

# Intressepolitiskt program



*Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa*



## Om NSPH

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, är en organisation som samlar patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Nätverket har idag 14 medlemsorganisationer. Dessa organisationer är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Suicide Zero, Svenska OCD-förbundet, Spelberoendes Riksförbund, ÅSS och FMN.

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



## Förord

I maj 2023 antogs NSPH:s första intressepolitiska program. Det är på många sätt en historisk händelse att patient-, brukar- och anhörigrörelsen gemensamt enats om flera centrala frågor inom psykisk hälsa-området.

Det intressepolitiska programmet är resultatet av en demokratisk process och beslutas om på årsmötet. Programmet är ett levande dokument som fortsätter utvecklas allt eftersom nya ställningstaganden blir aktuella.

Till denna version har ytterligare två intressepolitiska områden arbetats fram: psykiatrisk tvångsvård och suicidprevention. Vi har även genomfört en större revidering av området barn och unga.

Det intressepolitiska programmet för 2024 innehåller nu:

- Anhöriga
- Barn och unga
- Diskriminering
- Psykiatrisk tvångsvård
- Rättspsykiatrisk vård
- Samsjuklighet med skadligt bruk och beroende
- Suicidprevention
- Äldre

Det intressepolitiska programmet är tänkt att fungera som en vägvisare för organisationens intressepolitiska arbete och kan förhoppningsvis vara ett stöd för NSPH:s medlemsorganisationer och representanter. Vi hoppas också att programmet ska inspirera och göra det möjligt för beslutsfattare på olika nivåer att se vad den samlade brukarrörelsen tycker är viktigt.

Nyckeln till ett samhälle som förebygger och behandlar psykisk ohälsa på ett bra sätt är att lyssna på oss patienter, brukare och anhöriga. Vi står redo att bidra.

**Conny Allaskog**

*Ordförande*

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH



# Innehåll

<b>Att leva med psykisk ohälsa .....</b>	<b>9</b>
Psykisk ohälsa och ekonomi .....	9
Psykisk och fysisk hälsa.....	10
<b>Övergripande perspektiv .....</b>	<b>11</b>
Återhämtning .....	11
Brukarinflytande och delaktighet.....	11
Motverka stigma .....	12
<b>Syftet med det intressepolitiska programmet .....</b>	<b>13</b>
<b>Intressepolitiska områden.....</b>	<b>14</b>
Anhöriga .....	15
Barn och unga.....	19
Diskriminering .....	25
Psykiatrisk tvångsvård .....	29
Rättspsykiatrisk vård .....	35
Samsjuklighet med skadligt bruk och beroende.....	41
Suicidprevention.....	47
Äldre .....	53





## 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 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 anhöriga 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 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, på ett mänskligt plan såväl 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 idrotts-, kultur- och friluftsliv.

### **Psykisk och fysisk hälsa**

Psykisk och fysisk ohälsa förstärker 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 enskilda patienten eller brukaren och hans anhöriga får möjlighet att vara delaktiga och ges inflytande i mötet med vården eller omsorgen. Inflytande på individnivå är en viktig del i att stärka egenmakten hos enskilda patienter och brukare.
- 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 representanter från NSPH, får möjlighet att framföra sina samlade erfarenheter i dialog med beslutsfattare. Samt 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.

## Motverka 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 sin psykiska ohälsa 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 person, 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 funktionssätt. 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 synpunkter och ståndpunkter gällande centrala frågor inom vårt område. De intressepolitiska områden som omfattas av programmet är av stor vikt för NSPH:s medlemsorganisationer, vilka är aktiva inom dessa områden på olika sätt.

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 material eller ytterligare läsning finns vid 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. Anhöriga 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 ses som värdefulla och att deras kunskaper och erfarenheter tas till vara med syfte att förbättra livssituationen för den närstående.

- 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 ges möjlighet att bli aktiva i planeringen och uppföljningen av de insatser och de verksamheter de behöver stöd från.
- Planering av vård och stöd utgår från att de flesta med en psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning har anhöriga, även ofta egna barn, och att dessa involveras där det är lämpligt.
- 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 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 därför 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:

- 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.
- Samhället inte ålägger vuxna anhöriga att mot sin vilja stå för personliga stödinsatser och att barn aldrig ska förväntas ta ett sådant ansvar.
- Anhöriga får lättillgänglig information om det stöd som finns att få för anhöriga.

## 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.



- Reglerna inom socialförsäkringen och kommunernas försörjningsstöd på ett rimligare sätt än i dag ersätter det inkomstbortfall som närståendes nedsatta psykiska ohälsa kan medföra.
- Anhöriga får hjälp och stöd som motverkar osund överbelastning och stressrelaterad ohälsa på grund av de pressade förhållanden som många lever i.
- Anhöriga ska erbjudas både gruppaktiviteter och möjlighet till individuella samtal.
- Anhöriga får information om de ideella föreningar som bedriver stödgrupper eller studiecirklar för anhöriga.
- Särskilt fokus läggs på stödet till barn som växer upp i en familjesituation som gör dem till anhörigstödjare.
- Det erbjuds fler och riktade insatser till äldre anhöriga som utgår från äldre anhörigas förutsättningar och behov. 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. För vissa av de grupper som NSPH företräder visar nationell statistik på en kraftig ökning under de senaste åren, exempelvis vad gäller självskadebeteende och ätstörningar. När barn och unga upplever svårigheter att hantera sin vardag kan det också påverka möjligheterna för dem att utvecklas så bra som möjligt.

