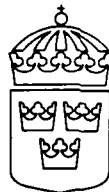


# Regeringens proposition

## 1993/94:218

Psykiskt stördas villkor



Prop.  
1993/94:218

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 24 mars 1994

*Carl Bildt*

*Bo Könberg*

### Propositionens huvudsakliga innehåll

De åtgärder som föreslås i denna proposition syftar till att förbättra de psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Förslagen avser i huvudsak ansvarsfördelning och organisation när det gäller stöd och service till psykiskt störda. Det finns därutöver vissa förslag som behandlar olika behovsområden för psykiskt störda.

I propositionen föreslås olika åtgärder för att ge ett mer effektivt och samordnat samhällsstöd till framför allt personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar. Socialtjänstlagen (SoL) förtydligas genom att det i 21 a § SoL föreskrivs att kommunens uppgifter avser människor med såväl fysiska som *psykiska* funktionshinder. Socialstyrelsen avses vidare ges i uppdrag att särskilt följa upp tillämpningen av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) med avseende på psykiskt störda. Resultatet av uppföljningen bör utgöra underlag för regeringens framtida bedömning av om utformningen av LSS är ändamålsenlig när det gäller stöd till psykiskt störda.

I propositionen diskuteras om stödet och servicen till personer med långvarig och allvarlig psykisk störning skulle kunna förbättras om det fanns särskilda personer – s.k. personliga ombud – med ett klart definierat ansvar för att individens behov uppmärksammas och för att insatserna samordnas. För att utveckla det personliga stödet föreslås att funktionen personligt ombud för långvarigt och allvarligt psykiskt störda prövas i en försöksverksamhet under tre års tid.

Det är av stor vikt att nya boendeformer utvecklas inom kommunerna. För att påskynda denna utveckling föreslås kommunerna få ett lagreglerat

obligatoriskt betalningsansvar för vissa långvarigt psykiskt störda. Betalningsansvaret bör gälla de långvarigt psykiskt störda personer som av specialistkompetent psykiatriker bedömts vara medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk klinik eller annan enhet som bedriver aktiv psykiatrisk vård. För att komma ifråga för ett kommunalt betalningsansvar skall den enskilde ha vårdats sammanhängande inom slutna psykiatrisk vård i minst tre månader. Samtidigt bör möjligheten upphöra för kommuner och landsting att träffa frivilliga överenskommelser om ett kommunalt betalningsansvar för patienter inom psykiatri. Regeringen återkommer till den ekonomiska regleringen i annat sammanhang under innevarande riksmöte.

Regeringen uttalar vidare att Socialstyrelsen i samarbete med professionerna, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa samt Riksförbundet av Intresseföreningar för schizofreni bör göra en översyn och analys av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården.

I propositionen behandlas även vissa frågor som gäller rehabilitering av psykiskt störda. För att kunna följa utvecklingen av försäkringskassornas samordningsansvar för de psykiskt stördas rehabilitering avser regeringen ge Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsstyrelsen i uppdrag att redovisa i vilken omfattning som psykiskt störda, i förhållande till andra grupper, har fått del av rehabiliteringsinsatser. Vidare kommer de psykiskt stördas behov av rehabiliterings- och behandlingsinsatser att särskilt uppmärksammas vid de kommande överläggningarna med företrädare för landstingen och de landstingsfria kommunerna.

I propositionen föreslås vidare att att 50 miljoner kronor avsätts för att förbättra rehabiliteringen av tortyrskadade flyktingar.

Regeringen uttalar vidare att en utredning med parlamentarisk förankring bör tillsättas med uppgift att utifrån en kartläggning av psykiskt störda barns och ungdomars situation lämna förslag till erforderliga åtgärder.

Vidare framhålls i propositionen att vården och stödet till missbrukare med svåra psykiska störningar bör förstärkas. Detta bör ske inom ramen för nuvarande ansvarsgränser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården där psykiatri har ett tydligt vårdansvar också för missbrukare där missbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik. I syfte att förstärka samarbetet mellan socialtjänsten inklusive LVM-institutioner och hälso- och sjukvården föreslås att 45 miljoner kronor avsätts under en treårsperiod.

I syfte att underlätta genomförandet av reformerna läggs förslag om särskilda tidsbegränsade statsbidrag. Statliga bidrag skall utgå för bl.a. försöksverksamhet med personligt ombud, uppföljning och utvärdering, rehabilitering av tortyrskadade flyktingar, åtgärder för att förbättra vård och stöd till psykiskt störda missbrukare, kamrat- och anhörigstöd till psykiskt störda samt utveckling av arbetsformerna inom psykiatri och socialtjänst. Vidare föreslås att vissa medel från det stimulansbidrag till anordnande av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer som riksdagen beslutade i samband med Ädelreformen skall förbehållas

**långvarigt och allvarligt psykiskt störda. Enligt förslaget skall 300 miljoner kronor årligen avsättas för detta ändamål.**

**I propositionen föreslås att totalt 1 200 miljoner kronor i utökade statliga stimulansbidrag bör utgå till psykiatriområdet under kalenderåren 1995 - 1997.**

1	Förslag till riksdagsbeslut . . . . .	6
2	Lagtext . . . . .	6
2.1	Lag om ändring i socialtjänstlagen . . . . .	6
2.2	Lag om ändring i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård . . . . .	7
3	Inledning . . . . .	10
3.1	Bakgrund . . . . .	10
3.2	Ärendet och dess beredning . . . . .	11
4	Allmänna utgångspunkter . . . . .	12
4.1	Psykisk ohälsa i befolkningen . . . . .	12
4.2	Psykiska störningar . . . . .	13
4.3	Psykiskt stördas levnadsförhållanden . . . . .	15
4.4	Anhörigas situation . . . . .	17
4.5	Gällande lagstiftning . . . . .	18
5	Stöd och service till psykiskt funktionshindrade . . . . .	22
5.1	Förtydligt kommunalt huvudansvar för att planera och samordna insatser till psykiskt funktionshindrade . . . . .	22
5.2	Rättighetslagstiftning för psykiskt störda . . . . .	27
5.3	Försöksverksamhet med personligt ombud . . . . .	29
6	Kommunalt betalningsansvar för vissa långvarigt psykiskt störda . . . . .	34
6.1	Bakgrund . . . . .	34
6.2	Obligatoriskt kommunalt betalningsansvar . . . . .	41
6.3	Medicinskt färdigbehandlade i slutna psykiatriska vård . . . . .	43
6.4	Avgränsning av betalningsansvaret . . . . .	45
6.5	Ekonomisk reglering . . . . .	46
7	Nationell översyn av innehållet i den psykiatriska vården . . . . .	48
8	Rehabilitering för psykiskt störda . . . . .	50
8.1	Behoven av rehabilitering . . . . .	50
8.2	Ansvar för rehabilitering av psykiskt störda . . . . .	52
8.3	Särskild ersättning till landstingen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser . . . . .	56
8.4	Psykiatriutredningens förslag om rehabiliteringsbidrag . . . . .	58
9	Rehabilitering av tortyrskadade flyktingar . . . . .	60
9.1	Bakgrund . . . . .	60
9.2	Förstärkt statligt stöd . . . . .	66
10	Vård och stöd till psykiskt störda barn och ungdomar . . . . .	68
11	Psykiatrisk vård till vissa grupper . . . . .	71
11.1	Psykiatrisk vård till intagna i kriminalvården . . . . .	71
11.2	Missbrukare med svåra psykiska störningar . . . . .	75
12	Psykoterapi . . . . .	80
13	Tandvård . . . . .	84
14	Vissa särskilda statliga insatser . . . . .	87
14.1	Kamratstöd . . . . .	87
14.2	Anhörigstöd . . . . .	89

14.3	Statligt bidrag för utveckling av arbetsformerna inom psykiatri och socialtjänst . . . . .	91
14.4	Stimulansbidrag till byggande av gruppboheter och andra alternativa boendeformer . . . . .	94
14.5	Uppföljning, utvärdering och tillsyn . . . . .	98
14.6	Stöd till det psykiatriska utvecklingsarbetet i Östeuropa	100
15	Statligt stöd inom psykiatriområdet . . . . .	103
16	Författningskommentar . . . . .	107
16.1.	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620) . . . . .	107
16.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård . . . . .	107
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 24 mars 1994	111

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 1993/94:218

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620),
2. antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård,
3. till *Bidrag till psykiatriområdet* för budgetåret 1994/95 under femte huvudtiteln anvisar ett reservationsanslag på 200 miljoner kronor för de ändamål som redovisas i propositionen (avsnitt 5, 7, 9, 11 och 14).

## 2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 2.1 Förslag till

#### Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Häri genom föreskrivs att 21 a § socialtjänstlagen (1980:620)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på *detta område*.

Kommunen skall planera sina insatser för människor med funktionshinder. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

#### *Föreslagen lydelse*

#### 21 a §<sup>2</sup>

Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med *fysiska och psykiska* funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på  *dessa områden*.

Kommunen skall planera sina insatser för människor med *fysiska och psykiska* funktionshinder. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1995.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1988:871.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1993:390.

## 2.2 Förslag till

Prop. 1993/94:218

### Lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård<sup>1</sup>

*dels* att de nuvarande 6-11 §§ skall betecknas 10-15 §§,

*dels* att de nya 11 och 13-14 §§ samt rubriken närmast före nuvarande 6 § skall ha följande lydelse,

*dels* att rubrikerna närmast före nuvarande 6, 9 och 11 §§ skall sättas närmast före de nya 10, 13 och 15 §§,

*dels* att det i lagen skall införas fyra nya paragrafer, 6-9 §§, samt närmast före den nya 6 § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse<sup>2</sup>*

*Föreslagen lydelse*

***Medicinskt färdigbehandlade patienter i psykiatrisk vård***

6 §

*En kommun har betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i sluten psykiatrisk vård. Medicinskt färdigbehandlad är en patient som kan få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.*

*Frågan om en patient är medicinskt färdigbehandlad avgörs av en läkare med specialistkompetens i psykiatri.*

7 §

*Betalningsansvar som avses i 6 § inträder två veckor efter det att landstinget anmält hos kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad.*

<sup>1</sup> Senaste lydelse av förutvarande

6 § 1994:000.

8 § 1994:000.

11 § 1994:000.

<sup>2</sup> Lydelse enligt prop. 1993/94:121.

## 8 §

*Ersättning för psykiatrisk vård vid inrättning som tillhör ett landsting lämnas med ett belopp som motsvarar landstingets genomsnittliga årliga självkostnad för den aktuella vårdformen. Om landstinget och kommunen kommer överens om det, får ersättningen i stället bestämmas till belopp som svarar mot den årliga genomsnittliga självkostnaden för olika kategorier av psykiatrisk vård.*

*Regeringen fastställer årligen de belopp som avses i första stycket.*

## 9 §

*Ersättning för psykiatrisk vård vid enskild vårdinrättning lämnas med belopp som motsvarar landstingets kostnader för vården.*

***Medicinskt färdigbehandlade patienter i somatisk akutsjukvård m.m.***

11 §<sup>3</sup>

Kommer inte ett landsting och en kommun överens om annat inträder betalningsansvar som avses i 6 § dagen efter det att landstinget anmält hos kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad.

Kommer inte ett landsting och en kommun överens om annat inträder betalningsansvar som avses i 10 § dagen efter det att landstinget anmält hos kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad.

Betalningsansvar enligt första stycket inträder dock tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att landstinget och kommunen inlett planeringen av patientens fortsatta vård.

För det fall betalningsansvar inte inträder enligt första och andra styckena inträder betalningsansvaret fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att landstinget hos kommunen anmält att patienten är medicinskt färdigbehandlad.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1994:000.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1994:000.



13 §<sup>4</sup>

Ett landsting och en kommun kan gemensamt bestämma att kommunen skall ha betalningsansvar även för andra medicinskt färdigbehandlade patienter än som avses i 6 § första stycket, sjukhusanknuten hemsjukvård och psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning.

Landstinget och kommunen bestämmer gemensamt de förutsättningar som skall gälla för ett sådant betalningsansvar.

Ett landsting och en kommun kan gemensamt bestämma att kommunen skall ha betalningsansvar även för andra medicinskt färdigbehandlade patienter än som avses i 10 § första stycket och för sjukhusanknuten hemsjukvård.

