

## Motion till riksdagen

2005/06:So646

av **Cristina Husmark Pehrsson m.fl. (m)**

# Psykiatri

*Motionen delad mellan flera utskott*

## 1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning.....	1
2	Förslag till riksdagsbeslut.....	2
3	Inledning .....	3
4	Historik .....	4
5	Kostnader och resurser.....	4
6	Psyisk sjukdom och folkhälsa .....	6
7	Rädslan för medicin .....	6
8	Den psykiska ohälsans omfattning .....	7
8.1	Äldre och psykisk sjukdom .....	7
8.2	Demens.....	8
8.3	Depression och självmord .....	9
8.4	Psykoser .....	9
8.5	Neuropsykiatri.....	10
8.6	Psykiskt sjuka missbrukare .....	11
9	Moderaternas förslag.....	12
9.1	Rätt till diagnos .....	12
9.2	Psykiatrisk vårdgaranti .....	12
9.3	Fler vårdplatser och färre huvudmän.....	13
9.4	Låt resurserna följa patienten .....	13
9.5	Inför kvalitetskrav och ackreditering.....	14
9.6	Riktlinjer för behandlingshem.....	15
9.7	Rätt till arbete.....	16
9.8	Ett nationellt institut för medicin och hälsa .....	16
9.9	Rättsväsendet.....	17
9.9.1	Neuropsykiatri bland män som begått brott.....	18
9.9.2	Avskaffa fängelseförbudet.....	18
9.9.3	Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) .....	19
9.9.4	Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) .....	20
9.9.5	Humanitärt boende .....	21
9.9.6	Finansiering av rättspsykiatrisk vård.....	22
9.10	Pröva ”smart cards”.....	23
9.11	Behovet av förbättrad utbildning.....	23
9.12	En statlig finansiering av vården och avskaffande av landstingen .....	25

Fel! Okänt namn på

## 2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om rätt till diagnos.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om införande av en psykiatrisk vårdgaranti.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om fler vårdplatser och färre huvudmän.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att låta resurserna följa patienten.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om införande av kvalitetskrav och ackreditering.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om riktlinjer för behandlingshem.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om rätt till arbete.<sup>1</sup>
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om etablering av ett nationellt institut för medicin och hälsa.
9. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med en samlad redovisning av hur psykiskt sjuka skall kunna beredas vård i enlighet med vad som anförs i motionen.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att barn med neuropsykiatrisk störning bör utredas professionellt och få adekvat behandling.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att avskaffa fängelseförbudet.<sup>2</sup>
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om lagen om psykiatrisk tvångsvård.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om lagen om rättspsykiatrisk vård.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om humanitärt boende.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om finansiering av den rättspsykiatriska vården.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om införande av ”smart cards”.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behov av förbättrad utbildning.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Yrkande 7 hänvisat till SfU.

<sup>2</sup> Yrkande 11 hänvisat till JuU.

<sup>3</sup> Yrkande 17 hänvisat till UbU.

### 3 Inledning

En psykiatrisk vård med patienten i fokus skall präglas av personligt ansvar och krav på evidens, det vill säga principen att varje åtgärd i sjukvården skall vara baserad på den bästa (mest tillförlitliga) kunskap som är tillgänglig vid beslutstillfället. Mångfalden inom vården skall öka och kvalitetssäkringen förbättras. Grund- och vidareutbildningen av psykiatrins personal bör förbättras. Det är något av det som vi lovar att verka för efter valet 2006.

Tillgång till en väl fungerande sjukvård borde vara en rättighet för alla. Inte minst för personer som har en psykisk sjukdom är det viktigt att allt fungerar. I dagens Sverige är det många som upplever att de saknar valfrihet, möjlighet till påverkan och rätt att ställa krav på sjukvården. Den svenska sjukvården, innefattande vården av psykiskt sjuka, är inte uppbyggd med fokus på patienten.

Vi moderater vill låta patienten vara navet, det som sjukvårdens organisation skall kretsa kring. Alla människor bör ha rätt att ställa krav på den sjukvård de har betalat för genom skatter och patientavgifter. Patienter skall kunna förvänta sig en hög medicinsk kvalitet, men också ett gott bemötande. Att bli bemött med respekt och med hänsyn är en del av en god patientmiljö. Patienternas behov varierar och kräver en individuellt utformad vård.

I dag präglas psykiatrin av brist på evidensbaserade program. Samarbetet mellan kommuner och landsting fungerar dåligt och svårt sjuka människor lämnas vind för våg. Detta är inhumant och ovärdigt en välfärdsstat som Sverige. Stat, landsting och kommuner brister ofta i sitt samarbete. Den vanliga psykiatriska vården får stå tillbaka för den rättspsykiatriska. Många med psykisk sjukdom befinner sig i ett utanförskap, utan möjligheter till sysselsättning. Det finns yrkesgrupper som möter personer med psykiatriska problem som saknar relevant utbildning.

Moderaternas utgångspunkt är individen. Tilltron till det personliga ansvaret präglar vår politik. Så är även fallet inom den psykiatriska vården. För människor som inte själva alltid har förmåga att ta ansvar för sin situation är det desto viktigare att detta ansvar tydligt delegeras till någon annan och att alla vet vem denne "någon annan" är.

Modern psykiatri sätter ofta en kontaktperson, en "case manager", i centrum. Sjukvården tar därvidlag ofta ett ansvar som sträcker sig långt utöver det medicinska. Detta är ett nödvändigt, men naturligtvis ofta resurskrävande, arbete. Som komplement och stöd finns i dag även så kallade personliga ombud. Detta lyckade försöksprojekt vill moderaterna permanenta och vi föreslår därför ett extra tillskott till verksamheten med personliga ombud.

Nu är det dags att rätta till de systemfel som finns och öppna dörrarna för en psykiatri med omtanke och vetenskap i fokus. Vi föreslår en lång rad åtgärder för att komma till rätta med dagens problem. Moderaterna har avsatt 600 miljoner kronor mer än regeringen för att utveckla verksamheten med personliga ombud. Vi avsätter även 800 miljoner kronor extra i vårt alternativa förslag till statsbudget för att genomföra förbättringar av den psykiatriska vården. Vi ger kommunerna 350 miljoner kronor under tre år för att utveckla stödet till anhöriga. Dessutom vill vi tillföra sjukvården 3,7 miljarder kronor

Fel! Okänt namn på

för kvalitetsutveckling under den kommande treårsperioden, varav en stor del kommer att tillfalla den psykiatriska vården. Frånräknat besparingar, främst i läkemedelsförmånen, tillförs vård och omsorg 3,4 miljarder kronor netto under perioden.

## 4 Historik

Under medeltiden var vården av psykiskt sjuka en kyrklig angelägenhet när klostren tog hand om de utstötta i helgeandshus. År 1851 lade staten grunden för psykiatri som en medicinsk specialitet. Beckomberga sjukhus som öppnades 1932 i Stockholm var då ett av Europas största mentalsjukhus.

Under 1950-talet kunde många patienter skrivas ut från mentalsjukhusen, då läkemedel utvecklades mot psykos, depression, mani, epilepsi, och syfilis. Under 1960-talet förändrades attityderna till de psykiskt sjuka och krav restes på deras rätt till frihet och ett värdigt liv. Förändringarnas tid bröt in. Många skrevs ut från sjukhusen och antalet vårdplatser minskade från som mest 37 000 år 1967 till dagens 5 000. Tvångslagstiftningen reviderades, psykoterapiutbildning infördes för specialistläkare och diagnostiken förbättrades. Nya vetenskapligt granskade behandlingar tillkom, med både läkemedel och specifik psykoterapi.

1995 fick kommunerna ansvar för bostäder och sysselsättning av utskrivningsklara patienter med långvarig psykisk sjukdom.

## 5 Kostnader och resurser

Psykiatrin tar i anspråk en dryg tiondel av landstingens sjukvårdsbudget. År 2002 motsvarade det 13,5 miljarder kronor för specialistvård eller 1 507 kronor per person. Samma år registrerades 85 000 vårdtillfällen för psykisk sjukdom.<sup>1</sup> Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) beräknade redan 1990 samhällets kostnader för psykiskt sjuka till 45 miljarder. Då

<sup>1</sup> Vanligaste diagnoser vid psykiatriska vårdtillfällen

Sjukdom	per 100 000 invånare
Beroende/missbruk	403
Depressioner	182
Psykos	148
Ångestsyndrom och smärta, trötthet och andra kroppliga symptom som inte kan förklaras (somatoforma syndrom)	110

## Fel! Okänt namn på

var 53 procent kostnader för sjukersättning, 30 procent gällde psykiatrisk vård, 8 procent primärvård, 2 procent privata vårdgivare och läkemedel 1 procent.

Det är alltså bristen på förmåga och möjlighet till arbete bland psykiskt sjuka som kostar samhället mest, inte läkarbesöken, medicinen eller besöken i primärvården.