Det finns ingen enkel förklaring till den utbredda förekomsten av psykisk ohälsa hos unga och inte heller en enkel lösning på hur vi 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 exempelvis skolan, vården, socialtjänsten och berörda familjer, väldigt viktig för att säkerställa barns och ungas rätt till en god hälsa. Hela samhället måste hjälpas åt med att öka den allmänna kunskapen om psykisk hälsa, och vård och stöd behöver säkras för de barn och unga som har det behovet. Fler behöver känna sig trygga med att föra samtal om känslor, mående och psykisk hälsa – i familjen, i skolan och på arbetsplatsen.

## Barn och unga behöver ges tidiga förutsättningar att må bra

För att skapa så goda förutsättningar som möjligt för barn och unga att ha en god psykisk hälsa behöver insatser ske både tidigt och brett. Att bedriva ett hälsoinriktat arbete i verksamheter som möter barn och unga kan bidra till att förebygga psykisk ohälsa.

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. För att stärka den psykiska hälsan kan barn och ungas färdigheter behöva stärkas kring att ta hand om sin psykiska hälsa, samt att möta känslor, stress och motgångar i livet på ett konstruktivt sätt. Att lära sig om sina rättigheter och att formulera sina behov skapar också bättre förutsättningar för att få det stöd man behöver genom livet.

Den största riskfaktorn för barn och unga att utveckla psykisk ohälsa är att inte klara av skolan. Att varje individ får det stöd den behöver för att få skolgången att fungera är därför viktigt både ur ett mänskligt och ett samhällsekonomiskt perspektiv här och nu — men även för att undvika ett framtida utanförskap.

Idag finns ett växande problem med barn och unga som inte klarar av att gå i skolan, som slutar skolan i förtid eller som lämnar skolan utan fullständiga betyg på grund av psykisk ohälsa, tillsammans med bristande tillgänglighet och anpassningar. Här har skolan ett stort ansvar för att se till att alla barn och unga får tillgång till den utbildning och det stöd som de har rätt till. För att skolgången ska fungera kan det också vara viktigt att andra verksamheter som ger stöd till barn och unga, såsom barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänsten, ger det stöd som behövs och samverkar med skolan.

NSPH vill därför att:

- Det tas fram nationell statistik inom utbildningsväsendet som gör det möjligt att följa hur det går för barn och unga med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning.
- Kompetensen om psykisk hälsa ökar hos skolpersonal, exempelvis genom att finnas med som ett obligatoriskt moment i lärarutbildningen och med möjligheter till kompetensutveckling eller konsultationer i yrket.
- Arbetet för att främja skolnärvaro och att nå fullständiga betyg stärks, vilket kräver att stöd sätts in tidigt samt en ökad kompetens bland skolpersonal.
- Psykisk hälsa och livskunskap förs in i undervisningen i grund- och gymnasieskolan för att lära barn om såväl emotionella som relationella färdigheter samt färdigheter som behövs i vuxenlivet.

- Förskolan får bättre förutsättningar för att kunna utföra sitt uppdrag som en hälsofrämjande verksamhet, samt får mer stöd för att bättre kunna fånga upp och möta barns individuella stödbehov.
- Föräldrastöd erbjuds i större utsträckning för att stärka föräldrar i sin roll. Detta bör inkludera psykoedukation för föräldrar så att de bättre kan stötta sina barns psykiska hälsa.
- Tillgången till fritidsaktiviteter säkras för alla barn och unga, samt att ledare inom fritidsaktiviteter får grundläggande ledarutbildning och kunskap kring psykisk ohälsa.
- Särskilt fokus läggs på att överbrygga övergångar mellan olika stadier av skolgången samt i övergången till att bli vuxen.

### Vuxna behöver värna ungas rättigheter

Barnets bästa ska alltid beaktas i beslut som rör barn. Barn och unga har rätt till delaktighet och inflytande i samhället utifrån sin ålder och mognad. Trots att rättigheten finns är detta något som ofta förbises och istället fattar vuxna ofta beslut åt barn. Barn har också en rad andra rättigheter enligt barnkonventionen som antogs som svensk lag 2020, men tillämpningen i den praktiska verkligheten i samhällets verksamheter brister ännu.

Samhället har ett särskilt ansvar att se till att barn och unga får det stöd och skydd de behöver. Samtidigt ses återkommande rapporter om hur barn och unga i samhällets vård far illa och att barns säkerhet inte prioriteras. Rapporter visar att flickor överlag drabbas hårdare av detta än pojkar, där det både handlar om en ökad utsatthet för sexuella övergrepp inom institutionsvård, samt en överrepresentation när det gäller de mest integritetskränkande tvångsåtgärderna såsom fastspänning.

Barn och unga som vårdas mot sin vilja är en av våra mest utsatta grupper. Samhället behöver ta största möjliga ansvar och säkerställa att högsta möjliga kompetens finns för att möta de behov som föranlett placeringen. I de fall barn och ungas rättigheter brister finns idag begränsade möjligheter för dem att utkräva sina rättigheter.