Landstinget och kommunen bestämmer gemensamt de förutsättningar som skall gälla för ett sådant betalningsansvar.

14 §<sup>4</sup>

Har ett landsting och en kommun träffat en överenskommelse som avses i 9 §, får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen.

Har ett landsting och en kommun träffat en överenskommelse som avses i 13 §, får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1995. Om ett landsting och en kommun träffat överenskommelse beträffande psykiatrisk vård enligt tidigare bestämmelser skall överenskommelsen tillämpas även efter ikraftträdandet.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1994:000.

### 3.1 Bakgrund

Under de senaste decennierna har det skett en markant förändring av den psykiatriska vården. Den tidigare inriktningen, som utmärktes av ett varaktigt omhändertagande av patienterna vid särskilda mentalsjukhus och vårdhem, har ersatts av den uttalade målsättningen att servicen till och vården av personer med psykiska störningar skall utformas på sådant sätt att det ger dem förutsättningar till ett självständigt liv integrerade i samhällslivet på sin hemort. Som följd har gamla och stora institutioner lagts ned och enbart under 1980-talet halverades i det närmaste antalet intagna patienter. Samtidigt minskade antalet vård dagar per 1 000 invånare och år, från drygt 1 000 till cirka 550 medan antalet intagningar per 1 000 invånare och år inte förändrades lika kraftigt – från 16 till 13. Många patienter fick alltså fortfarande vård i slutna vårdformer men under kortare tidsperioder. Uppgifter tyder på att den s.k. avinstitutionaliseringen har fortsatt under början av 1990-talet.

Den förändrade målsättningen för och inriktningen av servicen och vården av psykiskt störda personer medförde krav på organisationsförändringar och alternativa vårdformer. Den s.k. sektoriseringen av psykiatrin skulle vara ett stöd i denna utveckling. Utgångspunkten är att basresurserna för stödet till människor med psykiska störningar liksom för människor med fysiska sjukdomar och handikapp är socialtjänst och primärvård. Den specialistinriktade psykiatriska vården förmedlas genom en samlad organisation i s.k. sektorer, där brett sammansatta team svarar för vårdinsatserna. Inom respektive sektor svarar teamen i princip för såväl öppen som slutna psykiatrisk vård av specialistkaraktär till befolkningen inom ett givet geografiskt område.

Såväl landsting som kommuner har bedrivit ett omfattande förändringsarbete för att kunna erbjuda personer med psykiska störningar service och vård utanför institutioner. De nya vårdalternativen har också bidragit till förbättrad livskvalitet för stora grupper bland de psykiskt störda, bl.a. många långtidssjuka. Utbyggnaden av de alternativa vårdformerna har också påverkat tvångsvårdens omfattning. Under tidsperioden 1979 – 1993 minskade antalet personer som tvångsvårdades en viss given dag från ca 9 600 till ca 1 700.

Den psykiatriska vårdens förändrade inriktning från ett totalt omhändertagande inom institutioner till en decentraliserad organisation med enbart ett specialiserat vårdansvar är en djupgående förändring. Den sektoriserade psykiatrin har ännu inte helt funnit de mest effektiva formerna för ett sådant arbetssätt. För att detta skall kunna ske och för att patienterna skall kunna erbjudas goda livsvillkor är det också nödvändigt att insatserna från den psykiatriska vården och andra samhällsorgan samordnas. Behovet av samordning och samverkan gäller i första hand kommunernas socialtjänst och sjukvårdshuvudmännens primärvård. Men även andra organ såsom bostads- och arbetsförmedling, anpassade arbetsplatser, försäkringskassa, rättsväsendet och frivilliga organisa-

tioner har betydelse för att psykiskt störda skall kunna få det stöd och den hjälp de behöver för att leva ett så självständigt liv som möjligt och få sina behov av psykiatrisk vård tillgodosedda främst genom öppna vårdinsatser.

Det förändringsarbete som bedrivits har i flera avseenden präglats av osäkerhet och ibland bristande kunskaper. Oklarheter i ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och mellan skilda vårdgivare har bidragit till detta. Kunskaper om och metoder för hur psykiskt störda kan integreras i samhället har varit bristfälliga eller – i de fall där sådana funnits – inte förts vidare från den psykiatriska vården till andra vårdgivare. Vidare har ett gemensamt synsätt och gemensamma målsättningar ofta saknats.

### 3.2 Ärendet och dess beredning

Regeringen bemyndigade den 11 maj 1989 chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgift att överväga och föreslå olika åtgärder för att uppnå en förbättrad och effektivare service och vård till psykiskt störda (dir. 1989:22). Den 15 november 1990 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 1990:71) till utredningen, som bl.a. innebar att utredningen omvandlades till en parlamentariskt sammansatt kommitté. Vidare angavs att uppdraget främst skulle inriktas på att överväga och föreslå åtgärder vad gäller ansvarsfördelning och organisation av stöd och vård till psykiskt störda. Åtgärderna skulle syfta till att förbättra de psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhällslivet.

Den 21 maj 1992 beslutade regeringen om ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 1992:67), som innebar att Psykiatriutredningen inte skulle begränsas av de s.k. noll-direktiven. Av tilläggsdirektiven framgick också att det i kommitténs uppgift inte ingick att i särskild ordning kartlägga och analysera psykiskt störda barns och ungdomars situation. Kommittén skulle dock i sina överväganden och analyser beakta organisatoriska och finansiella förutsättningar för vård och stöd till psykiskt sjuka barn och ungdomar.

Psykiatriutredningen överlämnade i december 1992 sitt slutbetänkande Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda (SOU 1992:73), med förslag till åtgärder som berör vuxna psykiskt störda personer.

Betänkandet har remissbehandlats. En remissmanställning – Sammanställning av remissyttranden över psykiatriutredningens slutbetänkande (SOU 1992:73) – har redovisats separat (Ds 1993:88).

De lagförslag som läggs fram i denna proposition hör inte till Lagrådets granskningsområde.

### 4.1 Psykisk ohälsa i befolkningen

Begreppet psykisk störning är vittomfattande. Det innefattar såväl sådana psykiska besvär av kortvarig karaktär som människor hanterar på egen hand och med hjälp av vänner och anhöriga som psykiska sjukdomar, vilka medför behov av insatser från den psykiatriska vården.

De studier som görs för att kartlägga den psykiska ohälsan i en befolkning är i regel av två slag. I det ena fallet bedömer den enskilde själv sin psykiska hälsa i olika avseenden genom att fylla i särskilt utarbetade formulär eller låta sig intervjuas. I det andra fallet observerar och bedömer specialister i psykiatri enskilda personer för att klassificera eventuella störningar i form av psykiatriska diagnoser.

Det finns i Sverige få undersökningar som kan ge en bild av hur människor själva upplever sin psykiska hälsa. De uppgifter som finns är hämtade från de regelbundna undersökningar som beskriver den svenska befolkningens levnadsförhållanden - Levnadsnivåundersökningen (LNU) och Undersökningar av Levnadsförhållandena (ULF). I dessa, som omfattar 8 000 - 10 000 individer, finns variabler som kan användas som indikatorer på psykisk ohälsa. Dessa uppgifter tyder på att ca 13 procent av den svenska befolkningen upplever psykisk ohälsa. Resultaten överensstämmer ganska väl med utfallet, i genomsnitt 14 procent, i nio internationella studier från länder av västeuropeisk karaktär.

Vad gäller sådana studier av den psykiska ohälsan som grundar sig på observationer och bedömningar av specialister i psykiatri för att klassificera störningar i form av psykiatriska diagnoser finns knappast någon aktuell sådan som rör svenska förhållanden. I undersökningar som genomförts i andra länder, vilka är relativt jämförbara med vårt land, varierar förekomsten av diagnostiserade psykiska störningar hos befolkningen totalt mellan 9 - 19 procent. Den övervägande delen utgörs av olika typer av neuroser, medan psykotiska tillstånd förekommer hos ca 2 procent av befolkningen.

Kvinnor i Sverige upplever i större utsträckning ohälsa än män och skillnaden är störst när det gäller psykiska besvär. Men det är också inom detta område som den enda utjämnningen vad gäller sjuklighet mellan könen kan skönjas vid en jämförelse mellan åren 1981 och 1991. Under denna period ökade de psykiska besvären något bland män samtidigt som de minskade bland kvinnor.

Generellt sett ökar antalet psykiska sjukdomstillstånd med stigande ålder även om vissa störningar av neurotiskt slag liksom missbruk och självmordsförsök, som har visat sig ha starka samband med psykisk ohälsa, är vanligare i yngre åldersgrupper. Under åren 1981 till 1991 förbättrades det psykiska hälsotillståndet bland personer i åldrarna 61 - 75 år påtagligt. Samtidigt kunde en liten ökning av besvär skönjas i åldersgruppen 18 - 29 år liksom för dem i åldrarna 46 - 60 år. De personer som år 1991 var i den yngre medelåldern (30 - 45 år) hade samma psykiska hälsotillstånd som motsvarande åldersgrupp tio år tidigare.

Psykisk ohälsa är också relaterad till bl.a. civilstånd och socialgrupps-tillhörighet. Bland frånskilda personer finns en hög andel med tecken på psykisk ohälsa, speciellt missbruk och självmord. Psykisk ohälsa är också vanligare bland ogifta män än bland gifta, medan förhållandet är det motsatta för kvinnor. Psykisk ohälsa tycks vidare – relativt sett – vara vanligare bland personer i lägre socialgrupper än i högre. Men sambandet är inte helt klart. Andelen självmord är t.ex. förhöjd i såväl högre som lägre socialgrupper jämfört med mellangrupperna.

Förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen är relativt konstant över tiden. Det finns dock tendenser till att insjuknandet i schizofreni minskar något medan de neurotiska störningarna ökar.

## 4.2 Psykiska störningar

### Effekter för den enskilde

Sannolikt upplever alla människor under sin levnadstid någon form av psykisk ohälsa. Den psykiska ohälsan utgörs i de flesta fall av kriser eller av lättare neuroser. Gemensamt för de flesta av dessa tillstånd är att de inte under någon längre tid allvarligt påverkar den enskildes livsvillkor. Med de stödresurser som finns i omgivningen – genom anhöriga och vänner, socialtjänst, hälso- och sjukvårdens olika delar m.m. – återtinner man inom överskådlig tid sin psykiska hälsa.

Bland de tillstånd som betecknas som psykiska sjukdomar är neuroser de vanligaste. Effekterna av en neuros kan vara nog så allvarliga men den enskilde har oftast en klar uppfattning om var gränsen för störningen går och har också i stort sett kvar sin förmåga att handskas med sin omgivning. I många fall är neuroser, särskilt ångest- och depressionstillstånd, av övergående karaktär. Men det förekommer också att människor plågas av en neurotisk störning under mycket lång tid.

För vissa människor med mångåriga symtomneuroser leder inte behandling till några påverkbara resultat. Detta gäller t.ex. för en del fobiska tillstånd och grava neuroser. Men trots att sjukdomen ger vissa allvarliga effekter är den psykiska funktionsförmågan ofta i de flesta avseenden bibehållen. De långvariga – men begränsade – funktionsnedsättningar som kvarstår kan ofta kompenseras genom olika stödinsatser. Detta gäller t.ex. personer med fobiska tillstånd. De kan många gånger kompensera kvarstående symtom med stöd av sociala insatser och på så sätt upprätthålla sina livsfunktioner med en i övrigt hög grad av självständighet och livskvalitet.

De psykotiska störningarna är mindre vanliga, men har ofta långvariga, ibland livslånga förlopp. Detta gäller särskilt de schizofrena störningarna.

Psykiatrins diagnosbegrepp är ett trubbigt instrument för att beskriva en psykisk störnings karaktär och konsekvenser för den enskilde. Det finns dock en klar skillnad i konsekvenserna av å ena sidan psykosjukdomar och å den andra neuroser och olika former av personlighetsstör-

ningar. Detta gäller främst det sammanbrott i verklighetsuppfattning som är utmärkande för psykostillstånden och som vid schizofreni oftast även medför en uttalad psykisk sårbarhet. Psykossjukdomar påverkar dessutom ofta hela personligheten och medför funktionsnedsättningar som kan bli varaktiga. Till dessa hör *initiativlöshet och apati*, som yttrar sig i en oförmåga att själv ta itu med de tillsynes enklaste saker. Den enskilde behöver en vänlig uppmaning från någon annan för att komma igång. Personer i den psykiskt stördes omgivning kan uppleva detta som ett påfrestande beroende.