Försäkringskassan uppskattar att omkring hälften av samhällets kostnader för arbetsförmåga i vuxen ålder beror på psykisk ohälsa. Kostnaden för sjukskrivning till följd av psykisk sjukdom ökade kraftigt efter 1997 och uppgick år 2002 till 8,2 miljarder kronor, det vill säga 15 procent av alla sjukskrivningar och 22 procent av utbetald sjukpenning. Därtill kommer sjukpenning för s k utbrändhet – en miljard kronor – och kostnader för förtidspension (det som numera heter sjukersättning); var fjärde beviljad förtidspension år 2001 betingades av psykisk sjukdom.

Så det är inte bara en humanitär och mänsklig insats att satsa på åtgärder för psykiskt sjuka. Det är också i hög grad en ekonomiskt klok åtgärd.

Kostnaderna för hjärnans sjukdomar beräknades för år 2004 i en studie som omfattar 25 EU-länder samt Norge, Island och Schweiz.<sup>2</sup> För Sveriges del uppgick kostnaderna för psykiska sjukdomar till 6 310 miljoner euro eller ca 60 miljarder kronor.

De europeiska socialministrarna antog i januari 2005 en gemensam femårsplan för att reducera mental ohälsa. Planen syftar bland annat till att minska stigma och diskriminering i skolor och arbetsliv till följd av mental ohälsa, att förebygga mental ohälsa och självmord, att utbilda personal, att prioritera samsjuklighet vid beroende och kroppssjukdomar, att slå vakt om mänskliga rättigheter, att definiera kvalitetsindikatorer för utvärdering av policy-effekter, att förbättra samarbetet mellan olika samhällsorgan och ta med representanter för vårdgivare och vårdtagare i planeringen, övervakandet och genomförandet av mentalvårdsaktiviteter.

Alltså har den svenska regeringen förbundit sig att på ministernivå prioritera och genomföra en mycket omfattande handlingsplan inom 5 år. Då är det något förvånande att man handlar som man gjort – dumpat frågan på en samordnare och utredare.

<sup>2</sup> Två svenska hälsoekonomer svarade för kostnadsanalysen; Patrik Andlin-Sobocki vid Karolinska Institutet, samt Bengt Jönsson vid Handelshögskolan. Tolv hjärnsjukdomar beaktades: beroende, förstämningssyndrom, ångestsyndrom, psykos, tumörer, demens, epilepsi, migrän, MS, Parkinson, stroke och trauma. Av ländernas 466 miljoner invånare beräknades 27 % lida av dessa sjukdomskategorier, vilket gav upphov till 447 miljarder euro i direkta och indirekta kostnader, motsvarande 829 euro per invånare. För Sveriges del uppgick kostnaderna för psykiska sjukdomar till 6310 miljoner euro, varav beroendetillstånd 39 %, förstämningssyndrom 33 %, ångestsyndrom 21 % och psykos 7 %. Hälften av kostnaderna avsåg produktionsbortfall och sjukskrivning. Läkemedelskostnaderna var endast 3 % av totalkostnaderna i studien.

Fel! Okänt namn på

## 6 Psykisk sjukdom och folkhälsa

Det finns många sätt att mäta folkhälsan. Ett är att se hur många friska levnadsår som går förlorade på grund av sjukdom. Ett sådant jämförande mått på sjukdomars inverkan på folkhälsan är DALY (Disability Adjusted Life Years) eller funktionsjusterade levnadsår. Några exempel på hur många levnadsår per 100 000 personer som går förlorade i Sverige vid olika sjukdomar ges exempel på i nedanstående tabell. Vi konstaterar här att depression och neuroser är i listans topp, tvåa efter hjärtsjukdomar.

### **DALY (Disability Adjusted Life Years) eller funktionsjusterade levnadsår**

<b>Antal förlorade år per 100 000 invånare</b>		
<i>Diagnoser</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
Narkomani	138	34
Schizofreni	155	155
Demens	768	1 398
Alkoholberoende	1 093	307
Depression och neuros	1 616	2 434
Aids	96	13
Kronisk obstruktiv lungsjukdom	362	280
Cancer i ändtarm/tjocktarm	419	410
Prostatacancer	556	–
Bröstcancer	–	682
Stroke	1 427	1 548
Ischemisk hjärtsjudom	4 688	3 061

Källa: Folkhälsainstitutet 1998.

När människor själva får frågan om sin psykiska ohälsa, bedömer mellan 13 och 18 procent att de har nedsatt social funktion på grund av sin psykiska ohälsa.

En enkätstudie bland vuxna patienter hos allmänläkare i Sverige visade att läkarna bedömde att 15 procent av patienterna hade ett ångestsyndrom. Om man beaktade både de symptom som patienterna själva uppgav och läkarnas bedömning av dem, visade det sig att 23 procent led av behandlad/obehandlad ångest/depression.

Att identifiera psykisk sjukdom och ställa psykiatriska diagnoser innebär enligt den vetenskapliga litteraturen ofta avsevärda insparingar i onödiga utredningar, felaktiga behandlingar och arbetsförmåga.

## 7 Rädslan för medicin

I en intervjuundersökning av 2 000 engelsmän om vilken behandling de skulle föredra för psykiska besvär svarade nästan alla psykoterapi. I en sifundersökning 1988 ansåg den svenska allmänheten att antidepressiva

läkemedel var lika farliga som alkohol och farligare än bilar och kärnkraft. Attityder till behandling av psykisk sjukdom är alltså helt annorlunda än till behandling för sjukdomar såsom diabetes eller allergi.

Attityderna kan bero på att psykisk sjukdom uppfattas som ett stigma (vanärande kännetecken). Den skuld- och skamprägel som är kopplad till psykisk ohälsa måste motarbetas och förändras. När någon av oss drabbas av diabetes, skulle vi inte ifrågasätta läkarens ordination av insulin, utan både försöka äta mer hälsosamt och samtidigt noggrant följa det ordinerade dagliga intaget av medicin. Samma sak om vi får lågt blodvärde. Vi accepterar järnmedicin för att få upp dåliga värden. Att många ständigt har dåligt samvete för, eller ifrågasätter den medicin man blivit ordinerad för psykisk sjukdom hänger sannolikt ihop med den skam som psykisk sjukdom av tradition varit förknippad med. Vi anser att dessa attityder, som i sanning inte hjälper den som är sjuk, måste motarbetas. Alla som är sjuka har rätt till behandling och medicin. Det må gälla sjukdom i hjärtat, diabetes eller någon psykisk sjukdom.

## 8 Den psykiska ohälsans omfattning

Psykisk sjukdom utgör uppskattningsvis hälften av all sjuklighet. Risken att någon gång i livet få en behandlingskrävande depression är enligt en svensk studie 40 procent för kvinnor och 20 procent för män.<sup>3</sup> På en viss dag uppger 6 procent av vuxna i Sverige att de känner sig deprimerade. I Sverige finns 35 000 personer med schizofreni och 70 000 med bipolär (manodepressiv) sjukdom, sjukdomar som kräver livslång behandling och som i många fall medför kraftigt reducerad arbetsförmåga. Schizofrenin räknas till Sveriges tredje dyraste sjukdom, alla kategorier. Varje år begår omkring 1 500 människor självmord, den yttersta konsekvensen av psykisk sjukdom.

### 8.1 Äldre och psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom kan ibland yttra sig först på äldre dagar, även bland människor som inte lider av demens. Psykiatern Ingmar Skoog intervjuade vid ett tillfälle alla 85-åringar i Göteborg födda 1901–1902. Bland dem intervjuade han personligen 347 som inte led av demens, och diagnostiserade där andra psykiatriska diagnoser hos 29 procent av männen och 37 procent av kvinnorna.

<sup>3</sup> Enligt intervjuer och journalstudier av Dalbys befolkning, vilka tog sin början 1947.

**Fel! Okänt namn på**

Men majoriteten av äldre behöver knappt något psykiatriskt stöd.<sup>4</sup> I den yngre gruppen av gamla finns mer ett behov av fungerande omvårdnad, än av psykiatrisk kompetens. Det finns dock en risk som måste uppmärksammas. Äldre som blir psykiskt sjuka får ofta sämre psykiatrisk vård än andra. Äldre personer drabbas oftare än yngre av behandlingskrävande ångest och nedstämdhet. I dag saknas organiserad geropsykiatrisk kompetens i stor utsträckning inom geriatriken. Även i äldrevården skulle troligen psykiatrisk diagnostik och behandling medföra minskat lidande och möjlighet att klara eget boende under längre tid.