NSPH vill därför att:

- Tvångsvård och tvångsinsatser gentemot barn och unga överlag minskar. Detta avser både tvångsvård inom psykiatri och den sociala barnomsorgen. Satsningar behöver istället stärkas och riktas för att tillgodose vårdbehov innan behovet för tvångsvård uppstår.
- Barn inte vårdas tillsammans med vuxna, om det inte är för barnets bästa. Det är viktigt för att säkra att miljöer, insatser och bemötande är anpassat till barns behov och rättigheter.
- Barns åsikter tydligt dokumenteras i beslut som rör dem, även när deras åsikter går emot beslutet.

- Krafttag tas för att en nolltolerans för missförhållanden på LVU-hem som drivs av Statens Institutionsstyrelse (SIS), exempelvis högre krav på adekvat utbildning för personal som anställs i verksamheten.
- Det ställs högre krav på adekvat utbildning och olika kunskapshöjande insatser inom de HVB-hem som möter barn och unga.
- Barn och unga ges stärkta möjligheter att klaga på de insatser som är till för dem, exempelvis genom barnrättsbyråer och barnombud.
- Kompetensen kring åldersanpassad möjlighet till delaktighet och inflytande ökar för att möjliggöra att barn och unga alltid ska kunna vara delaktiga i möten som rör dem.

### Vård för barn och unga behöver vara lättillgänglig

Det finns idag många aktörer som ska ge vård och stöd till barns och ungas psykiska hälsa, såsom elevhälsan, ungdomsmottagningar, socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri. I gränsländerna mellan dessa verksamheter uppstår ofta glapp där barn och unga riskerar falla emellan. Det kan exempelvis vara där behoven anses för allvarliga för elevhälsan men inte allvarliga nog för barn- och ungdomspsykiatri. Denna typ av glapp uppstår också ofta i övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri, där det ansvar som läggs på individen ökar dramatiskt och där även sekretess som avgränsar anhöriga från insyn träder in. Ibland sker dessa övergångar över en natt, utan att den unga personens förutsättningar eller mognad har förändrats.

Att behöva vänta på vård man är i behov av är något som påverkar hälsan negativt för alla som hamnar i en sådan situation, men det slår extra hårt mot barn och ungas utveckling. Samtidigt är köerna till barn- och ungdomspsykiatri ett problem som samhället länge försökt komma tillrätta med. Barn kan exempelvis behöva vänta i åratal på att få tillgång till en neuropsykiatrisk utredning som kan vara avgörande för att få skolgången att fungera. Det är viktigt att kvalificerad vård kommer på plats när den behövs, men även annat stöd behöver säkras. Barn och unga uppger själva att de ofta saknar vuxna att prata med. I mötet med vuxna efterfrågar de att vuxna lyssnar, ger ett gott bemötande och visar att de bryr sig.

NSPH vill därför att:

- Köerna till barn- och ungdomspsykiatri kapas för att säkra att vård ges i enlighet med vårdgarantin.
- Tillgången till primärvårdsinsatser som stödjer barn och ungas psykiska hälsa ökar. För att undvika att behovet av specialiserad psykiatrisk vård uppstår kan tidiga insatser som ger psykosocialt eller psykoeducativt stöd utan krav på en särskild diagnos stärka den psykiska hälsan hos barn och unga.

- Övergångar mellan olika delar av vårdkedjan generellt, och mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri specifikt, sker på ett sammanhållet och individanpassat sätt där också anhöriga involveras.
- Verksamheter som erbjuder stöd till barn och unga samverkar i sina insatser för att motverka att de som söker stöd faller mellan stolarna för att deras behov inte passar in i systemets utformning.
- Elevhälsans funktion tydliggörs i skollagen och fler yrkeskategorier inkluderas, så som fysioterapeuter och arbetsterapeuter.
- Det säkerställs att det finns en daglig tillgänglighet till elevhälsan för samtliga barn och unga. Elevhälsan behöver få förutsättningar för att arbeta utåtriktat för att skapa en kontaktyta till alla skolans elever.
- Förskolans och skolans roll i planering av samordnad individuell plan (SIP) förtydligas och att skolans skyldighet att kalla till SIP-möten omfattas i lagstiftningen.

## 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 man har rätt att fatta beslut om sitt eget liv, där ökat inflytande ges i relation till vilken ålder man har och där man till exempel blir myndig vid 18. Att vara ung innebär en process av att övergå från barndomen till vuxendomen, där stora omställningar sker och där olika personer har mycket olika förutsättningar.

### Psykoedukation eller psykoedukativt stöd

Psykoedukation eller psykoedukativt stöd innebär att lära sig mer om svårigheter, ohälsa och diagnoser. Syftet är att göra det enklare att hantera olika utmaningar och svårigheter som kan uppstå genom mer kunskap och förståelse.

### 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 samarbetade vi med en handfull 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

Diskriminering är i Sverige reglerad genom diskrimineringslagen och det är även en mänsklig rättighet att slippa bli diskriminerad. Ändå vittnar många personer med psykisk ohälsa om allvarliga och kränkande erfarenheter där de missgynnas just på grund av sin 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. Den internationella organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling, 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, 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, samt att dessa implementeras.
- 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 tillsammans med att det ännu inte har drivits tillräckligt många 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 eget 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 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 behöver få 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. Det kan också bidra till 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, behöver det finnas en möjlighet för personer som lever med psykisk ohälsa att få rådgivning och vägledning kring detta.

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 skäliga tillgänglighetsåtgärder för att den personen ska komma i en 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.