*Kontaktskygghet och tillbakadragenhet* kan medföra att det tar lång tid för den funktionshindrade att mobilisera tillräckligt förtroende för att våga närma sig en annan människa. Misstänksamhet och rädsla i kontakter med andra människor innebär också att de sparsamma kontakter som uppstår snabbt riskerar att brytas.

*Oförmåga att uthärda ensamhet och monoton* gör det svårt för många psykiskt funktionshindrade att bo ensamma i egna bostäder utan stödinsatser. En hel del av det som av omgivningen betecknas som ett störande och besvärande – ibland t.o.m. aggressivt – beteende hos psykiskt störda har ofta sin grund i sådana problem.

Symtom i form av hörselhallucinationer, vanföreställningar eller maniskt tänkande innebär ofta allvarliga problem för den sjuke. Dessa besvär kan i vissa fall vara en realitet för den enskilde utan att omgivningen märker så mycket av det. Funktionsnedsättande biverkningar kan också bli följden av hög farmakologisk behandling.

Stöd- och vårdbehoven kan alltså variera avsevärt såväl mellan patienter med skilda diagnoser som mellan patienter med samma diagnos. Men i den akuta fasen av de flesta psykiska störningar sätts nästan alltid funktionsförmågan ned helt eller delvis. Det är främst en fråga för den enskilde och personal inom den psykiatriska vården att bedöma vilka funktionsnedsättningar som har sin grund i en kvarvarande aktiv sjukdomsprocess och vad som måste bedömas vara ett restillstånd som inte kan påverkas genom behandling. En sådan bedömning bör påverka de fortsatta stöd- och vårdinsatserna som ett led i en individuellt anpassad och målmedvetet genomförd rehabilitering. I de fall behoven av stöd och vård bedöms vara sammansatta och fordra insatser av flera huvudmän under längre tid behöver de också återkommande stämmas av med hänsyn till de förbättringar eller försämringar som kan ske. Det är också viktigt att framhålla att varken allvarlighetsgraden eller varaktighetsgraden i den psykiska störningen kan visa något enkelt samband med det subjektiva lidande som den enskilde upplever.

### **Personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar**

De överväganden och förslag som vi senare kommer att redovisa gäller främst de psykiskt störda personer som bedöms ha långvariga och allvarliga funktionsnedsättningar och som behöver stöd- och vårdinsatser för att kompensera dessa. Vi använder i huvudsak benämningarna *långvarigt och allvarligt psykiskt störda* eller *personer med långvariga och*

*allvarliga psykiska störningar* i övervägande- och förslagsavsnitten. Detta gäller dock inte vid de överväganden som presenteras i avsnitt 6, där ett obligatoriskt kommunalt betalningsansvar föreslås för vissa långvarigt psykiskt störda. De insatser som avses är bl.a. att tillgodose behov av bostad, att ge stöd i boendet/särskilda boendeformer, att upprätta eller bibehålla ett socialt nätverk samt meningsfull sysselsättning och/eller arbete. Vissa långvarigt och allvarligt psykiskt störda behöver varaktiga och omfattande insatser inom bara något av dessa områden, medan det för andra kan vara ett varierat stöd inom flera områden som måste kombineras och samordnas för att den enskildes behov skall kunna tillgodoses. Dessutom är det viktigt att den psykiatriska vårdorganisationen fungerar på ett sådant sätt att den enskilde såväl snabbt kan få hjälp när ett akut sjukvårdsbehov uppstår som tillgång till varaktiga habiliterings- och rehabiliteringsinsatser från personal inom denna organisation. Detta kan vara en förutsättning för att han skall kunna leva ett aktivt liv tillsammans med andra i lokalsamhället. Personal inom den psykiatriska vården har också en viktig uppgift när det gäller stöd, rådgivning, handledning och utbildning av personal i andra organisationer, främst socialtjänsten, som är engagerade i arbetet med långvarigt och allvarligt psykiskt störda.

Psykiatriutredningen har beräknat att gruppen långvarigt och allvarligt psykiskt störda, som kan behöva stöd inom något eller några av de angivna behovsområdena, kan uppgå till ca 20 000 personer. Dessa människor har alltså behov som för närvarande inte är tillgodosedda eller endast är det i begränsad och otillräcklig utsträckning. Vissa av dem ingår i den personkrets som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS. Det är dock för närvarande inte möjligt att ange hur många. Det är först sedan LSS en tid tillämpats i praktiken, som det kommer att bli möjligt att närmare precisera och avgränsa LSS:s personkrets bl.a. vad avser psykiskt störda.

### 4.3 Psykiskt stördas levnadsförhållanden

De s.k. ULF-undersökningarna ger underlag för att jämföra psykiskt störda personers levnadsvillkor med normalbefolkningens. Undersökningen år 1988/89 hade, utöver kartläggningen av sociala villkor, en särskild inriktning på att studera hälsförhållanden. I en kompletterande specialstudie, ULF-F, genomförde Statistiska centralbyrån år 1989 också en riktad studie av människor i åldrarna 20 - 44 år med förtidspension, som led av långvariga psykiska problem.

Generellt sett finns det stora skillnader i levnadsvillkor mellan den del av befolkningen som uppger att den inte har några eller endast har tillfälliga psykiska besvär och dem som lider av långvariga psykiska sjukdomar. Bland de sistnämnda är det fler som saknar egen bostad. De är i större utsträckning ensamstående, har kortare utbildning, förvärsarbetar i mindre utsträckning och har färre sociala kontakter och fritidssysselsättning utaför hemmet.

I den vuxna normalpopulationen inklusive dem med endast tillfälliga psykiska besvär dominerar helt eget boende, medan ca 10 % av de långvarigt psykiskt störda bor på institution. Till skillnad från normalpopulationen förekommer också bland dem en viss könsskillnad. Förtidspensionerade män bor i något större utsträckning på institution eller i någon form av kollektiv. Detta gäller i särskilt hög grad dem i åldersgrupperna 20 - 44 år.

Av Socialstyrelsens senaste inventering av patienter i slutna psykiatrisk vård i mars 1991 framgick att nästan hälften - ca 7 000 personer - av alla då ineliggande saknade tillgång till egen bostad. Flertalet av dessa patienter hade långa vårdtider och var ålderspensionärer, men ca 3 000 var under 65 år. Det finns också stora regionala skillnader vad gäller i vilken utsträckning långvarigt psykiskt störda bor på institution.

Mer än varannan person i normalbefolkningen är gift eller sambo. Bland dem med lättare psykiska besvär är det färre, cirka 43 %, som stadigvarande lever tillsammans med en partner. Bland de långvarigt psykiskt störda är denna andel ytterligare ungefär tio procentenheter lägre.

Skillnaderna i utbildningsnivå är markanta mellan normalbefolkningen och förtidspensionärer med långvarig psykisk störning. Bland de förstnämnda hade 30 procent minst 3-årigt gymnasium medan motsvarande andel för de förtidspensionerade var 10 %. Andelarna utan gymnasiekompetens var för de båda grupperna 39% respektive 53 %.

I ULF-undersökningarna definieras socialt nätverk som tillgång till någon nära vän utanför familjen. Generellt gäller att ju fler och svårare psykiska besvär den enskilde uppger sig ha, desto mer sannolikt är det att han saknar en nära vän. Denna tendens är mest uttalad bland kvinnor och starkast bland dem som är förtidspensionerade.

Långvarigt psykiskt störda deltar också i mindre utsträckning än normalbefolkningen, inklusive dem med tillfälliga psykiska besvär, i fritidssysselsättningar utanför hemmet.

Vid en jämförelse av levnadsförhållandena för yngre (20 - 44 år) förtidspensionärer med psykiatrisk respektive somatisk diagnos redovisas i flera fall stora skillnader. De psykiskt störda förtidspensionärerna hade vid sju av tretton variabler en klart sämre situation jämfört med dem med somatiskt handikapp.

Skillnaden var så stor som ca 20 % vid följande levnadsvillkor; avsaknad av kontantmarginal, ensamboende, sömnbesvär och framför allt vad gäller att känna oro och ångest där skillnaden uppgick till hela 51 %.

Om de yngre förtidspensionärerna med psykisk störning jämförs med sina jämnåriga i hela befolkningen blir dessa skillnader än mer påtagliga.



Anhörigas och närståendes situation påverkas ofta starkt av en familjemedlems psykiska sjukdom. Detta gäller oavsett om den psykiskt störde har en egen bostad eller om man bor tillsammans. Det är heller inte ovanligt att vuxna psykiskt störda, särskilt i de yngre åldersgrupperna, bor kvar i föräldrahemmet. En ofta förbisedd grupp är barn till psykiskt störda vars uppväxt starkt kan präglas av föräldrarnas sjukdom.

En studie från år 1989 kring patienters upplevelse av den psykiatriska vården, som också omfattade anhöriga (155 stycken) såväl vid vårdtillfället som vid en uppföljning 3 – 5 månader senare, kan illustrera hur de anhörigas situation påverkas.

Drygt hälften av de anhöriga till patienter som varit inlagda vid psykiatrisk klinik uppgav att de efter vårdtillfället hade haft daglig kontakt med patienten. Ofta avstod de anhöriga från egna fritidsaktiviteter (38 %), stannade i hemmet (28 %) och avstod från yrkesarbete (20 %) för att ta hand om och hjälpa patienten. Nästan varannan anhörig ansåg att hans möjligheter att umgås med andra människor hade påverkats av patientens sjukdom.

Nästan alla anhöriga var starkt medvetna om patientens psykiska störning och fann den aktuella inläggningen för vård motiverad. En femtedel uppgav att de antingen blivit fysiskt skadade eller känt hot om fysiskt våld från patienten under sjukdomsperioden.

Det fanns också en mycket utbredd oro bland anhöriga att patienten efter en utskrivning skulle återinsjukna. Drygt hälften ansåg att de hade egna psykiska problem till följd av patientens sjukdom och många (35 %) i sådan utsträckning att de själva ansåg sig behöva kontakt med den psykiatriska vården.

Upplevelser av detta slag bekräftas av andra anhöriga och anhörigorganisationen Riksförbundet av Intresseföreningar för schizofreni. Många anhöriga framhåller därutöver sin känsla av utanförskap och att de inte sällan snarare ses som en belastning än som en resurs i vård- och omsorgsarbetet så länge den anhörige vistas inom slutna vård. Anhöriga upplever också många gånger att de skuldbeläggs för patientens psykiska störning. Den psykiatriska vårdens handfallenhet inför och t.o.m. avståndstagande från de anhöriga förstärker deras trauma inför patientens sjukdom.

Trots att de anhöriga i regel inte involveras vid rehabiliteringen förväntas de ändå ställa upp för den psykiskt störde den dag han skrivs ut. Anhöriga till psykiskt störda får därför ofta dubbla och motstridiga budskap från den psykiatriska vården. Dess avvisande hållning tas å ena sidan som intäkt för att de som anhöriga har en negativ påverkan på den psykiskt störde, medan de å andra sidan starkt upplever förväntningar på att fungera som "primära vårdgivare" när samhällets insatser sviktar.

*Socialtjänstlagen – SoL*

Socialtjänstlagen (1980:620) trädde i kraft den 1 januari 1982. Den är en ramlag som anger övergripande mål och riktlinjer för den sociala omsorgen i dess helhet. Den gäller också alla medborgare oavsett ålder. Dessutom finns det särskilda bestämmelser om barn, ungdomar, äldre, personer med funktionshinder – såväl fysiska som psykiska – och missbrukargrupper.

De politiska målen för all verksamhet och för alla kommuninvånare finns i lagens första paragraf: "Samhällets socialtjänst skall på demokratiens och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet
- jämlikhet i levnadsvillkor och
- aktiva deltagande i samhällslivet".

Det är också i lagen klart uttalat att det är kommunen som har det "yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver" (3 § SoL).