## 8.2 Demens

Omkring 75 000 svenskar uppskattas i dag ha Alzheimers sjukdom. Kommunförbundet uppskattar att 100 000 personer med demenssjukdom vårdas hemma av anhöriga, huvudsakligen kvinnor. I boken "Sagan om Gunnel" beskrev den förre moderatpartiledaren Gösta Bohman de sista årens äktenskap med sin hustru Gunnel. Hon blev Riksdagsbibliotekets första kvinnliga bibliotekarie 1967. I ålderdomen drabbades hon av Alzheimers sjukdom:

När mor i huset med några vänliga ord skulle hälsa på dem, kunde hon ibland påbörja meningar som inte fick något slut eller som hon plötsligt avbrutit med ett generat skratt. Barnen hade måst fylla i för att deras gäster inte skulle märka hennes förvirring ... Att hon själv då började komma till insikt om sina svårigheter gjorde saken ännu värre för henne. Hon blev djupt orolig och alltmer depressiv ... Hon kunde glömma kastruller på spisen, tills de kokade sönder. Familjens övriga medlemmar måste ägna sig åt ständig övervakning. Detta ledde i sin tur till att hon kände sig ännu mer utsatt och isolerad. Ju sämre Gunnel blev och ju mera hon blev beroende av mig och barnen desto mer avtog hennes medvetande om den egna svagheten liksom också hennes känsla av övergivenhet och förtvivlan.

Demens har kallats för de anhörigas sjukdom. Inte nog med att en älskad anhörig blir sjuk, som närstående ser man också sitt eget liv bli helt förändrat. Omsorgen, vården och tillsynen kräver oändliga sjöar av kärlek och tålmod av de anhöriga. Socialstyrelsen har beräknat att omkring 70 procent av all vård av äldre (med eller utan demenssjukdomar) utförs i hemmen, av anhöriga. Det är därför viktigt att stödja och stötta de som vårdar sina anhöriga i hemmet. För anhöriga till personer med demenssjukdomar är det särskilt viktigt med avlastning och att den personal som finns för den sjuke har adekvat utbildning. Den som är sjuk skall också ha rätt till en diagnos och adekvat behandling.

<sup>4</sup> I Kungsholmsstudien som inleddes 1987 klarade sig tre av fyra 78-åriga och äldre invånare i stort sett själva. I gruppen 85–89 år hade 25 procent demens, och i gruppen 90 år och äldre hade 39 procent demens. Över hälften av de demenssjuka vistades på sjukhem eller ålderdomshem jämfört med 3 procent av icke-dementa (Fratiglioni och medarbetare 2001).



Det finns numera betydande anhängorganisationer med stor samlad erfarenhet som för fram de äldres behov. Dessa grupper har behov av politiskt stöd och ett forum för sina åsikter.

### 8.3 Depression och självmord

Socialstyrelsen redovisar att det under 2002 var totalt 1 485 personer från 15 år och över som tog sina liv. Ytterligare några hundratal tillkommer om man räknar oklara olycksfall som kan ha varit självmord (till exempel singelolyckor eller förgiftningar). I genomsnitt sörjer sex personer för varje människa som begår självmord. Det är tre gånger fler människor som varje år tar sitt liv, än som dör i trafiken.

Räddningsverket har gjort en analys av de samhällsekonomiska kostnaderna för suicid och självmordsförsök. Deras analys visar att den totala kostnaden för 2001 skulle uppgå till svindlande 5,5 miljarder kronor.

I kampen mot självmord finns många komponenter. Att arbeta förebyggande, se till riskgrupper, utbilda lärare, utveckla skolhälsovården och också att forska mer och skapa mer kunskap. Psykofarmaka är också av stor vikt.

Antalet självmord har minskat successivt i Sverige sedan slutet av 1970-talet, beroende på bättre diagnostik, nya effektiva läkemedel och ett bättre omhändertagande av patienter med depression. I nästan alla fall av självmord går det att påvisa en psykisk sjukdom; psykos, förstämningssyndrom, substansrelaterade störningar och personlighetsstörning.

Att utbilda primärvårdsläkare i att diagnostisera deprimerade patienter antas sänka självmordsfrekvensen. Trots det visade en självmordsstudie i Jämtland att bara 17 av 62 patienter som sökte läkare för depression hade behandlats med antidepressiva läkemedel. Senare års forskning visar att förstämningssyndrom (depression) skadar hjärnan genom att nybildningen av nervceller upphör.

I debatten ges ibland argument för att använda äldre typer av antidepressiva preparat eftersom de är billigare. Den senaste generationen medel är visserligen dyrare men totalkostnaden för samhället blir betydligt lägre eftersom patienterna i högre grad fullföljer behandlingen och tillfrisknar i större utsträckning eftersom de nya medlen ger färre biverkningar. Därmed sjunker antalet sjukdagar och behovet av dyr slutenvård minskar.

### 8.4 Psykoser

Psykos är samlingsnamnet för en grupp tillstånd med störd verklighetsvärdering. De vanligaste symptomen är vanföreställningar och hallucinationer, samt frånvaro av sjukdomsinsikt vilket betyder att omgivningens och den sjukes uppfattning av verkligheten uppenbarligen skiljer sig. I vissa fall förekommer förvirring. Psykotisk är en person med gravt störd verklighetsvärdering som missbedömer sina sinnesintryck och tankar och drar felaktiga slutsatser i uppenbar motsats till omgivningen. Dessa patienter kan lida av schi-

## Fel! Okänt namn på

zofreni, vanföreställningssyndrom, abstinens eller påverkan av droger, eller en svår affektiv sjukdom (mani eller depression). Psykos kan också vara en följd av organisk sjukdom (exempelvis hjärnmetastas, feber, demens) sömnbrist och av isolering (till exempel i häkte). I Sverige insjuknar 1 500–2 000 personer per år i psykos. Medelvårdtiden i slutna vård har minskat från 98 till 31 dagar mellan år 1991 och 2000 samtidigt som antalet vårdplatser minskat kraftigt.

Det är inom denna sjukdomsgrupp som – efter att ”psykädal” genomförts – det krävs stora kommunala insatser för boende och omvårdnad, samtidigt som många patienter samtidigt behöver psykiatrisk behandling som landstinget ansvarar för. Detta dubbla huvudmannaskap leder till oklara ansvarsförhållanden och oklar kostnadsfördelning.

## 8.5 Neuropsykiatri

Neuropsykiatriska diagnoser förknippas ofta med barn och ungdom. Vanliga diagnoser är autism, ADHD och Aspergers syndrom. Det är ca 5 procent av alla barn som har någon form av neuropsykiatriskt funktionshinder.

Många barn, ungdomar och vuxna med neuropsykiatriska svårigheter har goda förutsättningar att leva ett bra liv men alltför få får problem. För många barn såväl som vuxna innebär en korrekt diagnos en lättnad. Alla har rätt att få veta vad det är som orsakar de svårigheter som finns. Diagnosen är också i bästa fall nyckeln till att få hjälp.

Stroke (hjärninfarkt eller hjärnblödning) drabbar omkring 30 000 personer varje år i Sverige, och medför en högre risk för sekundär depression än till exempel cancer, reumatisk sjukdom eller hjärtsjukdom, vilket kan sammanhänga med förlusten av rörlighet, tal och kognition. Dödligheten efter stroke ökar vid en sekundär depression. Antidepressiv behandling ökar möjligheterna till rehabilitering och självständighet.

Omkring 6 000 vuxna personer vårdas årligen för hjärnskakning i Sverige, och omkring var tionde får förtidspension till följd av den skada som uppstår. Efter en traumatisk hjärnskada får omkring hälften av patienterna någon psykiatrisk diagnos, och tidigare psykiatriska diagnoser förefaller att förvärras av hjärnskadan.<sup>5</sup>

Depression förekommer hos 40 procent av patienter med Parkinsons sjukdom; det finns 15 000 fall i Sverige. I Sverige har omkring 12 000 personer MS, och är dubbelt så vanlig bland kvinnor. Sjukdomen kan uppträda i skov. Även i lugnt sjukdomsskede är psykiatriska symtom vanliga; i en studie var fyra av fem patienter nedstämda, och en tredjedel var agiterade, ångestfyllda respektive irriterade.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Fann och medarbetare 2004.

<sup>6</sup> Asghar-Ali och medarbetare 2004.

Flertalet patienter med aids utvecklar depression.<sup>7</sup> I Sverige hade år 2002 totalt 1 851 personer insjuknat i aids, och i dag lever omkring 3 200 personer med hivinfektion. Alltfler överlever tack vare bromsmediciner. En särskild form av demens kan uppkomma vid aids.

Depression är vanligt förekommande hos patienter med epilepsi före och mellan anfall, och man kan överväga om det finns ett orsakssamband.<sup>8</sup> Epilepsi förekommer hos omkring 60 000 personer i Sverige, varav 10 000 är barn.

## 8.6 Psykiskt sjuka missbrukare

En grupp som ofta hamnar ”mellan stolarna” är psykiskt sjuka missbrukare. De har ett sammansatt vårdbehov som kräver resurser, kompetens och samverkan. Utöver psykisk störning och missbruket som oftast är alkohol och i andra hand narkotika, så har dessa patienter även omfattande fysisk ohälsa och oftast grava sociala problem.