## Psykiatrisk tvångsvård

Vården i Sverige utgår från frivillighetsprincipen, vilket betyder att all vård ska ske med patientens samtycke. Det finns dock några få undantag från denna princip. Ett undantag är möjligheten att inom psykiatri vårda en person mot deras vilja om denne lider av en allvarlig psykisk störning, har ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård och motsätter sig den vård som erbjuds. Detta regleras enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), och vid vård enligt denna lag ges psykiatri också rätt att använda sig av tvångsåtgärder. Exempel på detta är att ge läkemedel eller annan behandling mot patientens vilja, hålla eller spärra fast patienten och att hålla patienten avskild från de andra patienterna på avdelningen.

Varje år vårdas cirka 12 000 personer, barn och vuxna, med tvång i psykiatri, bland dem är det ungefär lika många kvinnor som män. Några av dessa personer vårdas med tvång mer än en gång och antalet tvångsvårdsinläggningar är därför högre, runt 20 000. Ungefär hälften av inläggningarna varar mellan tre och nitton dagar, med en mediantid på åtta dagar. Den absolut vanligaste diagnosen bland både kvinnor och män inom psykiatrisk tvångsvård är schizofreni och andra psykostillstånd. Andra vanliga diagnoser är skadligt bruk eller beroende av alkohol eller droger (framför allt bland män), depressioner och ångestsyndrom. Det är också vanligt att patienterna som vårdas med tvång har mer än en diagnos.

### **Tvångsvården måste ses som en del i en större vårdkedja**

När förbättringsarbete initieras kring frågor som rör tvångsvård är fokus ofta på detaljer vid själva tvångsvårdstillfället. Det är givetvis viktigt, men för att verkligen kunna påverka förutsättningarna för hur ett tvångsvårdstillfälle blir eller kan undvikas behöver arbetet med frågor som rör psykiatrisk tvångsvård se tvångsvården som en del i en större vårdkedja. Där är kontinuiteten i vården en av de största förebyggande faktorerna. Många av de som har erfarenhet av tvångsvård upplever att

denna hade kunnat undvikas, om de till exempel hade erbjudits ett annat stöd eller fått hjälp tidigare. Det finns också stora regionala skillnader i hur tvångsvård tillämpas och följs upp inom psykiatrin.

För att se till att tvångsvården används endast i de fall där det behövs och gör nytta, behöver vi se på hur kontakten med samhällets vård och stöd ser ut innan dess att behovet av tvångsvård uppstår. Negativa erfarenheter av att vårdas med tvång får effekter för den vård som kan behövas efter utskrivning. Bland de personer som vårdats med tvång och deras anhöriga finns en generellt negativ syn till psykiatrisk vård, samt en oro för att hamna i tvångsvård igen. Detta kan leda till att relationen till vården försvåras eller att personer avstår från att söka vård när de behöver, vilket i längden ökar risken för ett nytt behov av tvångsvård. Redan innan beslut om tvångsvård upplever många patienter ett så kallat "informellt tvång". Det sker ofta genom hot om att tvångsvård kommer tillämpas om patienten inte frivilligt går med på vård, behandling eller liknande. Man kan då ifrågasätta i vilken mån detta faktiskt innebär frivillig vård.

NSPH vill därför att:

- Bättre förebyggande insatser prioriteras som främjar samarbete och tillit mellan patienterna, deras anhöriga och psykiatrin innan det behövs tvång.
- Arbetet med psykiatriambulanser och möjligheten till hembesök vid akuta psykiatriska behov utvecklas.
- Personalens kompetens, engagemang och nyfikenhet stärks kring metoder och arbetssätt som skapar trygghet, tydlighet och hopp hos patienterna.
- Processen kring utskrivning från tvångsvård förbättras genom upprättande av säkerhetsplaner och uppföljande samtal med personen nära inpå utskrivning.
- Planering för efterföljande vård och stöd sker i samarbete med patienten och anhöriga, samt i samordning med de instanser som ska erbjuda vården.
- Patientavgiften tas bort för vård som ges mot patientens vilja. NSPH menar att det är oetiskt att kräva enskilda på en avgift för vård som de inte vill ha.

## Relation mellan patient och vård behöver få större fokus i tvångsvården

Vid tvångsvård finns regleringar kring säkerhet, åtgärder och dokumentation. En aspekt som däremot inte adresseras lika tydligt är den maktobalans som uppstår när en person vårdas mot sin vilja och den effekt som tvångsvården får på relationen mellan patienten och vården. Patienterna och deras anhöriga upplever ofta att vården ser dem som problem och de upplever att tvångsvård är stigmatiserande. Att vårdas mot sin vilja, och särskilt att utsättas för tvångsåtgärder såsom att spännas fast med bälte, är för många upplevelser som väcker mycket känslor och som i värsta fall upplevs som traumatiska. Här

brister vården i att följa upp och stödja enskilda i att bearbeta sina erfarenheter av att ha utsatts för tvång. Detta riskerar leda till att man håller sig undan från vården för att slippa utsättas för liknande erfarenheter igen. Det gör det också svårare att bygga tillit och samarbete under den resterande tvångsvården och kan även ge negativa konsekvenser för den fortsatta kontakten med vården.

Att vården upplevs som trygg är något som skattas högt av personer med erfarenhet av tvångsvård, samtidigt som detta är något som ofta brister. Patienter och anhöriga beskriver upplevelser av otydlighet, otrygghet, brist på delaktighet och dålig kommunikation med personalen. Dessa upplevelser får också en avgörande negativ inverkan på hur tvångsvården påverkar det psykiska måendet. Att vård ges utan samtycke innebär inte att ansatser att arbeta med delaktighet och inflytande helt ska överges. Vården bör istället särskilt intressera sig för patientens erfarenheter och perspektiv, för att lära sig hur samarbete kan skapas i möjligaste mån även inom ramen för tvång.