I förhållande till tidigare lagstiftning på det sociala området utvidgades den enskilda människans rätt till hjälp i SoL och betecknas nu som rätt till bistånd. Detta regleras i 6 § där det bl.a. framgår att den enskilde har rätt till bistånd för sin försörjning och sin livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Det framgår också att biståndet skall tillförsäkra den enskilde "en skälig levnadsnivå" och att det skall utformas på ett sådant sätt att "det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv". Stöd i form av t.ex. hemtjänst, färdtjänst och serviceboende kan innefattas i ett sådant bistånd.

I socialtjänstlagen och dess förarbeten har begreppet handikapp givits en vid innebörd. Förutom personer med fysiska och psykiska funktionshinder omfattas även människor med missbruksproblem och andra svåra sociala problem. Ett handikapp ses inte heller som en egenskap hos en person utan som förhållandet mellan en skada eller sjukdom och personens omgivning. Kommunens insatser skall göra det möjligt för människor med funktionshinder att så långt möjligt leva som andra och tillsammans med andra. Dessa kommunens uppgifter uttrycks i 21 § SoL:

"Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd".

Genom socialtjänstlagen förstärktes också den enskildes ställning i jämförelse med vad som tidigare gällde. Det framhålls bl.a. att kommunens insatser för den enskilde skall "utformas och genomföras tillsammans med honom och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar" (9 § SoL). Dessutom

infördes möjligheten för den enskilde att överklaga ett beslut om bistånd enligt 6 § SoL till länsrätten.

I samband med den s.k. Ädel-reformen utvidgades och förtydligades kommunernas ansvar för äldre och handikappade. Kommunerna har därmed sedan den 1 januari 1992 ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade genom att skyldigheten att inrätta särskilda boendeformer för dessa grupper klargjorts. Vidare har kommunerna skyldighet att inrätta dagverksamheter, att erbjuda viss hälso- och sjukvård och att tillhandahålla vissa hjälpmedel samt möjlighet att överta ansvaret för hemsjukvården utöver den i de särskilda boendeformerna. Kommunernas uppgifter inom hälso- och sjukvården omfattar dock inte läkarinsatser.

### *Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*

I syfte att ge kommunerna ett samlat ekonomiskt ansvar för all långvarig vård infördes i samband med Ädel-reformen ett betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård innebär att kommunerna har ett obligatoriskt betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård. Vidare har kommunerna ett obligatoriskt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom landstingens somatiska korttidssjukvård och geriatriska vård.

Den psykiatriska vården omfattas inte av ett obligatoriskt betalningsansvar. Lagen ger dock kommuner och landsting möjlighet att komma överens om betalningsansvar för viss annan hälso- och sjukvård. Några frivilliga överenskommelser om betalningsansvar inom den psykiatriska vården har inte träffats.

### *Hälso- och sjukvårdslagen – HSL m.m.*

Liksom socialtjänstlagen är hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en målinriktad ramlag. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Till hälso- och sjukvårdens uppgifter hör att förebygga ohälsa och återfall i tidigare sjukdom, att behandla och bota sjukdomar och skador efter utredning och diagnos.

HSL ger landstingen och kommunerna stora möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården efter lokala behov och förutsättningar.

De riktlinjer för den framtida verksamheten som angavs i förarbetena till HSL, bl.a. prop. 1981/82:97 Hälso- och sjukvårdslag, m.m., har dock haft stor betydelse för den hittillsvarande organisationen av hälso- och sjukvården. Det föredragande statsrådet framhöll bl.a. att hälso- och sjukvården bör planeras med primärvården som bas för organisationen och att en sektoriserad psykiatri skulle erbjuda betydande fördelar genom att den ger möjligheter till insatser i såväl öppen som halvöppen vård.

Den vård som ges skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes rättsställning är dock formellt svagare inom HSL jämfört med t.ex. SoL. Det finns t.ex. ingen lagstadgad rätt för den enskilde till hälso- och sjukvård. Bestämmelserna i HSL tillsammans med gällande bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonal och om förtroendenämnder anses dock ge goda förutsättningar för att den enskilde skall få vård när det behövs, att vården är av god kvalitet och att den som är missnöjd kan få gehör för berättigade klagomål.

Utöver bestämmelserna i HSL finns två särlagstiftningar för den psykiatriska vården; lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Dessa reglerar mer detaljerat förutsättningarna och formerna för att omhänderta en patient som motsätter sig vård.

Sedan i början av 1980-talet har landstingen och de landstingsfria kommunerna varit skyldiga att anordna s.k. förtroendenämndsverksamhet. Nämndernas uppgift har varit att främja kontakten mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen och att förmedla hjälp åt patienterna när det behövs.

Sedan den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård trädde i kraft har nämnderna även i uppgift att utse stödpersoner till patienter som vårdas enligt den lagstiftningen.

Verksamheten med förtroendenämnder har bedrivits på försök till och med den 1 juli 1992 då verksamheten permanentades genom lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m.

Den nya lagstiftningen omfattar också den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. En kommun kan enligt lagen överlåta förtroendenämndsverksamheten till den nämnd hos landstinget som har ansvaret för motsvarande verksamhet.

### *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS*

Trots de mål som finns angivna i SoL och HSL har det visat sig att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser inte alltid räcker till för att tillförsäkra människor med omfattande funktionshinder levnadsförhållanden som är jämförbara med andra människors. En särskild lagstiftning inom handikappområdet har förutsatts spela en betydelsefull roll för att i ett alltmer decentraliserat samhälle åstadkomma jämlika levnadsvillkor. Lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. (omsorgslagen) med sina precist angivna rättigheter för den enskilde var ett exempel på detta.

Regeringen överlämnade därför i februari 1993 sin proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade till riksdagen med förslag om en ny rättighetslag för personer med svåra funktionshinder.

Riksdagens beslut (bet. 1992/93:SoU19, rskr. 1992/93:321) innebär att lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade trädde i kraft den 1 januari 1994. Den ersätter lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. (omsorgslagen) och lagen (1965:136) om elevhem för vissa rörelsehindrade m.fl. (elevhemslagen).

- LSS innehåller bestämmelser om särskilt stöd och särskild service till
- personer med utvecklingsstörning och personer med autism eller autismliknande tillstånd,
  - personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom samt
  - personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om dessa är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Alla personer som omfattas av LSS skall, om de behöver det, ha rätt till stöd och service i form av

- rådgivning och annat personligt stöd,
- biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans för den som inte har fyllt 65 år
- ledsagarservice,
- biträde av kontaktperson,
- avlösarservice,
- korttidsvistelse utanför hemmet,
- korttidstillsyn för skolungdom över 12 år,
- boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet
- bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna.

Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd samt personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder skall dessutom ha rätt till daglig verksamhet.

Kommunen är huvudman för samtliga former av stöd och service med undantag av rådgivning och annat personligt stöd. De sistnämnda är uppgifter för landstingen. Landstingens verksamheter enligt den tidigare omsorgslagen i form av kontaktperson, daglig verksamhet, korttidstillsyn, korttidsvistelse samt boende i familjehem och bostad med särskild service förs successivt över till kommunerna. Motsvarande gäller för verksamhet enligt den tidigare elevhemslagen. Överföringarna av huvudmannansvaret skall vara slutförda senast den 31 december 1995 och regleras i en särskild införandelag till LSS. LSS ger dock huvudmännen möjligheter att genom avtal tidigare flytta över ansvaret för en verksamhet från kommun till landsting eller från landsting till kommun.

För att göra ansvarsförhållandena tydliga och för att tillförsäkra personer med funktionshinder habilitering, rehabilitering och hjälpmedel av god kvalitet har landstingen, genom ett tillägg i HSL, ålagts ansvaret för dessa verksamheter i samband med att LSS trätt i kraft. På motsvarande

sätt klargörs genom en ändring i SoL att kommunen har skyldighet att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för personer med funktionshinder och att bedriva uppsökande verksamhet. Dessutom åläggs kommunerna att planera sina insatser för personer med funktionshinder och det anges att denna planering skall ske i samverkan med landstinget och andra samhällsorgan och organisationer. Samverkan med handikapporganisationerna framhålls särskilt.

### *Vissa andra lagar av betydelse för psykiskt störda*

Genom riksdagens beslut med anledning av proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering (bet. 1990/91:AU22, rskr. 1990/91:302) och proposition 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsansvar (bet. 1990/91:SfU16, rskr. 1990/91:303) förtydligades arbetsgivarens ansvar för att arbetsmiljöarbetet skall bedrivas så att arbetsmiljöfrågorna på ett bättre sätt kan integreras med övriga frågor som rör verksamheten. Vidare infördes i arbetsmiljölagen (1977:1160) ett ansvar för arbetsgivaren att se till att det på arbetsplatsen finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Arbetsgivaren har också genom ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring fått ett förstahandsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen av enskilda arbetstagare.

Försäkringskassorna har ett samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten. Detta ansvar innefattar ansvar för regionalt och lokalt samarbete mellan olika myndigheter och organ med uppgifter inom detta område. Försäkringskassan skall samordna och ha tillsyn över de utredande och andra insatser som enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) krävs för att rehabilitera enskilda försäkrade. Den skall även ta initiativ till sådana insatser när så behövs. I försäkringskassans ansvar ingår också att ge stöd åt den enskilde i kontakter med andra rehabiliteringsansvariga. Tillsynsansvaret innebär att försäkringskassan i förhållande till den försäkrades arbetsgivare skall se till att den sistnämnde fullgör sina rehabiliteringsuppgifter. I speciella fall skall kassan överta ansvaret för att en rehabiliteringsutredning kommer till stånd.

## 5 Stöd och service till psykiskt funktionshindrade

### 5.1. Förtydligt kommunalt huvudansvar för att planera och samordna insatser till psykiskt funktionshindrade

**Regeringens förslag:** I socialtjänstlagen (SoL) förtydligas kommunernas ansvar för att planera och samordna de insatser som psykiskt funktionshindrade behöver.

**Psykiatriutredningens förslag:** Kommunerna skall ha huvudansvaret för att planera, initiera och samordna de insatser som psykiskt störda behöver. Det bör föras in ett tillägg i SoL som innebär att kommunerna får detta ansvar.

**Remissinstanserna:** Det finns en positiv inställning bland remissinstanserna till utredningens förslag om ett förtydligat ansvar för kommunen att initiera, planera och samordna sociala insatser för psykiskt långtidssjuka, liksom att ansvara för individuella planer och krisstöd. De flesta remissinstanser tillstyrker förslaget även om huvuddelen av kommunerna och kommunförbunden i länen samt Svenska kommunförbundet anser att utredningen borde ha fullföljt ansvarsfrågan till att omfatta primärkommunalt huvudmannaskap för den öppna psykiatriska vården. Flera av dessa instanser menar att huvudansvaret också skulle omfatta ett ansvar för hela psykiatrin samt primärvården. Även Statskontoret och flera av de tillfrågade länsstyrelserna anser att kommunens ansvar borde utvidgas till att samordna insatserna till psykiskt störda. Många landsting och Landstingsförbundet understryker vikten av samverkan mellan kommunen och psykiatrin och att det kommunala huvudansvaret inte omfattar den medicinska planeringen. Brukarorganisationerna är i stort sett positiva men någon är tveksam till om kommunen klarar kompetensutvecklingen. Liknande tveksamhet finns hos några av de fackliga organisationerna. Riksförbundet av Intresseföreningar för schizofreni framlägger ett eget förslag till lösning av bl.a. samordningsproblematiken genom ett särskilt organ utanför kommunens ansvar.

### **Skälen för regeringens förslag:**

#### *Nuvarande ansvarsfördelning*

I 21 § SoL föreskrivs att socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd.

I samband med Ädelreformen infördes ett tredje stycke i 21 § SoL. Därmed gäller att kommunen har ålagts att inrätta bostad med särskild service för den som till följd av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och därför behöver sådant boende. Kommunernas socialtjänst har således omfattande uppgifter när det gäller psykiskt störda.

Genom 21 a § SoL, som trätt i kraft den 1 januari 1994, har kommunernas skyldighet att göra sig väl förtrogna med levnadsförhållandena för människor med funktionshinder och att bedriva uppsökande verksamhet ytterligare understrukits. I bestämmelsen har även slagits fast att kommunerna skall planera sina insatser för människor med funktionshinder. I förarbetena framhålls att det är väsentligt att planerna får en utformning som innebär att de så allsidigt som möjligt belyser de olika

aspekter som är avgörande för delaktigheten i samhället för personer med funktionshinder. Planerna skall därför innefatta såväl frågor om tillgängligheten i vidaste mening inom kommunen som frågor om utformningen av olika individuella stöd- och serviceinsatser. Inte minst bör utvecklingen av individuella insatser enligt LSS uppmärksammas.