Det dubbla huvudmannaskapet, det delade ansvaret för psykiskt sjuka missbrukare, medför att många inte får den vård och den omsorg de behöver för att fungera. Det brister i avseende både på huvudmannaskapet och ansvarsfrågan men också i samverkan och samarbete mellan landsting, kommuner, behandlingshem, LVM-hem (lagen om vård av missbrukare) och kriminalvård. Troligen är det den här gruppen – psykiskt sjuka missbrukare – som betalar det högsta priset för de oklara ansvarsförhållandena mellan stat, landsting och kommun.

Under många år har behandlingsmodellerna för narkotikaberoende saknat ordentligt vetenskapligt stöd, vilket medfört att behandlingarnas resultat ibland verkat slumpmässigt. Tack vare pionjärverksamhet av professor Lars Magnus Gunne, Ulleråkers sjukhus, som underbyggts av moderna studier finns i dag effektiva behandlingar. Långsiktigt ska behandlingsmålet vara drogfrihet. Utan adekvat behandling av opiatberoende återfaller så gott som samtliga inom sex månader.

Nyligen tillkom nationella riktlinjer för behandling med buprenorfin (Subutex) och metadon i samband med psykosociala vårdprogram vid narkomanvårdsenheter. Buprenorfin dämpar suget och blockerar euforin vid intag av bl.a. heroin. Behandlingen är inte problemfri, men den fristående vårdgivaren Maria beroendecentrum i Stockholm kan här tjäna som förebild.

Brister i tillgänglighet till vård gör också att psykiskt sjuka med missbruksproblem ofta inte får vård. Många gånger klarar de dessutom inte heller att uppsöka en öppenvårdsmottagning på förbeställd tid, de oroar andra patienter och känner också sig själva besvärade i situationen. Bristerna i vården leder till ökad risk för en försämrad social funktion, relationsproblem, våld,

<sup>7</sup> Stoff 2004.

<sup>8</sup> Kanner & Barry 2003.

**Fel! Okänt namn på**

kriminalitet, fysisk ohälsa, försämrad psykisk hälsa och återfall i missbruk. Det går dock att hjälpa och stödja psykiskt sjuka missbrukare, med användande av andra metoder än de vanliga. Ett är den mottagning för bl.a. tandvård som infördes i Stockholms stad under moderat ledning.

## 9 Moderaternas förslag

### 9.1 Rätt till diagnos

Många patienter cirkulerar i vårdapparaten, eller finns på samma mottagning år efter år, trots att de inte fått någon diagnos. Ibland beskrivs diffusa besvär, ibland är det andra skäl till att diagnos inte är ställd.

Moderaterna anser att alla patienter har en rätt till diagnos. Vi vill att var och en som söker för psykiska besvär skall kunna få sin diagnos ställd av en kvalificerad läkare inom tre månader. I de fall där professionen inte klarar av att sätta diagnos, får det ses som en viktig sporre att gå vidare i arbetet med patienten. Arbetet med att vårda en patient kan aldrig lyckas om inte diagnosen är klar.

Alla patienter inom barn- och vuxenpsykiatri skall därför ha rätt till bedömning av diagnos, svårighetsgrad och funktionsnivå enligt giltiga skattnings- och diagnosinstrument. Varje patient skall också ha rätt till en överenskommen vårdplan vars utfall redovisas ömsesidigt.

Var och en som söker för psykisk sjukdom skall kunna få sin diagnos ställd av en kvalificerad läkare inom tre månader.
--

### 9.2 Psykiatrisk vårdgaranti

Den av regeringen utlovade vårdgarantin som ska införas i november 2005 måste följas av ökade resurser. Såväl den slutna som den öppna psykiatriska vården måste byggas ut.

Uppbackad av en förstärkt och bättre sammanhållen vårdorganisation kan en psykiatrisk vårdgaranti bli en framgång. Psykiskt sjuka bör ha samma rätt som kroppsligt sjuka att få vård och rehabilitering i tid. En väl fungerande psykiatri kan i många fall reducera andra vårdbehov och kostnader för socialtjänsten. Vår bedömning är att vårdgarantin inom psykiatrin kan utformas på ett sätt som inte leder till försämrad kostnadskontroll. Vi kommer också att arbeta vidare med förslag som säkerställer detta.

Genom att samla kostnadsansvaret för en patient och överbrygga klyftorna mellan öppen och slutna vård kan förutsättningarna för att skapa en fungerande vårdkedja förbättras. I viss mån är detta något som redan sker med så kallade "case managers". Det finns en rad exempel på lyckade projekt med denna inriktning. Problemet är att dessa framgångsrika projekt ofta pågår under en begränsad period. För att en varaktig förändring skall kunna åstad-

Fel! Okänt namn på

kommas bör ersättningen till vårdgivarna ”följa patienten”. Först då kan insatserna samordnas på ett sätt som maximerar utbytet för vårdtagaren.

Vårdgaranti införs även för den psykiatriska vården.

### 9.3 Fler vårdplatser och färre huvudmän

Psykiatrin befinner sig i en organisatorisk kris, delvis till följd av tre samexisterande kulturer i svensk sjukvård: den politiska kulturen, tjänstemannakulturen och vårdpersonalens. Antalet vårdplatser har på tio år sjunkit från 14 000 till färre än 5 000. Det har medfört kortare vårdtider och ofta för tidiga utskrivningar till den öppna psykiatriska vården, socialtjänsten och primärvården. Följden har blivit en ökad risk för återinsjuknanden, och återintagning (”svängdörrsfenomen”). Samordningen mellan vårdgivarna brister, särskilt samordningen av kommunal missbruksvård med slutna och öppna psykiatrisk vård. I dag hamnar patienter som är hemlösa, psykiskt sjuka och missbrukar alkohol och narkotika ofta hos socialtjänsten som saknar såväl kompetens som resurser och direktiv att ta hand om svårt sjuka och impulsiva personer.

Samtidigt har Sverige jämfört med många andra länder ett stort antal specialistutbildade psykiater (ca 2 200) samt jämförelsevis många sjuksköterskor, skötare, arbetsterapeuter, kuratorer och kliniska psykologer som arbetar inom den kliniska psykiatrin. Uppenbarligen behöver denna expertis tillvaratas bättre inom en ram av evidensbaserad verksamhet, prestationsstimulans och klara ansvarsförhållanden.

Primärvården bör öppnas upp för fler specialiteter än i dag. Vi vill dessutom att kommunerna ska ha rätt att anställa läkare för att stödja den kommunala omsorgen. Därutöver vill vi ge kommunerna 300 miljoner kronor för att utveckla anhörigvården.

Fler vårdplatser och bättre utnyttjande av befintliga resurser.

Kommunerna ska få anställa läkare.

Kommunerna ges extra medel för att utveckla stödet till anhöriga.

### 9.4 Låt resurserna följa patienten

Psykiatrins andel av sjukvårdsbudgeten i Sverige är jämförelsevis stor (11 procent), och vi moderater anser att befintliga resurser kan utnyttjas bättre. I landstingens budgetsystem är patienten ett väsentligen maktlöst objekt. Patient- och anhörigföreningarna omyndigförklaras, anses inte kunna ta till sig läkemedelsinformation och anklagas ibland från vänsterhåll för att vara köpta av läkemedelsföretagen. Patienten (eller dennes ombud) är därför inte en kund som kan betala för sig och ställa krav och välja. I dagens sjukvård är den psykiskt sjuka patienten utlämnad till den vård som landstinget erbjuder, och styrs mer av adress än av behov. Skulle patienten vilja ha annan vård får

#### Fel! Okänt namn på

han/hon betala en gång till. Både via sin skatt och för den vård han själv väljer/köper.

Med ett fritt vårdval som bryter landstingens och kommunernas nuvarande monopolställning kommer mångfalden i utbudet av psykiatrisk behandling och vård att öka. Det är välkommet; patienterna ska kunna välja mellan olika evidensbaserade behandlingar. Ett fritt vårdval är särskilt viktigt inom denna vårdgren, eftersom patienten utlämnar särskilt känsliga uppgifter om sitt liv. Därför bör inte heller närhetsprincipen tillämpas. Tvärtom är det angeläget för många patienter att kunna söka vård långt bort från nyfikna grannar. Undantag från det fria vårdvalet gäller vid tvångsvård.

Försöken med personliga ombud har varit framgångsrika. De skall bidra till att psykiskt funktionshindrade får sina rättigheter till vård, stöd och service tillgodosedda. Målet är förbättrad livskvalitet och ökad självständighet för de personer som finns i målgruppen. Det personliga ombudet skall hjälpa sin uppdragsgivare, den psykiskt funktionshindrade, i hans/hennes samtliga myndighetskontakter såsom hälso- och sjukvård, socialtjänst, socialförsäkring och arbetsmarknadsåtgärder.