NSPH vill därför att:

- Bättre eftervård och uppföljning utvecklas med fokus på att återupprätta tillit och förtroende efter tvångsvård.
- Försoningssamtal införs i de kontakter där relationen till vården är svårt skadad.
- Möjligheterna att behålla en stödperson längre än fyra veckor efter tvångsvård stärks.
- Fler mål och kvalitetsmått utvecklas utifrån sådant som bara patienter och anhöriga kan värdera, som till exempel upplevelsen av trygghet.
- Vården följer upp patientens hela relation till vården - inte varje vårdinsats för sig.
- Mer systematisk brukarmedverkan i uppföljning, analys och förbättringsarbete sker.
- Anhöriga i högre grad involveras i tvångsvården. För många patienter som tvångsvårdas är de anhöriga de enda som finns där när personen senare skrivs ut.

### **Vårdinnehållet vid tvångsvård måste ha högsta möjliga kvalitet**

När vård ges till en person mot dennes vilja sker ett övertramp av individens integritet för att prioritera personens liv och hälsa. Men när samhället fattar ett sådant beslut borde den vård som ges vara av högsta möjliga kvalitet för att berättiga den inskränkning mot den enskilde personen som det innebär. Vi hör dock ofta missnöje från patienter och deras anhöriga kring ensidiga vårdinsatser och brist på stimulans och hälsofrämjande aktiviteter. Upplevelsen av tvångsvården beskrivs inte sällan som förvaring och många upplever dessutom att vården de fått inte varit för deras bästa eller har bidragit till att deras mående förbättras.

Det finns också oacceptabla skillnader i upplevelsen av tvångsvård, där det exempelvis finns stora skillnader i hur nöjd eller missnöjd man är med vården beroende på kön, diagnos eller hur många gånger man vårdats med tvång. Kvinnor, oavsett diagnos, är mer negativa till sina upplevelser av tvångsvård. Bland de mest integritetskränkande tvångsåtgärderna, som fastspänning och medicinering mot patientens vilja, är könsskillnaderna stora. Extra anmärkningsvärt är att det främst är flickor under 25 år som drabbas. Särskilt negativa till tvångsvården är också personer som vårdats med tvång på grund av självskada, självmordsförsök, ätstörning eller trauma, samt personer som oavsett anledning vårdats med tvång vid fler än tio tillfällen. Dessa grupper beskriver i högre utsträckning en upplevelse av otrygghet, att kommunikation med personalen brister, samt att vården inte leder till att de mår bättre.

Den tid som spenderas inom tvångsvård borde på alla sätt utformas för att gynna enskildas mående för att behovet av tvångsvård ska upphöra. Det berör såväl var som hur vården ges, samt vilka former av vård och aktiviteter som erbjuds. En metod med stor potential för detta är att arbeta med självvald inläggning, där patienter skriver en överenskommelse med vården som ger dem möjlighet att själva bedöma att de behöver heldygnsvård.

NSPH vill därför att:

- Nya arbetssätt och vårdformer som alternativ till LPT vid svåra psykiatriska tillstånd eller akuta situationer utvecklas och etableras. Psykiatrisk vård får bättre effekt för patienterna om det skapas ett jämlikt samarbete mellan patienter och personal.
- Självvald inläggning görs tillgängligt för fler patienter.
- Regionala förbättringsarbeten inleds med fokus på särskilt utsatta grupper som till exempel utifrån kön, diagnos, ålder eller antal tvångsvårdstillfällen.
- Fokus i högre grad läggs på patienters upplevelser av trygghet i bedömning av säkerhetsnivå, istället för att enbart utgå från verksamheten där fokus ofta handlar om kontroll och säkerhetsskydd av lokaler.
- Lärdomar från Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) satsning Bättre vård, mindre tvång implementeras och permanentas i verksamheter som bedriver tvångsvård.
- Personer som tvångsvårdas får rätt till dagliga, meningsfulla aktiviteter samt tillgång till att vistas utomhus minst en timme varje dag, utöver vård- och behandlingsinsatser.
- Beslut om tvångsåtgärder för att upprätthålla ordning eller säkerhet blir möjliga att överklaga. Tvångsåtgärder är ett stort ingrepp på den personliga integriteten, och den enskildes rättssäkerhet behöver därför också vara stark.

## Begreppsdefinitioner:

### Självvald inläggning

Självvald inläggning, eller brukarstyrd inläggning som det också kallas, är en vårdform som prövas inom psykiatri i de flesta regioner i Sverige. Vårdformen självvald inläggning innebär att patienter får möjligheten att själva bestämma när de ska läggas in på sjukhus för sin psykiska hälsa. För att det ska bli juridiskt möjligt skrivs en överenskommelse med patienten om hur det ska fungera. I den beskrivs både vad patienten åtar sig att följa för regler och rutiner och vad psykiatri åtar sig att tillhandahålla när patienten väljer att ligga inne.

### Tvångsåtgärd

En tvångsåtgärd är en fysisk åtgärd som utförs mot en individ mot hans vilja om personen anses utgöra en akut fara för sig själv eller andra. De tvångsåtgärder som kan utföras under psykiatrisk tvångsvård regleras i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och är fastspänning, avskiljning, behandling med tvång (t.ex. medicinering). Även inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster kan vara en form av tvångsåtgärd enligt LPT.