Landstingen har enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för att medicinskt förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar och skador. Landstinget har också ansvaret för somatisk vård och tandvård till psykiskt störda. Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar för dem som bor i de s.k. särskilda boendeformerna och i dagverksamheter i de kommuner som har tagit över hemsjukvården. Detta ansvar omfattar dock inte de insatser som görs av läkare. När det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen till långvarigt psykiskt störda är ansvaret delat mellan arbetsgivarna, försäkringskassan och Arbetsmarknadsverket.

### *Förtydligande av kommunens ansvar*

Psykiatriutredningen har i sina kartläggningar visat att ansvarsfördelningen när det gäller bl.a. service och stöd till psykiskt störda uppfattas som oklar. Främst gäller det oklarheter om vilket organ som skall tillhandahålla sociala insatser till psykiskt störda. En orsak till den oklara ansvarsfördelningen är enligt utredningens mening att psykiatrin snabbt förändrats från att vara en organisation med ett totalt ansvar inom institutioner till en verksamhet med ett avgränsat ansvar för specialiserad psykiatrisk hälso- och sjukvård. Ett annan orsak kan vara bristfälliga kunskaper och erfarenheter hos kommuner och andra berörda. De oklara ansvarsförhållandena kan också förklaras av de svårigheter det innebär att precisera vad som är psykiatrisk behandling respektive social omsorg när det gäller insatser till psykiskt störda. Dessa oklarheter resulterar inte sällan i att de människor som finns i gränslandet mellan psykisk sjukdom och psykosociala eller socialmedicinska problem blir utan vård och stöd.

Många av de problem som Psykiatriutredningen har funnit har således sin grund i att ansvarsförhållandena har uppfattats som oklara. De psykiskt störda och deras anhöriga har på grund av sin utsatthet ett särskilt uttalat behov av att möta entydiga och klara ansvarsgränser mellan de instanser som skall ge vård och stöd m.m. Enligt vår mening är det väsentligt att det tydligt framgår vilket organ som är huvudansvarigt så att den enskilde alltid skall kunna vända sig till detta organ för att få sina behov av vård och stöd uppmärksammade.

Regleringen i 21 § och 21 a § SoL innefattar en skyldighet för kommunen att ge erforderlig service, omvårdnad m.m. åt alla personer i kommunen med såväl fysiska som psykiska funktionshinder. Till skillnad mot vad som gäller enligt LSS är kommunernas skyldigheter enligt SoL inte avgränsade till personer med särskilt svåra funktionshinder.

Genom bl.a. 15 § LSS framgår att det är kommunen som har huvudansvaret för att planera, initiera och samordna de sociala insatserna för bl.a. personer med stora och varaktiga psykiska funktionshinder. För de



personer som inte omfattas av LSS har kommunerna likartade skyldigheter enligt 21 § och 21 a § SoL.

Riksdagen har således i viss mån preciserat kommunernas ansvar och uppgifter när det gäller vård och stöd till psykiskt störda. Som nämndes tidigare har psykiskt störda ett särskilt uttalat behov av att möta entydiga och klara ansvarsgränser mellan berörda huvudmän. Det är därför angeläget att ytterligare förtydliga att det är kommunen som har huvudansvaret för att ge service och stöd till bl.a. långvarigt psykiskt störda. Detta bör ske genom att det i 21 a § SoL föreskrivs att kommunernas uppgifter avser människor med såväl fysiska som *psykiska* funktionshinder.

Genom detta förslag kommer kommunens ansvar för bl.a. uppsökande verksamheter och för att samordna insatserna utifrån ett socialt perspektiv att ytterligare klargöras. I kommunens ansvar ligger enligt vår mening också ansvar för behovsbedömningar och individuell planering vad gäller de sociala insatserna. Till det kommunala ansvaret hör även att initiera och till respektive organ påtala behovet av de åtgärder som identifieras i den uppsökande verksamheten. Den förändring som inletts och som innebär att långvarigt psykiskt störda skall bo i egen bostad eller i olika former av serviceboende bör fullföljas. En stor del av de patienter som fortfarande under långa tider vårdas på institutioner, t.ex. sjukhem inom den psykiatriska vården, skulle kunna bo i särskilda boendeformer som kommunen tillhandahåller. En förutsättning för att detta skall kunna förverkligas är att kommunens planerings- och samordningsansvar görs tydligt.

För övrigt föreslår vi inte några principiella förändringar i ansvarsförhållandena för de insatser som riktas till psykiskt störda. Landstingen har i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen även i fortsättningen ansvaret för att medicinskt förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar och skador. Landstinget har också ansvaret för somatisk vård och tandvård till psykiskt störda. Kommunerna har dock ett hälso- och sjukvårdsansvar för dem som bor i de s.k. särskilda boendeformerna. Detta ansvar omfattar dock inte insatser som görs av läkare. Vissa kommuner har vidare övertagit ansvaret för hemsjukvården från landstingen. Inte heller här omfattar ansvaret de insatser som utförs av läkare. I sex kommuner utförs f.n. försök där primärkommunen har ansvaret för hela primärvården.

När det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen till långvarigt psykiskt störda är ansvaret delat mellan arbetsgivarna, försäkringskassan och Arbetsmarknadsverket. Denna grundläggande ansvarsfördelning bör enligt vår mening ligga fast. Vi återkommer dock till överväganden som gäller rehabilitering av psykiskt störda i avsnitt 8.

Kommunerna har genom LSS fått ansvaret för omsorgerna för utvecklingsstörda. Genom de nya uppgifterna kommer kommunerna att utveckla nya verksamheter och ny kompetens när det gäller insatser till funktionshindrade personer. Många av dessa personer har behov som liknar dem som de psykiskt störda har. Kommunen har i vården av missbrukare och i det allmänna psykosociala stödet/behandlingen redan i dag an-

svaret för verksamhetsområden som ingår i eller ansluter till service, vård och stöd som ges till psykiskt funktionshindrade. Psykiatrin har snabbt förändrats från att vara uppbyggd kring institutioner med ett totalansvar för individen till specialiserade enheter inriktade mot hälso- och sjukvård. Det övriga stöd som individen behöver ges i form av exempelvis anpassat boende och dagverksamheter.

Till följd av dels den snabba omstruktureringen, dels det oklara ansvaret mellan landstingen och kommunerna driver och/eller finansierar landstingen idag vissa verksamheter som är att betrakta som ett kommunalt ansvar. Det kan gälla vissa dagverksamheter, kollektivboende och verksamheter vid familjehem och vissa enskilda vårdhem. I syfte att tydliggöra uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen bör ansvaret för dessa verksamheter föras över till kommunen. Då förhållandena varierar stort mellan olika delar av landet anser regeringen att överenskommelser bör träffas lokalt om vilka verksamheter som bör byta huvudman. Ett sådant övertagande av vissa vårdinrättningar ryms också inom 2 § lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar. Arbetet med att definiera dessa verksamheter bör bedrivas skyndsamt så att hänsyn till de ekonomiska konsekvenserna kan tas i den slutliga ekonomiska regleringen av psykiatrireformen som bör ske inför år 1996.

Vid beredningen av denna reform har det framförts oro för att det förtydligade kommunala ansvaret i kombination med ett kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade patienter skulle kunna slå sönder väl fungerande verksamheter. Regeringen vill i detta sammanhang framhålla vikten av att kommunerna bygger vidare på det arbete som har gjorts inom landstingen och att positiva erfarenheter tas tillvara. Detta är inte minst viktigt för de patienter som behöver kontinuitet i sin behandling. Regeringen vill också erinra om möjligheten för kommunen att lägga ut vissa verksamheter på entreprenad. Landstingen skulle som entreprenörer kunna driva vidare vissa verksamheter även om finansieringen sker från primärkommunen.

Vi anser att ett entydigt kommunalt huvudansvar ger goda förutsättningar för att de psykiskt stördas behov av vård, stöd och service skall kunna tillgodoses. Det ger också förutsättningar för att tillgängliga resurser skall kunna användas effektivt. Regeringen förutsätter att landsting och kommuner lokalt kan komma överens om vilka verksamheter som bör överföras från landstinget till kommunen. Regeringen avser att följa utvecklingen inom detta område med stor uppmärksamhet och återkomma till riksdagen med förslag till hur överförandet bör ske om detta inte kan lösas lokalt.

**Regeringens bedömning:** Genom införandet av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har svårt funktionshindrade psykiskt störda getts vissa lagreglerade rättigheter. Socialstyrelsen bör ges ett särskilt uppdrag att följa upp LSS med avseende på psykiskt störda. Resultatet av uppföljningen bör utgöra underlag för regeringens framtida bedömning av om utformningen av LSS är ändamålsenlig när det gäller stöd till psykiskt störda. Den särskilda uppföljningen med avseende på psykiskt störda bör delrapporteras till regeringen i januari 1996 och slutrapporteras i januari 1997.

**Psykiatriutredningens förslag:** De svårt funktionshindrade psykiskt störda som har behov av det skall omfattas av LSS. De inledande bestämmelserna om vilka funktionshindrade som skall omfattas av lagen kompletteras med att psykiskt störda personer med långvariga eller återkommande nedsättningar av den sociala funktionsförmågan som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen skall ingå i lagens personkrets. Psykiatriutredningen redovisar två alternativ till personkrets. Det första alternativet gäller psykiskt störda som har ett uttalat behov av stöd i boendet och i det andra alternativet ingår även de psykiskt störda som har ett uttalat behov av stöd för att erhålla sysselsättning. Det första alternativet omfattar 20 000 och det andra alternativet 40 000 psykiskt störda.

Psykiatriutredningen pekar särskilt på det kommunala huvudansvaret för insatserna samt de skyldigheter till en individuell planering som regleras i utredningens förslag till lag. Andra delar som utredningen lyfter fram är kommunens skyldighet att verka för att insatserna från olika organ samordnas, att fortlöpande hålla en kunskap om vilka invånare som har behov av stöd enligt lagen samt att bedriva uppsökande verksamhet. Psykiatriutredningen föreslår vidare att LSS kompletteras med en bestämmelse om personligt ombud.

**Remissinstanserna:** 65 remissinstanser har mer eller mindre tydligt tillstyrkt en rättighetslagstiftning för de psykiskt störda genom en utvidgning av personkretsen i LSS. Ett 50-tal instanser har mer eller mindre tydligt avvisat förslaget. Riksrevisionsverket och Statskontoret avvisar förslaget om att utvidga personkretsen i LSS. Socialstyrelsen anser att rättighetslagstiftningen bör tillgodose utsatta gruppers behov såvida inte en skyldighetslag kan tillgodose detta. De flesta kommuner och kommunförbund anser att behoven bäst tillgodoses genom ett ändrat huvudmannaskap så att allt stöd och all service och vård ges med kommunen som huvudman och inte genom en rättighetslagstiftning. Brukarorganisationerna, de fackliga organisationerna och yrkesorganisationerna är positiva till en utvidgning av personkretsen i LSS och ser den ofta som en nödvändighet för att resurser skall styras mot gruppen psykiskt handikappade. Landstingen och Landstingsförbundet är, trots en princi-

piellt negativ inställning till rättighetslagstiftning, positiva till den föreslagna utvidgningen av personkretsen i LSS, även om några vill se den som en övergångslösning. Majoriteten av remissinstanserna pekar på att Psykiatriutredningens definition av personkretsen är oklar och att den därför skulle bli svårhanterlig i den praktiska tillämpningen.

**Skälen för regeringens bedömning:** I propositionen 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade anges att människor med omfattande funktionshinder ofta saknar mycket av det som är självklart för andra människor i det dagliga livet. Det har t.ex. visat sig att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser inte alltid räcker till för att skapa levnadsförhållanden som är jämförbara med andra människors. Det finns fortfarande vuxna personer med omfattande funktionshinder som saknar egen bostad och som därför är hänvisade till att bo på institution eller i sitt föräldrahem. Alla personer med funktionshinder, såväl fysiska som psykiska, måste därför kunna tillförsäkras en god service och ett gott stöd oavsett var de bor.