Ombuden skall vara en tillgång för de funktionshindrade, inte för myndighetspersoner eller andra personalgrupper.

Fritt val av evidensbaserade behandlingsprogram inom psykiatri där den ekonomiska ersättningen går till den vårdgivare som patienten själv väljer.
--

Försöken med personliga ombud permanentas och utökas.
---

## 9.5 Inför kvalitetskrav och ackreditering

En moderat politik för psykiatri tar sin utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet. Parallellt med en mångfald av vårdgivare ska det ställas höga krav på vårdkvaliteten.

Den växande rörelsen alternativmedicin använder ibland förklaringsgrunder som inte är mätbara med vetenskapliga metoder. Försäkringskassor och företag har av och till betalat för behandlingar som helt saknar vetenskaplig grund. Vi avvisar inte behandlingarna som så – varje individ skall ha rätt att välja det han eller hon tror på – men anser att de medel som skattebetalarna står för skall användas med stor omsorg. Av Socialstyrelsen legitimerad vårdpersonal får inte använda vissa alternativa metoder i vården eller i egen verksamhet. Det är då inte heller rimligt att använda skattemedel till vård som inte har vetenskaplig grund. En psykiatrisk och psykoterapeutisk ackreditering är därför nödvändig för ett införlivande i en skattefinansierad hälso- och sjukvård. Kontinuerlig vidareutbildning skall vara obligatorisk liksom i USA och andra europeiska länder. Dessa kompetenskrav borde ställas inte bara på svenska vårdgivare utan likformas inom EU.

Vi vill pröva i vilken mån evidensbaserade riktlinjer tillämpas i den dagliga vården, samt införa kvalitetsregister för att kunna jämföra prestationer mellan olika vårdgivare. Resultaten skulle underlätta för patienten att välja vård.

## Fel! Okänt namn på

I dag är tillsyn och kvalitetsarbete splittrat på olika myndigheter, vilket leder till otydligt ansvar och dåligt resursutnyttjande. Vid Moderaternas arbetsstämma 2005 beslutades att Moderaterna skall verka för att tillskapa en samlad och oberoende tillsynsorganisation. Kompetensen hämtas bl.a. från Socialstyrelsen och länsstyrelsernas tillsynsdelar. Denna tillsynsorganisation skall godkänna vårdgivare, svara för kvalitetssäkring och revision. Samma krav skall finnas för offentlig och icke offentlig vårdgivare.

Öppna nationella kvalitetsregister och så kallad ranking underlättar för patienter att välja och bidrar till att utveckla kvaliteten och effektiviteten i vården.

Inför tydliga kvalitetskrav.

Alla vårdgivare skall ackrediteras.

Kvalitetsregister skall vara öppna och finnas för samtliga specialiteter.

Endast evidensbaserade behandlingar skall finansieras med offentliga medel.

## 9.6 Riktlinjer för behandlingshem

I Sverige saknas det systematiska utvärderingar av behandlingshem och servicebostäder. Detta trots en omfattande utbyggnad i såväl Europa som USA. Det saknas grundade riktlinjer för hur patienterna skall vårdas samt uppgifter om verksamheternas omfattning och kvalitet. Betydelsen av personaltäthet, utbildning, personalens känslöengagemang, hemlik miljö och möjlighet till avskildhet är otillfredsställande utrett.

Detta är en resurskrävande verksamhet (1 800–2 500 kr per dag) som omfattar de tyngsta patienterna i vårdapparaten; ofta med flera diagnoser såsom psykos, beroende och utagerande beteendestörning. Flera vårdas med permission från lagen om psykiatrisk tvångsvård respektive lagen om rättspsykiatrisk vård. Det ekonomiska ansvaret för dessa patienter bollas mellan landsting och kommun vilket skapar problem för patienter som behöver kontinuitet och långsiktighet.

En ansvarsfördelning som tar sikte på patientens bästa och möjligheter i stället för den ständiga kampen om vem som skall slippa betala vården är nödvändig. Betalningsansvaret för patienter med långvariga behov bör kunna delas mellan kommun och landsting. Patienter med långvariga behov av såväl psykiatrisk vård från sjukvårdshuvudmannen som i behov av stöd från kommunerna skall kunna ingå i verksamheter som finansieras gemensamt av huvudmännen. De försök som i dag pågår skall ges möjligheter att bli permanenta och utvecklas till nya vårdformer med samlat kostnadsansvar, där t.ex. en Case Manager ansvarar för att patienten får den vård och det stöd han eller hon behöver.

Fel! Okänt namn på

Riktlinjer införs för behandlingshem och boendeformer.

Betalningsansvaret för de patienter som behöver såväl behandling som långvarig rehabilitering bör delas mellan kommun och landsting.

## 9.7 Rätt till arbete

Att ha ett arbete är för oss människor ett sätt, en väg att visa vad vi förmår, och i samarbetet på arbetsplatserna växer vi som människor. Arbetet är viktigt för våra möjligheter till utveckling och för våra sociala nätverk. Att exkluderas från arbetsmarknaden skadar känslan av tillhörighet och är en grogrund för utanförskap. Alla människor klarar inte ett arbete på heltid, en del klarar inte heller ett deltidsarbete, men alla behöver en meningsfull dag, någonting som väntar, någonstans att gå, en sysselsättning.

En del personer med psykisk sjukdom har svårt att konkurrera på den öppna arbetsmarknaden. Moderaternas förslag till en politik för fler i arbete innehåller förslag om sänkta sociala avgifter för personer som har svårt att själva hitta fäste på arbetsmarknaden och är ett sätt att hjälpa många till ett arbete och allt det goda ett arbete kan innebära.

Vi föreslår, tillsammans med de övriga partierna i Allians för Sverige, ett system med nystartsjobb. Systemet innebär kraftigt sänkta arbetsgivaravgifter för personer som varit ifrån arbetsmarknaden en lång tid och gäller lika lång tid som frånvaron varat. Skattesänkningen blir en rättighet som den anställde och arbetsgivaren direkt kan ansöka om hos skattemyndigheten.

Ibland kan det vara en fördel att ha en kontaktperson knuten till sig på arbetsplatsen. Vi föreslår att arbetsgivare som anställer personer med psykiska problem och som låter en arbetskamrat bli särskild kontaktperson ska ersättas för detta.

För de personer med psykiska funktionshinder som saknar förvärsarbete och inte heller klarar det är det viktigt att kommuner erbjuder daglig verksamhet. Verksamheten skall erbjuda den enskilde stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap.

Ideella organisationer som exempelvis Stiftelsen Fountain House underlättar för personer med psykiska funktionshinder att kunna leva ett bättre liv. Där arbetar man bland annat med övergångsarbeten som ett steg mot den öppna arbetsmarknaden för sina medlemmar.

Nystartsjobb för personer med svag förankring på arbetsmarknaden införs.

Kontaktpersoner införs.

## 9.8 Ett nationellt institut för medicin och hälsa

Vid Socialstyrelsen finns ingen formellt ansvarig för psykiatri. I Socialdepartementet hanteras opinionsbildning i psykiatriska frågor av politiskt tillsatta tjänstemän. Det är med andra ord inte den medicinska professionen som



## Fel! Okänt namn på

äger frågan om psykiatrins innehåll och framtid, utan de frågorna sköts av andra.

Psykiatrin behöver återges status av en kunskapsbaserad klinisk verksamhet på samma vetenskapliga nivå som andra medicinska discipliner. Specialiteten måste kunna dra till sig kvalificerade läkare och sjuksköterskor som känner yrkesstolthet och ansvar för patienterna. I ett moderatstyrt Sverige skall därför den skattefinansierade psykiatrin grundas på vetenskapliga metoder och ledas av specialistutbildade läkare. Befintliga resurser ska utnyttjas mer professionellt.

I USA, Kanada och Storbritannien finns oberoende institut som anger riktlinjer för psykiatrisk behandling och vård, samt anger prioriterade forskningsområden. Sverige behöver gå samma väg. Vid Moderaternas arbetsstämma 2005 beslutades att ett institut för medicin och hälsa skapas av olika myndigheter som var för sig svarar för olika delar av forskning som rör medicin och hälsa. Detta institut bör också ansvara för att ange prioriterade ämnen för psykiatrisk forskning och utveckling.

Ett nationellt institut för medicin och hälsa inrättas. En uppgift blir bland annat att utarbeta riktlinjer för psykiatrisk behandling och vård.
--

## 9.9 Rättsväsendet

I Stockholm har sju av tio våldsvärkare sökt, men nekats, hjälp före våldsdådet. Att så många faller igenom är helt oacceptabelt. För psykiskt sjuka missbrukare är bristen på samarbete mellan socialtjänst och vård i olika former ofta det som får vågskålen att väga över till fortsatt missbruk och accelererande sjukdom. Vi anser att problemet med det dubbla huvudmannaskapet måste lösas. En huvudman bör ha ansvaret för det totala bemötandet av dessa utsatta människor. Dessutom krävs klara riktlinjer för vården av psykiskt sjuka missbrukare.