#### **NSPH:s kunskap om psykiatrisk tvångsvård:**

NSPH har på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört två undersökningar, där vi samlat in patienters och anhörigas erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård och självmald inläggning. Undersökningarna genomfördes 2021-2022. Resultaten från undersökningarna finns sammanfattade i rapporten Tvångsvård och självmald inläggning – En rapport om patienters och anhörigas upplevelser av två olika vårdformer i psykiatrin (2023). <https://nspn.se/butik/rapport/tvangsvard-och-sjalvmald-inlaggning-en-rapport-om-patienters-och-anhorigas-upplevelser/>



# 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: 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 bör motverka 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 personlighetsyndrom när de beskriver rättspsykiatri. Detta trots att patienter som är dömda för den sortens allvarliga brott utgör en minoritet bland patienterna inom rättspsykiatri. Dessa diagnoser är rent statistiskt inte heller mer vanliga inom rättspsykiatri än bland befolkningen i stort.

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 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 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.
- Aktörer 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 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.
- 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.

- 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.
- Det sker satsningar på att arbeta återhämtningsinriktat inom rättspsykiatri.
- Den fysiska miljön på rättspsykiatriska kliniker samt hur denna påverkar återhämtning ses över samt blir tillgänglig för personer med exempelvis autism.
- En vårdplan tillsammans med varje individ upprättas, uppdateras och efterföljs.
- Möjligheten att få en second opinion av sitt hälsotillstånd stärks.
- Kravet på patientavgift vid rättspsykiatrisk vård tas bort.
- Samordningen med kommunen förbättras vid utslussning och att det skapas anpassade boendialternativ i samhället för att möjliggöra utskrivning.
- Det sker en undersökning av hur allmänpsykiatri kan bli bättre på att förebygga och förhindra att personer begår brott.

### Rätten till delaktighet och information behöver stärkas

Vi på NSPH är övertygade om att resultaten av vården blir bättre om patienten görs delaktig och får inflytande över sin egen vård. Inom rättspsykiatri saknas möjligheten till delaktighet oftare än i annan psykiatrisk vård till följd av brottslagstiftningen, som begränsar patienternas rättigheter. Det samhällsskyddande perspektivet överskuggar dessutom 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 den 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.

### Motverka stigma för att minska diskriminering

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, det vill säga en sammanvägning av den senaste kunskapen från forskning 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 väldigt 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 konfliktfyllda 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 från ett hälsofrämjande perspektiv.
- 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, samt 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 psykiatrin 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. Egenerfaren kunskap behöver ses som den viktiga empiriska kunskapskälla det är i form av ett företräderskap 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 individers 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 beroend. En majoritet av personer med beroendeproblematik har enligt Socialstyrelsens kartläggning även visat sig haft psykisk ohälsa, och omvänt är också personer med psykisk ohälsa 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 allvarigare tillstånd som inkluderar bland annat kontrollförlust, somatisk tillvänjning och fortsatt intag trots allvarliga konsekvenser. Skadligt bruk och beroende utgör diagnoser i diagnosmanualen ICD-10.





## Suicidprevention

I Sverige sker cirka 1500 suicid per år, motsvarande fyra liv i veckan. Denna siffra har generellt minskat något under de senaste decennierna, samtidigt som det skett en ökning i antalet suicid inom grupperna unga (20–29 år) och yngre kvinnor (25–44 år). Allra högst är suicidtalet inom gruppen äldre män, över 85 år.

Fler än så lever med suicidalitet, där även tankar, planer på och försök till suicid ingår. Det beräknas ske cirka 15 000 suicidförsök per år, vilket alltså är tio gånger så många som antalet suicid. Troligen är siffran högre än så då det sannolikt finns ett högt mörkertal. Samtidigt vet vi att suicid går att förhindra, och att 85–90 procent som gör ett suicidförsök dör av andra anledningar än genom suicid senare i livet. Ett av de största hindren för enskilda att få den hjälp de behöver är det stigma som finns kring suicidalitet. Detta innebär att suicid går att förebygga på samhälls nivå.

### Satsa på breda insatser som når alla i samhället

Idag finns en nollvision för suicid antagen av regeringen, en nationell vision om att ingen i Sverige ska dö genom suicid. Det finns en liknande nollvision om dödsfall i trafiken. Trots att cirka sju gånger fler dödsfall sker genom suicid än i trafiken, är det många miljarder mer som satsas på säkrare vägar än på suicidprevention. NSPH ställer sig bakom målsättningen att ingen ska behöva hamna i en sådan utsatt situation så att den enda utvägen upplevs vara suicid.

I förslaget till ny nationell strategi som presenterades för regeringen hösten 2023 är ett av målen: "Färre liv förlorade i suicid". Här påtalas också vikten av att det suicidpreventiva arbetet finns med i hela samhället. För att bli verkligt förebyggande behöver insatserna dessutom riktas brett och också mildra effekterna av sådant som arbetslöshet, ekonomisk utsatthet, skuldsatthet, ensamhet och ojämlikhet. Insatser för att människor ska

klara av sin skolgång och komma ut i arbete är av avgörande betydelse, inte minst gäller det för unga människor där många är utestängda från arbetsmarknaden. Här behöver samhällets olika aktörer samverka, och det behöver bli tydligt hur varje enskild verksamhet bör bedriva sitt arbete för att det ska bli suicidpreventivt.