LSS utgör ett komplement till redan befintlig lagstiftning inom området. Detta innebär att lagen inte medför några inskränkningar i den rätt till insatser som kan tillkomma enligt annan lagstiftning.

Psykiskt störda ingår i lagens personkrets. Förutsättningen är att kriterierna för den nya lagens personkrets är uppfyllda, dvs. att störningen är stor och varaktig, att den förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande stödbehov.

I propositionen framhålls att det av naturliga skäl är förknippat med vissa svårigheter att definiera och avgränsa den nya lagens personkrets. Mot den bakgrunden är det angeläget att den praktiska tillämpningen när det gäller personkretstillhörigheten ges särskild uppmärksamhet. I propositionen anges vidare att regeringen avser att ingående följa effekterna av den nya lagen.

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd (1994:1) till LSS. I dessa behandlas bl.a. personkretsen samt rättigheterna rådgivning och annat personligt stöd och personlig assistans. Socialstyrelsen anger att ett psykiskt funktionshinder ofta inte är statiskt utan varierar i svårighetsgrad över tiden. Därför bör återkommande bedömningar göras av föreliggande behov. De personer som kan bli aktuella för insatser enligt LSS har ofta långvariga och/eller upprepade institutionsvistelser bakom sig. I de flesta fall rör det sig om personer som har eller har haft en allvarlig psykisk störning.

Eftersom lagen trädde i kraft den 1 januari 1994 och således endast har tillämpats en mycket begränsad tid är det ännu för tidigt att kunna fastställa hur många psykiskt störda som i praktiken kommer att omfattas av LSS. Av bl.a. detta skäl är det nödvändigt att noggrant följa den praktiska tillämpningen av lagen.

Vi anser att en utvidgning av lagens personkrets när det gäller psykiskt störda bör övervägas först när säkrare information om personkretsens storlek och de ekonomiska konsekvenserna av den nya lagstiftningen finns att tillgå. Det är även väsentligt att invänta effekterna av de förslag som regeringen genom denna proposition presenterar för att för-

bättra långvarigt psykiskt stördas situation. Ett förtydligt kommunalt ansvar för psykiskt funktionshindrade samt ett kommunalt betalningsansvar för vissa långvarigt psykiskt störda ger goda förutsättningar för att gruppens sociala situation skall kunna förbättras högst avsevärt. När ytterligare information om personkretsens storlek och effekten av de förslag som regeringen i dag lägger fram kan erhållas, bör det finnas möjlighet att bedöma om fler personer inom gruppen bör föras in under LSS och om de insatser som regleras inom LSS väl svarar mot psykiskt stördas behov.

Enligt regeringens proposition om stöd och service till vissa funktionshindrade skall tillämpningen av LSS följas upp när det gäller att bedöma vilka som i praktiken kommer att ingå i lagens personkrets. Regeringen har den 27 maj 1993 gett Socialstyrelsen ett sådant uppdrag. I uppdraget ingår bl.a. att följa hur LSS tillämpas och hur tillämpningen utvecklas när det gäller bedömningar av lagens personkrets. Uppdraget skall delrapporteras till regeringen den 1 oktober varje år och slutrapporteras den 1 maj 1997.

Vi anser att uppföljningen av antalet psykiskt störda som omfattas av LSS bör ges särskild uppmärksamhet. En annan viktig fråga är om de insatser som för närvarande anges i LSS är ändamålsenliga för att tillgodose svårt psykiskt stördas behov. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att särskilt följa upp tillämpningen av LSS med avseende på psykiskt störda. Resultatet av uppföljningen bör utgöra underlag för regeringens bedömning av om personkretsen i LSS är väl avvägd när det gäller psykiskt störda liksom om de insatser som anges svarar mot dessa människors behov av stöd och hjälp. Den särskilda uppföljningen med avseende på psykiskt störda bör delrapporteras i januari 1996 och slutrapporteras i januari 1997.

### 5.3 Försöksverksamhet med personligt ombud

**Regeringens förslag:** Försöksverksamhet med personligt ombud för personer med långvarig och allvarlig psykisk störning skall bedrivas under en treårsperiod. För att stimulera metodutvecklingen, precisera innehållet i funktionen och främja utbildningen av personal skall särskilda medel avsättas. Försöksverksamheten skall utvärderas av Socialstyrelsen i samråd med Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och brukarorganisationerna.

**Psykiatriutredningens förslag:** De rättigheter som psykiskt störda enligt utredningens förslag skall ha enligt LSS kompletteras med en punkt som avser biträde av personligt ombud. Personligt ombud skall vara ett personligt stöd baserat på expertkunskap som kan ge den enskilde ett kvalificerat stöd i form av samordning av de insatser som riktas till honom. Stödet skall vara ett kommunalt ansvar. Psykiatriutredningen

framhåller att samordning av insatser från olika samhällsorgan är ett av huvudsyftena med förslaget om personligt ombud. En viktig uppgift för den som ger stödet blir därför att som ombud för den enskilde vara ett stöd i kontakter med olika organ och myndigheter som den enskilde behöver. En annan huvuduppgift blir att i samråd med exempelvis den psykiatriska öppenvården och försäkringskassan bedöma vilka insatser som är lämpliga vid varje tidpunkt. För att dessa uppgifter skall kunna genomföras krävs att stödet får en professionell prägel samtidigt som det måste vara baserat på personlig lämplighet. En annan förutsättning för att stödet skall fungera är att det ges en sådan formell ställning i den lokala samhällsorganisationen att det finns möjligheter att fullgöra de beskrivna uppgifterna.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna är i stort sett positiva till en förstärkning av det personliga stödet till psykiskt störda. Ett tjugotal remissinstanser tillstyrker funktionen personligt ombud med vissa förslag till ändringar. De allra flesta är dock tveksamma till den utformning som utredningen har gett funktionen eller uttrycker att formerna är oklara och behöver utredas vidare. Främst kommunerna avstyrker förslaget och hänvisar till funktioner inom socialtjänsten. Många remissinstanser föreslår försöksverksamhet med personligt ombud. Socialstyrelsen tillstyrker förslaget och understryker bl.a. att det ställs stora professionella krav på en sådan funktion. Landstinget i Älvsborgs län anser att organisationen med personligt ombud kommer att vara sårbar framför allt i mindre kommuner. Vidare kommer ombudets ställning att vara oklar. Landstinget anser att nyttan med ombudet inte kommer att motsvara kostnaden. Svenska kommunförbundet är positivt till funktionen personligt ombud men anser att den inte bör lagregleras. Förbundet understryker att försöksverksamhet bör initieras för att stimulera utbildning av aktuell personal. Landstingsförbundet är positivt till att personligt ombud införs men anser att ombudets kompetens och juridiska ställning ytterligare behöver klargöras före ett införande. Riksförbundet för social och mental hälsa tillstyrker förslaget om personligt ombud men framhåller att det inte får förväxlas med kontaktperson inom psykiatri eller stödperson i samband med psykiatrisk tvångsvård.

## Skälen för regeringens förslag

### *Nuvarande förhållanden*

Den tidigare institutionsbaserade vården av de långvarigt och allvarligt psykiskt störda gav utöver medicinsk vård och behandling en samlad insats av stöd och service som bl.a. kunde innefatta skyddat boende, meningsfullt dagsinnehåll, sysselsättning och rehabilitering m.m. Stora brister fanns dock i bl.a. boendemiljön och i den enskildes möjlighet till ett självständigt liv. Till följd av den förändring som skett mot öppna stödformer och öppen vård krävs i dag en långtgående samordning av åtgärder från olika samhällsorgan för att individens behov skall kunna tillgodoses.

Ett viktigt led i omsorgen och behandlingen är fortlöpande bedömningar av vilka insatser den enskilde behöver. Denna behovsbedömning bör omsättas i en individuell planering av samtliga insatser som riktas till den enskilde. Varje organ som ger service, stöd eller vård bör sålunda göra en planering av de insatser som riktas till individen. I avsnitt 5.1 har vi föreslagit att kommunernas huvudansvar för att planera och samordna insatser till psykiskt störda bör förtydligas. I detta ansvar ingår att sammanställa och samordna de individuella planerna samt att verka för att service-, stöd- och vårdutbudet anpassas till de krav och behov som psykiskt störda har. Vidare ingår att identifiera eventuella brister i serviceutbudet och medverka till att dessa undanröjs. I uppgiften ingår också att identifiera icke tillgodosedda behov samt att föra kunskaperna om dessa brister vidare som ett instrument för uppföljning och planering av serviceutbudet.

Svåra och långvariga psykiska störningar påverkar individens levnadsförhållanden på många sätt. Den psykiskt störde har ofta ett mycket sammansatt behov av service, stöd och vård. Stöd och vård från den psykiatriska hälso- och sjukvården är en grundläggande men inte tillräcklig insats. För att individen skall få sina behov tillgodosedda krävs att helheten uppmärksammas och att kompletterande insatser görs av en rad andra organ i samhället. Kommunernas socialtjänst, primärvården, försäkringskassan samt bostads- och arbetsförmedlingarna är exempel på andra organ som individerna ofta behöver service och stöd från. Den enskilde kan således ha samtidiga kontakter med ett stort antal personer och organ. Det förekommer att psykiskt störda har kontakt med upp till 15 olika personer verksamma inom olika samhällsorgan.

Samordningen och samverkan mellan de organ som ger stöd, service och vård till psykiskt störda är ofta mycket svagt utvecklad. I stället för att sträva efter samordning kan det i vissa fall förekomma att individen definieras bort från det egna ansvarsområdet med hänvisning till att den psykiska störningen innebär att ansvaret åvilar något annat organ. Detta medför att den psykiskt störde själv måste ta behövliga kontakter med ansvariga myndigheter för att kunna tillvarata sina intressen. I många fall har den psykiskt störde på grund av sina funktionshinder stora svårigheter att ta dessa kontakter.

Bristerna i samordning medför stora förluster i välfärd genom att den enskilde inte får sina behov tillgodosedda. En bristfällig samordning medför också att individen utsätts för onödigt stress, vilket kan förvärra den psykiska sjukdomen. Därutöver innebär brister i samordningen att samhällets resurser inte används på ett effektivt sätt.

#### *Bestämmelser i LSS om personligt stöd*

I LSS föreskrivs att svårt funktionshindrade som inte fyllt 65 år och som kan anses ha behov av det skall ha rätt till biträde av personlig assistent. Den enskilde skall kunna få insatsen genom att kommunen anordnar assistansen eller i form av ekonomiskt stöd för att själv kunna anlita någon för assistansen. För personer med omfattande behov av stöd –

mer än 20 timmar per vecka – har assistansersättning införts som ett statligt bidrag till kostnaden för personlig assistans. Undantag gäller dem som bor i gruppbostad.

Den personliga assistansen skall enligt förarbetena till LSS vara förbehållna krävande eller i olika avseenden komplicerade situationer, i regel av mycket personlig karaktär. Avgörande bör vara att den enskilde behöver personlig hjälp för att klara sin hygien, för att klä sig, för att inta måltider eller för att kommunicera med andra. Avsikten är att assistansen därutöver också skall ges i andra situationer där den enskilde behöver kvalificerad hjälp med göromål som ingår i den dagliga livsföringen t.ex. om personen behöver hjälp för att komma ut i samhället, för att studera, för att delta i daglig verksamhet eller för att få eller behålla ett arbete.

De personer som omfattas av LSS har också rätt till ledsagarservice och kontaktperson. Den förstnämnda insatsen skall lämnas som ett led i strävandena att underlätta för den enskilde att ta kontakter med andra. Kontaktpersonen skall kunna ge råd till den enskilde i situationer som inte är av komplicerad natur. Vidare skall kontaktpersonen hjälpa till att bryta den enskildes isolering genom samvaro och hjälp till fritidsverksamhet. Denna insats bör enligt förarbetena vara ett icke-professionellt stöd som ges av en person med stort engagemang och intresse för andra människor. Det bör inte ställas krav på någon särskild yrkeskompetens på kontaktpersonen.