Den senare tidens våldsdåd begångna av psykiskt störda personer har satt fokus på brister i psykiatrin. Neddragningar inom denna sektor har också påverkat rättsväsendet och människors trygghet. Platsbrist på de psykiatriska avdelningarna leder till att många svårt sjuka tvingas sitta i vanliga häkten. Detta leder dels till en ökning av platsbristen på häkten, dels till ytterligare problem och lidande för de psykiskt sjuka. Förhållandena på landets överfulla häkten och anstalter innebär att frihetsberövade berövas såväl rättigheter, till exempel besök eller rekreation, som realistiska möjligheter till vård. Detta drabbar alla, men svårast blir situationen för dem med de största behoven.

Personer under behandling hos psykiatriker kan ibland begå brott under tiden behandling pågår. Det händer ofta att åklagare lägger ned sådana mål, vilket är fel. Domstolarna måste hantera brott som vanligt och den som begått brott skall dömas för det. Om vanlig vård inte är tillräckligt och en person begår brott, kanske vederbörande skall dömas till annan vård. Man får inte bortse från att hämtning av polis, förhör m.m. även kan ha en individualprevention också för en psykiskt sjuk person. Vår uppfattning är att det är dom-

#### **Fel! Okänt namn på**

stolarna som skall bedöma och döma i dessa fall, inte enskilda åklagare genom att lägga ned mål.

I väntan på en översyn av psykiatrin och vården av psykiskt sjuka, eller konkreta förslag på basis av Psykansvarsutredningen, måste regeringen ta sitt ansvar för att uppfylla grundläggande krav på trygghet för oss alla. Vi anser därför att regeringen snarast måste återkomma med en samlad redovisning av hur psykiskt sjuka skall kunna beredas vård, antingen frivilligt eller genom lagen om psykiatrisk tvångsvård. Detta är en förutsättning för att våldsbrott på grund av psykisk sjukdom skall förhindras.

#### **9.9.1 Neuropsykiatri bland män som begått brott**

25 procent av rättspsykiatriskt undersökta män har haft ADHD-relaterade problem utan att ha fått diagnos och hjälp. Detta trots att de under sin uppväxt har varit i kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin.

Psykologen Anna Dåderman har studerat i vilken mån män mellan 16 och 35 år, som utreddes rättspsykiatriskt under åren 1997–1998, har haft psykologiska eller psykiatriska besvär som barn. Frågeställningen var huruvida dessa män hade varit i kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin som barn och vilken hjälp de i sådana fall fick. Hennes studie visar att hälften av de män som genomgår rättspsykiatrisk undersökning, undantaget de psykotiska, har varit i kontakt med psykiatrin under barn- eller ungdomsåren. Journalerna visar att 25 procent av dessa män hade ADHD-relaterade problem.

I en tidigare studie har Dåderman visat att 40 procent av dessa män är dyslektiker. Detta innebär att de var dyslektiker även som barn utan att uppmärksammas av barn- och ungdomspsykiatrin.

Om barnen hade fått den hjälp de behövde i form av läkemedel, hjälp mot dyslexi eller andra former av stöd hade man kunnat minska sannolikheten för dessa barn att bli misstänkta för allvarliga brott och föremål för rättspsykiatriska undersökningar i framtiden, enligt Dådermans slutsats.

Alla barn som lämnar grundskolan skall ha lärt sig att läsa, räkna och skriva.

Barn med neuropsykiatrisk störning bör utredas professionellt och få adekvat behandling.

#### **9.9.2 Avskaffa fängelseförbudet**

I Sverige anmäls 1,2 miljoner brott per år, varav ca 220 000 klaras upp. Antalet personer som döms för brott uppgår till 55 000, varav 12 000 döms till fängelse. Domstolarna verkställer omkring 2 400 psykiatriska undersökningar som underlag för dom om fängelse eller rättspsykiatrisk vård. Vid grova våldsbrott görs regelmässigt en psykiatrisk undersökning.

Omkring 45 000 personer får uppsöka läkare varje år på grund av kroppsskada efter våld. Under år 2004 anmäldes 67 000 fall av misshandel, 215 fall

## Fel! Okänt namn på

av mord/dråp, 2 631 våldtäkter och 8 590 grova rån.<sup>9</sup> Även triviala brott kan leda till kraftiga psykiska reaktioner hos brottsoffret samtidigt som mediernas uppmärksamhet är påträngande. Anhöriga till brottsoffer, inte minst barn, kan också utveckla psykiska reaktioner.

Sedan antikens Grekland har undantag gjorts för brott begångna av psykiskt störda medborgare, men stora skillnader föreligger mellan olika länder och epoker. I Sverige vilar rättsens ställningstagande i huvudsak på en rättspsykiatrisk undersökning. I övriga Europa gör rätten, oavsett psykisk störning, en juridisk bedömning om personen är tillräckelig, och då döms vederbörande till fängelse.

Sverige bör gå samma väg. Begreppet tillräckelig bör införas i svensk lagstiftning. Därtill bör fängelseförbudet (att rätten inte får döma till fängelse vid en allvarlig psykisk störning) tas bort. Fängelseförbudet bryter mot det allmänna rättsmedvetandet, vilket också märks i domstolarnas praxis. I ett känt rättsfall från 1994 dömdes en man till livstids fängelse av Högsta domstolen efter det att han hade mördat sju personer och skadat ytterligare tre med ett automatgevär. Han ansågs ha varit psykotisk vid tillfället under inflytande av alkoholberusning, men dömdes likväl till fängelse. I fallet Anna Lindhs mördare gjorde HD en liknande bedömning.

HD:s beslut var rimliga, och bör få ett tydligt stöd i lagen. Rätten bör kunna döma till fängelse även för psykiskt sjuka människor, varefter de som behöver behandling för psykisk sjukdom bör och skall få det i kriminalvårdens regi. Skyddsbehovet för samhället måste tillåtas väga tyngre än vad fallet är i dag.

Även med dagens rättssystem har en stor andel av de 12 000 intagna i kriminalvården psykisk ohälsa och missbruksproblem. Under tiden i fängelse ska den frihetsberövade kunna genomgå psykiatrisk behandling och rehabilitering. I en undersökning av 12 687 fängelsedömda under en tolv månadersperiod behövde 294 (2,3 procent) psykiatrisk vård, vilket huvudsakligen ägde rum inom kriminalvårdens öppenvård. De vanligaste diagnoserna var depression, ångest, psykos, personlighetsstörning och hjärnskadesyndrom. Det är en utmaning för vårdgivaren att vinna den intagnes förtroende trots den tvingande ramen. Fängelset kan dock vara det första tillfället då den intagne erfar konstruktiv samhörighet, kontinuitet, respekt, förutseende och ansvarsgivande överenskommelser.

Fängelseförbudet avskaffas.
-----------------------------

### 9.9.3 Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

En översyn av LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård 1991:1128) är nödvändig. I dag är grunden för tvångsvård till följd av psykisk sjukdom slutenvård med tillgång till övervakad permission under några timmar. Enligt den tidi-

<sup>9</sup> Brottsförebyggande rådet.

#### Fel! Okänt namn på

gare tvångslagstiftningen LSPV 1965 kunde patienten också försöksutskrivras till öppen vård. Sådan försöksutskrivning bör återinföras så att en patient som återinsjuknar till följd av utebliven behandling kan återintas innan vederbörande gått ned sig så djupt att han fyller dagens stränga kriterier för intagning enligt LPT.

Ett exempel som visar på nödvändigheten av en lagändring är den unga flickan med uttalad suicidbenägenhet. Med en förändrad lagstiftning och hjälp av föreskrifter kan hon åläggas obligatorisk kontakt med öppenvården varje dag, och därmed få adekvat och nödvändig hjälp även i eget boende och utan att behöva vårdas på avdelning. Något hon ofta i brist på sjukdomsinsikt avstår ifrån så länge denna form av mildare tvång inte existerar. I dagsläget måste hon insjukna så mycket att det kan ta mycket lång tid att återhämta sig.

Den vanligaste orsaken till återintagning på klinik är att patienten själv avbryter behandling med antidepressiva eller antipsykosmedel eftersom han/hon mår bra och tycker att medicinen inte behövs längre. Sådana patienter bör efter en period av tvångsvård på slutet avdelning få fortsatt medicinering och symptomkontroll i öppenvården under försöksutskrivning.

Statistiken visar att tvångsvård tillgrips restriktivt. Under sex månader 2001 vårdades 2 811 patienter enligt LPT i Sverige.<sup>10</sup> I ytterligare 660 fall godkändes inte vårdintyget. Sjuttiofem procent av tvångsvårdfallen upphörde inom en månad. Hälften av fallen hade psykosdiagnos, och var femte en affektiv sjukdom. Nio patienter avled under vårdtiden, varav två i självmord.