NSPH vill därför att:

- Styrning och resurssättning utgår från de ambitioner som framgår i förslaget till strategi för psykisk hälsa och suicidprevention vilket innebär att myndigheter, kommuner, regioner och civilsamhället får långsiktiga resurser för att för att göra sin del i arbetet.
- Arbetet inom myndigheter, regioner och kommuner med att konkretisera den nationella strategin i resurssatta handlingsplaner för suicidprevention utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet, samt erfarenheter från brukarrörelsen.
- Tillgången till dödliga medel för suicid begränsas och att det satsas på att säkra farliga platser där självmord sker, exempelvis genom broräcken, ansvarsfull förskrivning och uppföljning av läkemedel, samt begränsad försäljning av vapen.
- Evidensbaserade insatser med fokus på psykisk ohälsa införs i skolan. Detta är särskilt viktigt då suicid idag är den vanligaste dödsorsaken bland unga personer.
- Arbeta för att minska skadlig användning av alkohol, narkotika och spel - såsom stöd vid beroende samt restriktiva regler kring försäljning och reklam.
- Olika insatser som bidrar till att öka allmänhetens medvetenhet om psykisk ohälsa och suicid genomförs och förstärks.
- Arbeta för en ansvarsfull medierapportering om psykisk ohälsa och suicid sker. Det vill säga att rapporteringen bidrar till en medvetenhet om frågorna, utan att verka triggnande genom att exempelvis nämna metoder eller andra triggnande detaljer kring suicid, enligt WHO:s riktlinjer vid rapportering av suicid.

### **Prioritera riktade satsningar till grupper med generellt förhöjd risk för suicid**

Det finns ingen enkel förklaring till varför suicid sker, men vi vet att det finns vissa faktorer som ökar risken för suicid i vissa grupper. Därför behöver särskilda satsningar riktas mot grupper med högre risk för suicid. Det innebär inte att alla individer i denna grupp lever med suicidalitet. Men genom riktade satsningar ökar chansen att fånga upp och kunna ge stöd till de som har behov av det.

Personer kan leva med suicidalitet utan att leva med andra former av psykisk ohälsa. Men bland gruppen som lever med suicidalitet



är de grupper som NSPH:s medlemsföreningar företräder kraftigt överrepresenterade. Detta gäller särskilt personer med bipolär sjukdom och schizofreni. Även personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och personer med riskbruk eller beroende av alkohol och narkotika är överrepresenterade i suicidtal. Andra grupper som vi vet har en särskilt hög risk för suicid är HBTQI+-personer, adopterade, brottsutsatta, personer i ekonomisk utsatthet och äldre. Här behöver personer som arbetar i verksamheter som vänder sig till dessa grupper få en ökad kunskap om hur de kan agera suicidpreventivt och fånga upp de behov som finns, exempelvis inom äldreomsorgen eller beroendevården.

Det är också viktigt att fånga upp efterlevande till personer som har dött i suicid. Detta eftersom det utgör en riskfaktor för suicid såväl som att utveckla egen psykisk eller fysisk ohälsa på lång sikt. Ofta drar sig personer runtom den sörjande undan av hänsyn, vilket gör att den efterlevande lämnas väldigt ensam i sin kris. Att ett aktivt stöd erbjuds, från samhället, medmänniskor eller arbetsgivare, kan vara avgörande för personens återhämtning. Särskilda insatser kan behövas för barn som efterlevande.

NSPH vill därför att:

- Vårdkedjan förstärks och att människor som befinner sig i en utsatt situation får ett samordnat stöd från olika verksamheter inom hälso- och sjukvården samt hos kommunerna.
- Det finns möjlighet för personer i akut kris att få ett omedelbart stöd, exempelvis i form av psykiatriambulanser eller via en nationell hjälplinje, anknuten till 1177 och SOS-alarm med psykiatriskt utbildad personal.
- Det säkerställs att människor som har en psykiatrisk diagnos såsom depression, bipolär sjukdom, schizofreni får tillgång till en god och evidensbaserad vård och vid behov andra stödjande insatser från socialtjänst, arbetsförmedling och Försäkringskassan.
- Personer med komplexa och omfattande behov erbjuds insatser via multiprofessionella team, exempelvis Assertive Community Treatment (ACT) eller Individual Placement Support (IPS), som har till uppgift att säkerställa att personen får ett samordnat, individuellt anpassat och behovsstyrt stöd för att kunna leva i samhället som andra.
- Insatser som förbättrar stödet för grupper med särskild risk för suicid utvecklas och implementeras.
- Varje län säkerställer att regionen i samarbete med länets kommuner, polisen och civilsamhället erbjuder ett tydligt och väl organiserat stöd till efterlevande, med målet att alla efterlevande ska erbjudas stöd direkt, eller i nära anslutning, till att dödsbeskedet lämnas.

- Möjligheten till sjukskrivning för sorgereaktion vid en närståendes suicid utökas.
- Blåljuspersonal informeras om hur anhöriga bäst bemöts och informeras vid suicid.

