finnas ett extra behov av stöd för att kunna delta i sociala aktiviteter. De många åtgärder som kan förebygga psykisk ohälsa och stärka psykiskt välbefinnande bland äldre måste bättre tas till vara. Här spelar även det civila samhället en viktig roll.

Det finns idag också glapp mellan de verksamheter som erbjuder vård och stöd till äldre, vilket bidrar till att äldre personer med psykisk ohälsa inte får del av insatser och stöd som de kan ha behov av och att det ofta hamnar på anhöriga att fånga upp sämre perioder.

NSPH vill därför att

- Äldre med psykisk ohälsa erbjuds fler sociala aktiviteter, samt stöd för att kunna delta i dessa. Uppsökande verksamhet för att nå äldre med psykisk ohälsa behöver ske i högre utsträckning. Aktiviteterna behöver utformas med hänsyn till att denna grupp generellt har en begränsad ekonomi.
- Tillgången till betydelsefulla insatser för ökad social delaktighet, så som kontaktperson och boendestöd, ökar och beviljas även för personer över 65 år.
- Det skapas fler mötesplatser och samtalsgrupper där äldre personer med psykisk ohälsa får forma verksamheten eller samtalet utifrån deras förutsättningar, intressen och behov.
- Samverkan mellan de verksamheter som erbjuder vård och omsorg för äldre personer inom kommun och region stärks upp. Kompetensen och användningen av samordnad individuell plan (SIP) behöver öka bland den regionala och kommunala verksamheten.
- Samverkan mellan det offentliga och civilsamhället gällande området äldres psykiska hälsa behöver ske i högre utsträckning.

- Anhöriga ses som en resurs som vården samarbetar med som en likvärdig part. Fler stöd och riktade insatser för äldre anhöriga till personer med psykisk ohälsa behöver också tas fram.

Begreppsdefinitioner

Äldre

Begreppet "äldre" rymmer en spretig grupp av människor med skilda förutsättningar och levnadsvillkor. Världshälsoorganisationen (WHO) delar in gruppen i två kategorier; yngre äldre vilket innefattar personer mellan 65–79 år och äldre äldre vilket innefattar personer från 80 år och uppåt. I NSPH:s intressepolitiska program används termen "äldre" eller "äldre personer" om alla personer över 65 år. Här omfattas äldre personer som levt länge med psykisk ohälsa och äldre personer som utvecklat psykisk ohälsa först senare i livet.

Ålderism

Ålderism är ett komplext begrepp med olika definitioner och förklaringsmodeller. Förenklat innefattar begreppet stereotypa föreställningar och fördomar baserat på en persons ålder och är något som i förlängningen kan leda till diskriminering (Jönson et al., 2021). Det kan exempelvis handla om att en människas kunskaper, förmåga och värde bedöms utifrån ålder, att en person inte får tillgång till likvärdig vård och behandling, inte tillfrågas eller inkluderas i undersökningar eller får ett sämre bemötande på grund av sin ålder. Begreppet ålderism kan därmed hjälpa till att synliggöra den diskriminering som gruppen äldre riskerar att utsättas för på grund av sin ålder.

NSPH:s kunskap om äldre med psykisk ohälsa

Inom det Arvsfondsfinansierade NSPH-projektet "Åldras och må bra", 2019-2022, har äldre personer med psykisk ohälsa och äldre anhöriga fått dela med sig av sina erfarenheter av vård och omsorg. Dessa erfarenheter presenteras i rapporten *Se mig hela livet! Om äldre med psykisk ohälsa och äldre anhöriga* (2022).

Här finns vi på sociala medier



FACEBOOK: [facebook.com/NSPH.se](https://www.facebook.com/NSPH.se)



TWITTER: twitter.com/NSPHSverige



LINKEDIN: [linkedin.com/company/nsph-sverige](https://www.linkedin.com/company/nsph-sverige)



YOUTUBE: <https://www.youtube.com/user/NSPHPlay>



INSTAGRAM: [NSPHpodd](#)



NSPH:S PODD finns där du hittar poddar och på hemsidan: [nsph.se/podd](https://www.nsph.se/podd)

Prenumerera gärna på vårt **NYHETSBREV**. Registrera dig på [nsph.se/nyhetsbrev](https://www.nsph.se/nyhetsbrev)

Vill du veta mer om hur vi arbetar?

På www.nsph.se kan du ta del av NSPH:s analyser och ståndpunkter. Du kan också ladda ner eller beställa våra rapporter, kunskapssammanställningar, studie-cirklar och annat utbildningsmaterial.