Patienter som är farliga till följd av en kombination av hjärnskador och missbruk och som finns inom rehabiliteringsmedicinska kliniker fyller inte kriterierna för psykisk sjukdom enligt LPT – det finns alltså inget lagrum för dem. Patienter med både missbruk och psykisk sjukdom kan hamna mellan socialvård, missbruksvård och psykiatrisk vård där ingen vill ta ansvaret och kostnaden. Ansvaret måste utredas och det måste också skapas ett lagrum för dessa personer.

Försöksutskrivning återinförs för att kunna återinta patienter med återfall i svår psykisk sjukdom från öppen vård.

Milt tvång tillåts i öppenvården.

En författning skapas för att reglera vården av patienter inom rehabiliteringsmedicinska kliniker.

#### 9.9.4 Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)

En vanlig uppfattning inom den rättspsykiatriska vården är att det tyvärr pågår en ”svängdörrsvård” inom allmänpsykiatrin. Eftersom vården inte ges i tid, vid rätt tillfälle och patienterna också åker ut och in för vård eller inte alls kommer i fråga, är riskerna allt större för att de successivt blir allt sjukare och småningom utför handlingar som gör att de hamnar inom rättspsykiatrin.

<sup>10</sup> Socialstyrelsen 2001.

## Fel! Okänt namn på

Vid vård enligt lag om rättspsykiatrisk vård (LRV) finns svårigheter som måste uppmärksammas och åtgärdas. Bland annat finns för dåligt lagrum för att kunna göra insatser hos patienter när man exempelvis misstänker drogmissbruk hos en patient som är dömd till rättspsykiatrisk vård. Efter en permission eller ett besök har personalen inte rätt att göra fysisk visitation, vilket skulle vara effektivt. Att de dömda inom rättspsykiatrin har rätt till innehav av mobiltelefon, vilket dömda till vanlig kriminalvård inte har, gör att arbetet ytterligare försvåras. Patienter kan därför fortsätta att hota och förfölja samma personer de tidigare förföljt, alternativt kan de beställa droger eller andra varor. Det är därför viktigt att göra förändringar av lagen som medför att man kan göra samma visitationer som inom kriminalvården och också kunna besluta om inskränkningar i exempelvis telefonerande – något som också JO har uppmärksammat.

Gränsdragningen mellan den som är så psykiskt sjuk att han eller hon inte kan avtjäna ett fängelsestraff och den som faktiskt skulle förstå vad en rättsprocess innebär måste klargöras och moderniseras. Utredningen SOU 2002:3 Psykisk störning, brott och ansvar (Psykansvarskommittén) presenterar en rad förslag vilka sammantaget skulle borga för en mer ändamålsenlig ordning. Bland annat föreslås överlämnandepåföljden avskaffas till förmån för vanliga påföljder, samt att vårdbehov skall tillgodoses oberoende av påföljdsvalet. Vidare skall särskilda samhällsskyddsåtgärder införas. Utredningen vill renodla regelverket genom att särskilja och tydliggöra det straffrättsliga ansvaret, vårdbehovet och samhällsskyddet.

Inom kriminalvården görs riskbedömningar av de intagna, men en helhets-syn saknas när det gäller dessa bedömningar. Olika instrument används med olika slutbedömningar som resultat. Det är viktigt att använda strukturerade riskbedömningsinstrument som bygger på vetenskap. Det beslutsunderlag man då får, gör att det går att undvika misstag i hanteringen av patienter/intagna. En korrekt riskbedömning gör att det är lättare att undvika att göra misstag, exempelvis genom att flytta en rymningsbenägen intagen till en öppen anstalt.

Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) bör förändras.
---

Ett gemensamt riskbedömningsinstrument inom kriminalvården införs.
--

### 9.9.5 Humanitärt boende

Hemlöshet är huvudsakligen ett storstadsproblem, och bland de hemlösa finns en växande andel med psykisk sjukdom. Alkohol- och narkotikaberoende är också vanligt. Livssituationen för drogberoende personer försvåras ytterligare av hemlöshet. Behandlingen bör därför kopplas till tillgång till bostad. Huvudmännen (eller med moderat politik den samlade huvudmannen) bör satsa på boendeformer för psykiskt sjuka människor, även för dem med missbrukarbakgrund. Vi ser fördelar med den garanti som införts i Stockholm. En viktig del av "tak över huvudet-garantin" är att den ser till den enskilde individen och hans eller hennes behov. Den ger rätt till akut boende, oavsett vad som gäller i övrigt med socialtjänsten. Garantin stärker de hemlösa och det

**Fel! Okänt namn på**

blir lättare att söka hjälp när hjälpen sker på egna villkor. I Stockholm är det framför allt fler kvinnor som har sökt hjälp sedan garantin infördes.

Vi vill därför öppna för införandet av "tak-över-huvudet"-garantier i borgerligt styrda kommuner. Beslutet om att införa en garanti tas förstås av de enskilda kommunerna. Moderaternas ekonomiska resurstillskott ökar dock möjligheten för alltfler kommuner att pröva denna väg.

Pröva "tak-över-huvudet-garanti" i borgerligt styrda kommuner.
--

### **9.9.6 Finansiering av rättspsykiatrisk vård**

Vissa personer som begått brott döms till rättspsykiatrisk vård i stället för att avtjäna straffet i fängelse. Detta får ekonomiska konsekvenser för landstingen som är de som bekostar den psykiatriska vården. Annan psykiatrisk vård blir ofta lidande eftersom landstingen har knappa resurser och rättspsykiatrin har vuxit så i omfång att den tränger ut den ordinarie vården. Tydliga exempel är både Värmlands och Jönköpings läns landsting.

Staten är "vinnare" i detta sammanhang eftersom den övriga kriminalvården helt bekostas av staten till skillnad från den rättspsykiatriska, där vården utförs och bekostas i huvudsak av landstingen. Denna märkliga ordning, att statliga domstolar dömer ut vård som betalas av annan än en statlig huvudman har uppmärksammats tidigare, bland annat av Psykansvarskommittén. Ett av förslagen från kommittén var att: "Staten skall ta ett större ansvar för den rättspsykiatriska vården genom att överta finansieringen av vården. Driften skall dock ligga kvar hos sjukvårdshuvudmännen."

En tredjedel av de personer som döms till rättspsykiatrisk vård vårdas i dag på regionvårdskliniker, en tredjedel på länskliniker med högre säkerhet och en tredjedel på vanliga psykiatriska kliniker. Under de senaste två åren har det skett en ökning av rättspsykiatriska undersökningar. Antalet domar med påföljden rättspsykiatrisk vård har under de senaste åren varit tämligen konstant. Antalet personer i rättspsykiatrisk vård ökar dock eftersom vårdtiderna blivit längre. Detta har inneburit en allt större påfrestning på landstingen.

De som på grund av systemet drabbas är patienter inom allmänpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin och öppenvården. Den vanliga psykiatrin trängs undan, eftersom rättspsykiatrin prioriterar sig själv. Detta kan bara betraktas som synnerligen otillfredsställande. Psykansvarskommittén lade sitt förslag i januari 2002 – regeringen har ännu inte behandlat förslaget och vid upprepade frågor till ansvarig minister kommer bara vaga svar om att det är på "beredning". Vår uppfattning är att ansvaret för den rättspsykiatriska vården skall flyttas över från landstingen till staten. Det skall inte vara så att psykiskt sjuka personer går miste om vård på grund av att rättspsykiatrin trängt undan den ordinarie vården.

Ansvaret för rättspsykiatrisk vård tas över av staten.
--

## 9.10 Pröva ”smart cards”

Utrikesminister Anna Lindhs mördare uppsökte under tiden före dådet sex olika läkare som skrev ut 15 olika psykofarmaka. Även i mindre uppmärksammade fall, inte minst fall som inte alls berörs av våld, kvarstår okontrollerad läkemedelsanvändning som ett problem för såväl samhälle som individ.

Problemet kan mötas med så kallade smart cards; ett kort med ett datachip. Chipet kan bära uppgifter om läkemedelsanvändning, läkares namn, särskilt boende, personligt ombud m.m. Det skall vara frivilligt för patienten att lämna ut uppgifter från kortet. Integritetskränkning är inte möjlig vid bruk av smart cards, eftersom patienten bär på sin egen information. Däremot stärks receptförskrivarens befogenhet att vägra förskrivning om denne nekas tillgång till patientens smart card.

Flera försök har gjorts i Europa med att införa smart cards i sjukvården. De kort som används liknar dem som används inom andra samhällssektorer, till exempel telekommunikation och bankväsen.