## Vidta aktiva åtgärder för individer som lever med suicidalitet

Länge sågs suicid som en linjär process där en person mår sämre och sämre tills suicid sågs som enda utvägen. Modern forskning har snarare visat att den suicidala processen kan se ut på många olika sätt. Många suicid är impulshandlingar som sker innan personen hunnit tänka igenom situationen. Nivån av suicidrisk kan skifta snabbt. Det kan både innebära att en person som inte ger uttryck för en hög suicidrisk kan få impulser till en sådan handling väldigt snabbt. Samtidigt kan impulsen även gå över snabbt om den inte ageras på. Att ha tankar på suicid är inte farligt, men de kan leda till livsfarliga handlingar.

Det behöver därför finnas suicidpreventiv beredskap brett i samhället, inte enbart inom psykiatrin. I särskilda processer där vi vet att det finns en särskilt ökad risk för suicid behöver aktiva åtgärder vidtas. Detta är alltså en viktig kompetens att säkra såväl hos samhällets olika aktörer som hos befolkningen i stort. Människor behöver känna sig trygga i hur de kan fråga någon annan om tankar eller planer på suicid, samt hur de kan ta hand om svaret de får.

Det stöd som ges till varje person som lever med suicidalitet behöver också individanpassas utifrån vad just den personen behöver. Dels i det akuta läget, dels för att stärka egenmakten genom att stötta personens förmåga att hantera sin situation och de tankar och känslor som upplevs.

NSPH vill därför att:

- Individuella suicidpreventiva insatser utgår från den suicidala personen som aktör.
- Individer som lever med suicidalitet stärks med egna verktyg, kunskap och förståelse för att på bästa sätt kunna hantera sin situation samt ges möjlighet att dela erfarenheter med andra i liknande situationer.
- Det individuella stödet till anhöriga till personer som lever med suicidalitet förstärks.
- Personal inom vård, socialtjänst, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, med flera, utbildas för att upptäcka varningssignaler på psykisk ohälsa och hur man kan prata om självmord och självmordstankar.
- Informationskampanjer genomförs för att medmänniskor ska veta hur de ska agera i relation till suicidalitet.
- Suicidalitet behandlas med samma medicinska akutstatus

## Begreppsdefinitioner

### Efterlevande

Efterlevande är en person som förlorat en närstående i suicid. Varje år drabbas omkring 15 000 av svår sorg på grund av att en närstående dött i suicid och har behov av stöd på grund av detta.

### Suicid

Suicid är ett annat ord för ta sitt liv eller självmord. Många personer som dör i suicid eller gör suicidförsök har också psykisk ohälsa, men de flesta med psykisk ohälsa gör inte suicidförsök. Det finns också ett starkt samband till svåra livshändelser, såsom förlust av en relation, ekonomiska svårigheter eller uppleva misslyckanden. Begrepp som att "begå självmord" eller att "välja att ta sitt liv" kan bli skuldbeläggande för personen som gått bort. Uttryck som att "dö i suicid" gör det tydligare att handlingen inte är ett rationellt val som personen gör.

### Suicidalitet

Suicidalitet är ett samlingsbegrepp för att tänka på, planera eller genomföra suicidförsök och/eller suicid.

### Suicidprevention

Suicidprevention är insatser som syftar till att minska suicidtal. Dessa insatser brukar delas upp i universella (befolkningsinriktade), selektiva (för särskilda riskgrupper) och indikativa (där det finns indikation på suicidrisk) insatser.

### Suicidutredning

En suicidutredning är en händelseanalys som genomförs efter ett suicid för att se hur samhällets aktörer kan agera för att förebygga att detsamma ska hända igen. Kallas också ibland för haverikommission.

### Säkerhetsplan

En säkerhetsplan är en plan där varningssignaler för en kris dokumenteras tillsammans med hur individen och viktiga personer i den enskildes nätverk kan agera om detta sker. Kallas ibland också krisplan eller trygghetsplan.

och specialistkompetens som andra livshotande tillstånd, såsom hjärtinfarkt.

- Det införs vård- och behandlingsinsatser som är specifikt inriktade på att minska suicidalt beteende, exempelvis införandet av säkerhetsplaner och uppföljande möte eller kontakt med vårdpersonal efter utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård.
- En suicidutredning alltid sker vid suicid för att skapa ett suicidpreventivt lärande.

#### **NSPH:s kunskap om suicidprevention:**

Mer information om suicid och suicidprevention finns att läsa hos:

SPES – SuicidPrevention och EfterlevandeStöd är en ideell organisation som är till för alla som mist en familjemedlem, släkting, partner eller god vän genom suicid: [www.spes.se](http://www.spes.se)

Suicide Zero är en ideell organisation som arbetar för att minska självmorden: [www.suicidezero.se](http://www.suicidezero.se)



## 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.

### Riktade satsningar och ökad kunskap behövs

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 debeteenden 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. Vård- 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 genomförs för att öka kunskapen bland äldre med psykisk ohälsa om vad det innebär att åldras med psykisk ohälsa.

- 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 vilka 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. Detta 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 sina 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).

# Ta del av vårt arbete!

Besök [www.nsph.se](http://www.nsph.se) för att ta del av NSPH:s analyser och ståndpunkter. Där kan du även ladda ner eller beställa våra rapporter, kunskapssammanställningar, studiecirkelar och annat utbildningsmaterial.

Följ också NSPH, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, i sociala medier eller prenumerera på vårt nyhetsbrev genom att registrera dig på [nsph.se/nyhetsbrev](http://nsph.se/nyhetsbrev). Lyssna på vår podd *Kafferast i kunskapsfabriken* där poddar finns eller på [nsph.se/podd](http://nsph.se/podd).