#### *Försöksverksamhet med personligt ombud*

Det är angeläget att insatserna till den enskilde är väl samordnade så att behoven av vård och stöd uppmärksammas. Möjligheterna för berörda instanser att frångå sig ansvaret för psykiskt störda måste begränsas. Till de psykiskt stördas sjukdomsbild hör ofta kontaktsvårigheter och initiativlöshet. Regeringen anser därför i likhet med Psykiatriutredningen att det behövs ett utvecklat personligt stöd till personer med långvarig och allvarlig psykisk störning. Detta stöd bör kunna utformas på olika sätt i förhållande dels till den enskildes önskan och behov, dels till de lokala förutsättningarna. En möjlighet är att i enlighet med Psykiatriutredningens förslag inrätta funktionen personligt ombud med ett klart definierat ansvar för att individens behov uppmärksammas och för att insatserna samordnas.

Vi anser att det personliga stöd som psykiskt störda har behov av oftast är av professionell karaktär. De personliga stödfunktioner som ingår i LSS fyller inte fullt ut de krav som bör ställas på ett personligt stöd till psykiskt störda. Vi anser därför att funktionen bör baseras på expertkunskap för att den enskilde skall kunna få ett kvalificerat stöd som på ett effektivt sätt samordnar de insatser som riktas till honom.

Det finns emellertid enligt vår mening vissa oklarheter i den utformning av funktionen personligt ombud som Psykiatriutredningen redovisar. Merparten av remissinstanserna är också tveksamma till den utformning som utredningen gett funktionen eller uttrycker att formerna är oklara och behöver utredas vidare.



Enligt Psykiatriutredningen skulle införandet av insatsen personligt ombud för 20 000 psykiskt störda medföra en nettobesparing på 200 miljoner kronor per år. Remissinstanserna har dock ifrågasatt utredningens kostnadsberäkningar. Mot bl.a. denna bakgrund är det enligt vår mening omöjligt att med det ekonomiska underlag som för närvarande finns tillgängligt bedöma vilka kostnader och besparingar som funktionen kan komma att medföra för kommuner och landsting. Det är också svårt att med nuvarande underlag göra en säker bedömning av vilka förutsättningar det finns för att funktionen personligt ombud skulle kunna fungera väl och därmed bli ett effektivt stöd för långvarigt och allvarligt psykiskt störda.

Vi anser – mot bakgrund av de skäl som vi har anfört – att funktionen personligt ombud för långvarigt och allvarligt psykiskt störda bör prövas i en försöksverksamhet under tre år.

### *Förutsättningar för försöksverksamheten*

Funktionen personligt ombud bör utformas huvudsakligen enligt de riktlinjer som redovisas i Psykiatriutredningens slutbetänkande. Detta innebär bl.a. att det personliga ombudet i första hand bör vara en kommunal uppgift. Skälen till detta är bl.a. den ansvarsfördelning mellan kommun och landsting som föreskrivs i LSS och som innebär att kommunen är huvudman för samtliga former av stöd och service till funktionshindrade med undantag för rådgivning och annat personligt stöd vilket är en uppgift för landstinget. Vi anser vidare att det är viktigt att psykiatrin och socialtjänsten samarbetar när det gäller att utveckla innehållet i funktionen. Då ett av syftena med försöksverksamheten är att pröva och jämföra olika organisatoriska lösningar bör även landstingskommunalt huvudmannaskap kunna komma ifråga. Även mer okonventionella lösningar med ett starkt brukarinflytande bör kunna prövas.

Det personliga ombudet skall delta i samordningen av de insatser som genomförs för den enskilde och hjälpa honom med de kontakter med olika organ och myndigheter som han behöver hjälp av. Ombudet skall också se till att en individuell plan upprättas för de åtgärder som den psykiskt störde behöver. Det förtjänar dock att framhållas att det personliga ombudet inte är ställföreträdare för den enskilde och att han därför inte är jämförbar med god man, förmyndare eller förvaltare.

En annan viktig uppgift för det personliga ombudet är att kartlägga vård- och servicebehov hos psykiskt störda som inte själva söker kontakt med t.ex. psykiatrin eller socialtjänsten. Att göra hembesök och söka upp den enskilde i hans sociala sammanhang blir ett naturligt sätt att arbeta på för ombudet. Vidare bör det personliga ombudet ha till uppgift att se till att den enskilde får del av den service och vård som han har rätt till.

För att kunna fullgöra dessa uppgifter krävs att det personliga ombudet har goda kunskaper om psykiska störningar och de uttryck dessa tar sig. Dessutom behöver ombudet kunskaper om det utbud av service, stöd och vård som finns i samhället. Av ombudet krävs också personlig

lämplighet så att han kan skapa en god och förtroendefull kontakt med den enskilde. Han måste ges en sådan formell ställning att han kan klara uppgiften att delta i samordningen av insatser från olika organ och påverka dessa organ att utforma insatserna efter den enskildes behov. Mot bakgrund av de angivna riktlinjerna får de närmare formerna för verksamheten utvecklas lokalt efter de förhållanden och förutsättningar som råder på orten.

Inom ramen för försöksverksamheten bör personer med långvarig och allvarlig psykisk störning kunna erhålla ett personligt ombud.

För att stimulera metodutvecklingen, utbildningen av personal och för att precisera innehållet i arbetet som personligt ombud för psykiskt störda, behövs enligt vår mening särskilda ekonomiska resurser. Vi anser därför att 24 miljoner kronor bör anslås för att stimulera denna utveckling. Medlen bör disponeras av Socialstyrelsen som i samråd med Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och brukarorganisationerna beslutar om deras användning.

De erfarenheter som erhålls genom försöksverksamheterna skall ligga till grund för en utvärdering av funktionen. Inom ramen för utvärderingen skall bl.a. effekterna samt de ekonomiska konsekvenserna av funktionen dokumenteras. Utvärderingen bör göras av Socialstyrelsen i samråd med Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och brukarorganisationerna.

## 6 Kommunalt betalningsansvar för vissa långvarigt psykiskt störda

### 6.1 Bakgrund

#### *Gällande lagstiftning*

Enligt 6 § socialtjänstlagen (SoL) har den enskilde rätt till bistånd till sin försörjning och livsföring i övrigt om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv. Denna lagregel är dock inte knuten till några särskilt angivna insatser. Rätt till bistånd föreligger inte om den enskildes behov kan tillgodoses genom någon annan huvudmans försorg. Kommunen har emellertid det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

I 21 § SoL föreskrivs att socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd.

I samband med Ädelreformen infördes ett tredje stycke i 21 § SoL. Kommunen har därigenom ålagts att inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och därför behöver sådant boende. Genom ett tillägg till 10 § SoL har socialnämnden också fått i uppgift att utöver hjälp i hemmet, färdtjänst eller annan service också svara för dagverksamheter som underlättar för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra.

I HSL har införts bestämmelser om kommunal hälso- och sjukvård. Detta innebär att kommunerna har skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård vid särskilda boendeformer för service och omvårdnad, vid bostäder med särskild service och i kommunala dagverksamheter. Kommunerna ges befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård i enskildas hem. Efter överenskommelse med landstinget kan en kommun överta skyldigheten att erbjuda sådan vård i hemmen. Kommunernas ansvar skall dock inte i något fall omfatta sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

Landstinget har skyldighet att erbjuda den hälso- och sjukvård som skall lämnas inom primärvården samt i enskildas hem inom det ordinarie boendet. Dessutom har landstingen ansvar för alla läkarinsatser även vid de särskilda boendeformerna, vid bostäderna med särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna.

Kommunernas socialtjänst har omfattande uppgifter när det gäller bl.a. psykiskt stördas boende. Enligt Psykiatriutredningen är det dock tämigen ovanligt att kommunerna har verksamheter som är särskilt riktade till denna grupp människor. I vissa kommuner pågår arbete med att bygga upp särskilda dag- eller sysselsättningsverksamheter för psykiskt störda eller särskilda hemtjänstgrupper som enbart arbetar med denna målgrupp. Verksamheter för psykiskt störda bedrivs huvudsakligen inom ramen för den reguljära äldre- och handikappomsorgen och/eller individ- och familjeomsorgen.

### *Psykiskt stördas boende*

Psykiatriutredningen har konstaterat att det finns betydande skillnader i boendeförhållanden mellan människor med psykiska besvär och de som är besvärsfria. Utredningen har inom ramen för sitt kartläggningsarbete konstaterat att hälften av alla personer som år 1991 vårdades inom slutna psykiatrisk vård (ca 7 000) helt saknade bostad. Av dessa patienter var ca 3 000 över 65 år.

Vidare finns det betydande regionala skillnader vad gäller bostadssituationen. I bl.a. Jönköpings-, Kristianstads-, och Hallands läns landsting var det avsevärt fler som vårdades långvarigt än i bl.a. Södermanlands-, Skaraborgs- och Örebro läns landsting.

Psykiatriutredningen har konstaterat att psykiskt störda har svårigheter att få del av sina rättigheter enligt socialtjänstlagens bestämmelser. Att hjälpa personer med t.ex. schizofreni till återanpassning och rehabilitering kräver stort engagemang och specialiserade kunskaper samt utveck-

lad lyhörddhet för den sjukes önskemål och behov. Erfarenheterna visar att människor som är svårt psykiskt störda lätt kommer i kläm på grund av sina svårigheter att ta för sig. Många psykiskt störda känner inte heller till sina rättigheter enligt SoL. Psykiskt störda klarar dessutom sällan att på egen hand hävda sina rättigheter när det gäller exempelvis anpassat boende, boendestöd, kontakt- eller stödperson, ledsagarservice, färdtjänst m.m.

Därtill kommer att socialtjänsten på många håll inte har tillräckliga kunskaper och resurser för att tillgodose psykiskt stördas behov.

Psykiatriutredningen har vidare konstaterat att lämpliga boendeformer för vissa grupper psykiskt störda ofta saknas i kommunerna. Steget från institutionsvård till boende i egen lägenhet är för vissa alltför stort. I eget boende kan psykiskt störda känna otrygghet och ensamhet. De saknar dessutom ofta meningsfull sysselsättning.

Många kommuner anser att den pågående omstruktureringen och av-institutionaliseringen inom psykiatrin har inneburit en övervältring av kostnader från psykiatrin till kommunernas socialtjänst utan att motsvarande resursöverföring skett. Utan denna resursöverföring har kommunerna haft svårt att bygga upp service, stöd och hjälp när det gäller boende och sysselsättning.

För långvarigt och allvarligt psykiskt störda är det också nödvändigt att samordningen mellan socialtjänstens sociala insatser och psykiatris behandlingsinsatser fungerar smidigt. Om det finns brister i de sociala insatserna som t.ex. bostad, boendestöd, social träning och sysselsättning i samband med att någon skrivs ut från sluten psykiatrisk vård till eget boende är risken stor för snar återinläggning. Risken för återfall är överhuvudtaget mycket större om den psykiskt störde lever i en påfrestande social situation.

Socialtjänsten och psykiatrin har i många fall dålig kunskap om varandras verksamheter, svårigheter att förstå varandras språk och bristande kännedom om varandras kompetens. Inom socialtjänsten finns det ibland orealistiska föreställningar om vad psykiatrin kan klara och på motsvarande sätt känner man inom psykiatrin inte till socialtjänstens möjligheter och begränsningar.

Det finns på en del håll i landet ett betydande antal personer som vårdas långvarigt inom den psykiatriska slutenvården och som skulle kunna få en bättre livssituation om bra boende- och vårdalternativ kunde erbjudas. Av Psykiatriutredningens slutbetänkande framgår att det finns ett stort antal personer inom den psykiatriska slutenvården som inte har sådana psykiatriska vårdbehov som motiverar en sängbunden institutionsvård. Många av dessa patienter vistas inom den psykiatriska slutenvården eftersom det saknas andra former av service och stöd. Som vi framhållit tidigare finns det också patienter inom den psykiatriska slutenvården som vårdats lång tid av andra skäl. Orsaken till att de sistnämnda inte har skrivits ut är främst att de har hög ålder och kanske vårdats på institutionen under flera decennier eller att det inte i övrigt bedömts vara motiverat att förändra deras boendesituation.

Den slutna psykiatriska vårdens resurser skulle således inte behöva användas av dessa personer om adekvat bostad, stöd, service och vård kunde erbjudas i det lokala samhället. Samma problematik som låg till grund för Ädelreformen inom äldreomsorgen gäller i vissa delar också vården av de långvarigt psykiskt störda.