Det mest kompletta projektet på hälsoområdet är GIE Sesam Vitale som används i bl.a. Frankrike. Detta kortsystem syftar till att ersätta pappersblanketter med elektroniska formulär och på så sätt underlätta relationerna mellan patienter, yrkesverksamma inom vård och försäkringskassor, samtidigt som det håller en hög säkerhetsnivå. Det erbjuder patienterna tjänster av hög kvalitet med förenklade administrativa rutiner och snabbare ersättningar. Vidare underlättas den medicinska kontrollen av hur sjukvårdskostnaderna utvecklas genom ett mer pålitligt system för datainsamling som underlättar analys.

Den största marknaden för smart cards i hälso- och sjukvården i Europa är Frankrike och Tyskland. I Belgien, Italien och Storbritannien finns projekt i mindre skala. Frågan om ett europeiskt hälsokort har diskuterats inom EU alltsedan början av 1980-talet. Syftet med ett europeiskt hälsokort skulle vara att ge snabb och smidig tillgång till hälso- och försäkringsuppgifter och att skapa ett integrerat system för att överbrygga skillnaderna mellan medlemsstaternas olika sjukvårdssystem.<sup>11</sup>

Ett system med smart cards prövas.
------------------------------------

## 9.11 Behovet av förbättrad utbildning

Inom de svenska landstingens specialiserade psykiatriska vård arbetade år 2001 16 865 kvinnor och 7 149 män. Av dessa var 1 530 specialitläkare i allmän psykiatri, 317 i barn- och ungdomspsykiatri samt 54 i rättspsykiatri. Antalet skötare i landstingen år 2001 var 10 027 (62 procent män) och i kommunerna 4 939 (78 procent kvinnor).

<sup>11</sup> Se vidare Europaparlamentets information om ett europeiskt hälsokort (Generaldirektoratet för forskning – Direktorat A. STOA)  
[http://www.europarl.eu.int/stoa/publi/pdf/summaries/00-09-02sum\\_sv.pdf](http://www.europarl.eu.int/stoa/publi/pdf/summaries/00-09-02sum_sv.pdf)

## Fel! Okänt namn på

De psykiskt sjuka vårdas av olika personalgrupper som borde ha grundkunskaper om deras symtom och behov: inom primärvård, specialiserad vuxenpsykiatri, rättspsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, socialvård, beroendevård, kriminalvård, äldrevård, sjukgymnastik, logopedi, arbetsterapi och ungdomsmottagningar. Särskilt när vården är tvingande borde samhället ha högt ställda krav på personalens kunskaper.

Allmänläkarna kan välja 3–6 månaders randutbildning i allmän psykiatri. Läkemedelsföretagen har under senare år arrangerat vidareutbildningsseminarier i primärvården för läkare och sjuksköterskor och har ordnat sköterskeledda patientgrupper för utbildning och stöd.

Det finns endast en psykiater anställd i kriminalvården. Enligt Psykanvarskommitténs (SOU 2002:3) förslag kommer alla lagöverträdare att dömas till kriminalvård, varefter de med allvarlig psykisk störning kan överföras till rättspsykiatrisk vård. Det medför nya höga krav på personalkompetens. Kriminalvårdarens utbildning i psykiatri inskränker sig i dag till några lektionstimmor.

Schizofreni, drogmissbruk, ätstörningar och neuropsykiatriska tillstånd har bättre prognos ju tidigare i förloppet som symtomen uppmärksammas. Ungdomsmottagningarnas närhet och låga profil kan ha stor betydelse för detta. Utbildning i psykiatrisk sjukdomslära och beroendelära av denna personalgrupp förekommer, såvitt vi vet, inte på ett systematiskt sätt.

Sammanfattningsvis visar undersökningar att stora grupper vårdpersonal med dagligt ansvar för psykiskt sjuka saknar utbildning för detta. Skötarutbildningen har förlagts till gymnasietets vårdlinje, kuratorer och socialsekreterare har ingen psykiatrisk grundutbildning, kriminalvårdare har ett par timmars undervisning och sjuksköterskor examineras ibland utan vare sig teoretisk utbildning eller praktik med psykiskt sjuka. Högskoleverket har i utvärderingen av olika vårdutbildningar nu ställt sådana krav, vilket hörsammats av vissa högskolor som börjat höja kvaliteten på sina grundutbildningsprogram för att få fortsatt ackreditering. Innehållet i befintliga utbildningar utmärks enligt Högskoleverkets utvärderare av "1800-talstänkande" och det saknas evidensbaserad kurslitteratur för dessa personalgrupper.

De medicinska fakulteterna som i dag utbildar läkare borde alltså få lärarresurser och kvalitetsgranskade kursplaner (core curriculum) för att utbilda vårdstuderande som i sina yrken kommer att ansvara för psykiskt sjuka. Innehållet i utbildningarna borde grundas i vetenskap och riktlinjer som framtagits av expertgrupper med representanter för personalgrupper, patienter och anhöriga. Sådana vårdprogram finns utarbetade av flera landsting, bland annat i Stockholm och Uppsala.

De aktuella personalgrupperna riskerar att utsättas för våld, stigmatisering och utmattningssyndrom, särskilt de som saknar behörig kompetens. Anhöriga vittnar om hur osystematiskt och dogmatiskt vården bedrivs på sina håll. I många vårdverksamheter saknas tillgång till daglig sakkunnig handledning av psykiater eller annan läkare.

Med andra ord saknas ett samlat grepp när det gäller utbildning av all den personal som på olika sätt arbetar med psykiskt sjuka personer. Högskoleverket och universiteten bör ansvara för detta samlade grepp. Där skall ingå



analys om aktuella utbildningar, deras innehåll och också förslag om utveckling av dem. Evidensbaserad psykiatrisk sjukdomslära bör ingå som en naturlig del. Behovet av kontinuerlig vidareutbildning för vissa personalgrupper bör också undersökas. För att skapa ett kunskapsvänligt klimat i vården bör det också finnas möjlighet för vårdpersonal att vidareutbilda sig, att tillgodoräkna pedagogiska meriter och forskningsmeriter och att kunna avsätta arbetstid för förkovran och forskning.

Modernisera grund- och vidareutbildningen för personal inom psykiatrin.

## 9.12 En statlig finansiering av vården och avskaffande av landstingen

Dagens uppdelade finansieringsansvar mellan landsting och stat gör det svårt att utforma en bra vård utifrån den enskilde patientens behov. Finansierings-systemet har inte bara skapat dåliga förutsättningar för en likvärdig vård i hela landet. Därtill har det gett svensk sjukvård en onödig, kostsam och byråkratisk överbyggnad. Detta i form av den mellannivå – mellan finansiering, vårdgivare och den enskilde patienten – som landstingen utgör. Landstingen är ett hinder för att skapa en bättre svensk sjukvård.

För att lägga grund för en bättre sjukvård ter sig en övergång till en renodlad statlig finansiering som nödvändig. För medborgarna finns inget skäl att bygga politiska nivåer för en välfärdsverksamhet som, liksom sjukvården, allt mindre har bäring på regional organisation, utan snarare på ett gränslöst och direkt möte mellan patient och vårdgivare. Följaktligen bör landstingens beskattningsrätt på sikt avskaffas. I stället föreslår vi, liksom Vårdförbundet, Läkarförbundet och flera andra organisationer, att en statlig finansiering ersätter dagens landstingsskatt.

Statlig finansiering är en grundförutsättning för att garantera jämlik vård i hela landet. Som patient är man då inte längre utlämnad till den regionala landstingspolitikens prioriteringar. Med statlig finansiering följer en rad fördelar. Riskspridningen blir bättre och gränsen mellan högspecialiserad vård och länssjukvård kan hanteras smidigare utan att onödiga barriärer sätts upp.

En centralisering öppnar i detta fall även för en betydande decentralisering. Med en statligt finansierad hälso- och sjukvård kan landstingen läggas ned, patienterna ges större möjlighet att själva utforma sitt dagliga arbete. En statligt finansierad hälso- och sjukvård skapar därtill förutsättningar för att i större utsträckning samordna ersättningen för läkemedel och eventuellt delar av ansvaret för sjukpenningen. Därigenom kan de offentliga resurserna i samhället utnyttjas bättre.

Förändringen av sjukvårdens finansieringssystem är en komplicerad process som måste bygga på långsiktighet i det politiska arbetet. Eventuella övergångsproblem behöver noggrant belysas. Vägen till statlig finansiering behöver utredas, planeras och genomföras så att medborgarnas tillgång till en fullgod vård inte påverkas negativt under förändringen.

**Fel! Okänt namn på**

Finansieringen av psykiatrin tas över av staten.  
Landstingen avskaffas.

Stockholm den 3 oktober 2005

*Cristina Husmark Pehrsson (m)*

*Anne Marie Brodén (m)*

*Maud Ekendahl (m)*

*Stefan Hagfeldt (m)*

*Magdalena Andersson (m)*

*Lena Adelsohn Liljeroth (m)*