### *Ädelreformen*

Den 1 januari 1992 genomfördes en mycket omfattande förändring av ansvars- och uppgiftsfördelningen i servicen och vården till äldre, handikappade och långtidssjuka. Reformen innebär att kommunernas ansvar har utvidgats till att omfatta även sådan hälso- och sjukvård som landstingen tidigare svarade för inom den somatiska långtidsvården och inom viss hemsjukvård. Genom förändringen har kommunerna även givits ansvaret för att betala för sådan vård som ges till personer som är medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidsvården och geriatriken. Vidare har kommunernas ansvar för dagverksamheter och för boendet för äldre och handikappade förtydligats. Nya möjligheter för kommunerna att efter överenskommelse överta vissa uppgifter från landstingen har införts.

Riksdagen beslutade år 1988 om mål och riktlinjer för utvecklingen av äldreomsorgen. I den proposition som låg till grund för riksdagsbeslutet, proposition 1987/88:176 om äldreomsorgen inför 1990-talet, konstaterades att samordningen av samhällets insatser för äldre behöver utvecklas. Det angavs att målet bör vara att förändra ansvarsfördelningen mot ett mer enhetligt och sammanhållet ansvar för äldreomsorgen.

I enlighet med förslag i propositionen tillkallades en särskild delegation med uppgift att lämna förslag till hur ett mer enhetligt ansvar skulle kunna utformas. Delegationen som antog namnet Äldredelegationen redovisade sina förslag i betänkandet Ansvaret för äldreomsorgen (Ds S 1989:27). Regeringens förslag till riksdagen presenterades i proposition 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. I propositionen behandlades i första hand förslag till framtida uppgiftsfördelning samt principerna för den ekonomiska regleringen mellan kommunerna och landstingen. Den mer detaljerade utformningen av den ekonomiska regleringen behandlades i proposition 1990/91:150 Reviderad finansplan m.m.

Genom reformen har kommunerna fått ett samlat ansvar för all långvarig vård och service som ges till äldre och handikappade. Kommunerna har obligatoriskt övertagit ansvaret för den somatiska långtidsvården, gruppboende, dagverksamheter samt betalningsansvaret för färdigbehandlade inom somatisk korttidsvård och geriatrisk vård. En möjlighet har också införts för kommun och landsting att träffa frivilliga överenskommelser om att föra över bl.a. psykiatrisk långtidssjukvård samt viss hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunen har vidare fått ett obligatoriskt ansvar att svara för viss hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och dagverksamheter.

Ekonomiska resurser har förts över från landsting till kommuner genom en kombination av skatteväxling och förändringar i statsbidrags- och skatteutjämningsystemen. Ett system för kostnadsutjämnning mellan kommunerna ingick också i regleringen av reformen.

Personer som vårdas inom sluten psykiatrisk vård omfattas således inte av de beslut som fattats om ett obligatoriskt överförande av sjukhem och långvård. Inte heller har något obligatoriskt betalningsansvar för den psykiatriska långtidsvården införts. Reformen har dock utformats så att ett betalningsansvar för långvarig omvårdnadsinriktad psykiatrisk vård kan införas om en kommun och landstinget träffar överenskommelser om detta.

När det gäller de psykiskt sjuka begränsades således regeringens förslag till att det skulle vara möjligt för kommun och landsting att lokalt komma överens om ett kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade inom psykiatrin. Det har dock inte träffats några avtal om ett generellt kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade inom den psykiatriska vården.

Ädelreformen innebär bl.a. att kommunerna fått skyldighet att ansvara för sådant boende som kan ersätta olika former av långvarig psykiatrisk vård samt vård och omsorg i dessa boendeformer. Eftersom kommunerna inte samtidigt övertagit några enheter eller fått betalningsansvar för den psykiatriska vård som bostäder med särskild service kan vara en ersättning för har kommunerna således inte fått några särskilda resurser för att kunna ta sitt utvidgade ansvar för de psykiskt stördas boende. Kommunerna är hänvisade till att träffa frivilliga överenskommelser med landstingen.

### *Betalningsansvarskommittén*

Våren 1992 tillkallades en kommitté för att följa upp tillämpningen av det kommunala betalningsansvaret inom hälso- och sjukvården. I kommitténs uppgifter ingick bl.a. att analysera systemets effekter för kommuner, landsting och enskilda samt dess tekniska utformning. Kommittén har gett ut delrapporter i juni 1992 och i februari 1993. I juni 1993 lämnade kommittén slutbetänkandet Ett år med betalningsansvar (SOU 1993:49).

Av betänkandet framgår bl.a. att betalningsansvaret för somatisk akut-sjukvård och geriatrisk vård har medfört att antalet färdigbehandlade patienter som ligger kvar på sjukhus har minskat kraftigt. Som exempel kan nämnas att den totala minskningen av antalet färdigbehandlade patienter inom den somatiska akutsjukvården var drygt 50 % mellan mars 1990 och mars 1993. Detta motsvarar ca 2 000 patienter. Inom den geriatriska vården var minskningen drygt 60 % mellan november 1991 och mars 1993, vilket motsvarar ca 1 600 patienter. Mellan november 1992 och mars 1993 ökade dock antalet medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska akutsjukvården, medan minskningen fortsatte inom den geriatriska vården.

Landstingen har – som en följd av det kommunala betalningsansvaret – under 1992 minskat antalet platser inom akutsjukvård och geriatrisk vård med ca 1 400 platser. För år 1993 planerades en minskning med ytterligare ca 700 platser. Det är ännu oklart om denna minskning genomförts. Av kommunerna har 236 redovisat en utbyggnad av särskilda boendeformer för ca 4 700 boende och planerade för år 1993 en ytterligare utbyggnad för ca 5 200 boende.

Enligt kommittén har fler äldre fått del av kommunernas satsningar på vård och boende och boendestandarden har dessutom blivit bättre. Vidare har tillgängligheten till akutsjukvård och geriatrisk vård förbättrats i takt med att antalet medicinskt färdigbehandlade minskat och vårdtiden som medicinskt färdigbehandlad förkortats.

Betalningsansvarskommittén har genom bl.a. enkäter tillfrågat huvudmännen om deras synpunkter på begreppet medicinskt färdigbehandlad. Ungefär hälften av landstingen och kommunerna anser enligt undersökningen att det förekommer problem med tolkningen av begreppet. Enligt betalningsansvarskommittén är det dock inte ofta som reella problem uppstår p.g.a. tolkningssvårigheter.

Som vi nämnde tidigare omfattas inte den psykiatriska vården av ett obligatoriskt betalningsansvar. Inga frivilliga överenskommelser om betalningsansvar har heller träffats. Kommittén anger att en stor del av kommunerna och landstingen har redovisat problem som en följd av att den psykiatriska vården inte omfattas av ett obligatoriskt betalningsansvar. Många avvaktar beredningen av Psykiatriutredningens förslag om obligatoriskt betalningsansvar.

Betalningsansvarskommittén understryker att den beskrivna utvecklingen utgör ett tecken på att psykiskt sjukas behov av alternativa vård- och boendeformer får stå tillbaka för andra gruppers behov så länge som de ekonomiska incitamenten inte omfattar psykiskt sjuka. Kommittén anser att ett obligatoriskt betalningsansvar bör införas även för psykiskt långtidssjuka. Härigenom skulle de positiva förändringar som skett som en följd av betalningsansvaret inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård även komma psykiskt långtidssjuka till del.

### *Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av Ädelreformen*

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera Ädelreformen med hänsyn till dess innehåll, kvalitet, genomförande och kostnader. Uppdraget avrapporteras årligen och en samlad utvärdering skall lämnas fem år efter reformens i kraftträdande. Socialstyrelsen har överlämnat årsrapporten för 1993 om Ädelreformen (1993:8). I rapporten framhålls att det allmänna omdömet om Ädelreformen är positivt och att genomförandet av reformen har varit betydligt mindre problematiskt än befarat. Det kommunala betalningsansvaret inom akutsjukvården och geriatriken har inneburit en halvering av antalet medicinskt färdigbehandlade patienter. Detta innebär att resurser frigjorts för akutsjukvård för bl.a. äldre. Reformen har på detta sätt varit framgångsrik. Statsbidragen för nybyggnad och ombyggnad av särskilda boendeformer

har resulterat i en ökning av boende/vårdplatser, vilket innebär ett trendbrott jämfört med de senaste årens utveckling på området.

Riksdagen beslutade i samband med Ädelreformen att statsbidrag skulle utgå för att stimulera till en kraftfull utbyggnad av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer för äldre och handikappade. Bland de personer som avses finns bl.a. psykiskt långtidssjuka. Anslagsmedel anvisas inom en sammanlagd ram på 3 miljarder kronor och är fördelade på två bidrag. Socialstyrelsen framhåller i sin rapport att anmärkningsvärt få ansökningar gäller målgruppen psykiskt långtidssjuka. Endast 4 % av det totala antalet ansökningar om bidrag till gruppboendestäder gäller denna målgrupp. Det är därför – enligt Socialstyrelsens mening – angeläget att reservera en särskild andel av stimulansbidragen för denna målgrupp.

Regeringen lämnar i avsnitt 14.4 förslag som syftar till att dessa medel – i större utsträckning än i dag – skall komma psykiskt långtidssjuka till del.

*Proposition om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård m.m.*

Regeringen fattade den 9 december 1993 beslut om propositionen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård m.m. (prop. 1993/94:121). I propositionen redovisades resultaten av uppföljningen av Ädelreformen. Vidare föreslogs vissa ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Lagändringarna syftade till att ge kommuner och landsting möjlighet att avtala om annan ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård inom landstingets hälso- och sjukvård än de av regeringen fastställda beloppen. Dessutom syftade lagändringarna till att förtydliga omfattningen av kommunernas betalningsansvar för sådana patienter. Regeringen ansåg det inte möjligt eller lämpligt att i lagstiftningen närmare precisera begreppet medicinskt färdigbehandlad. Tillgången till resurser och medicinsk utveckling kunde medföra att bedömningen förändrades över tiden vilket kunde komma att påverka ansvars- och kostnadsfördelningen mellan huvudmännen. Frågor som rör tolkning av begreppet medicinskt färdigbehandlad borde därför – enligt regeringens mening – följas ingående inom ramen för Socialstyrelsens fortsatta utvärdering av Ädelreformen.



**Regeringens förslag:** Kommunerna ges ett lagreglerat obligatoriskt betalningsansvar för vissa långvarigt psykiskt störda. Betalningsansvaret skall gälla långvarigt psykiskt störda personer som av specialistkompetent psykiatriker bedömts vara medicinskt färdigbehandlade inom sådan sluten psykiatrisk vård som bedrivs vid psykiatrisk klinik eller annan enhet där aktiv psykiatrisk vård ges. För att komma ifråga för ett kommunalt betalningsansvar skall den enskilde ha vårdats sammanhängande inom psykiatrin minst tre månader. Samtidigt skall möjligheten upphöra för kommuner och landsting att träffa frivilliga överenskommelser om ett kommunalt betalningsansvar för patienter inom psykiatrin.

**Psykiatriutredningen:** Ett kommunalt betalningsansvar för psykiskt långtidssjukas boende införs. Detta betalningsansvar bör ersätta den nuvarande möjligheten för kommuner och landsting att träffa frivilliga överenskommelser om ett kommunalt betalningsansvar för patienter inom psykiatrin. Betalningsansvaret genomförs i två steg. Under en övergångsperiod på tre år får kommunerna ett betalningsansvar för frivilligt vårdade personer som vårdats sammanhängande sex månader eller längre inom psykiatrisk slutenvård eller familjevård. Detta första steg skall efter tre år ersättas med ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk vård som är baserat på bedömning av läkare. Den ekonomiska överföringen skall regleras genom en skatteväxling från landstingen till kommunerna och baseras på avtal mellan berörda huvudmän.

**Remissinstanserna:** Den helt övervägande delen av remissinstanserna instämmer i utredningens förslag om att införa ett kommunalt betalningsansvar för psykiskt långtidssjukas boende. Några instanser framför viss tveksamhet med anledning av svårigheten att avskilja boendet från vård vad gäller kategorin psykiskt långtidssjuka. Främst kommunerna menar att det är en brist att utredningen inte redovisat hur ansvarsfrågorna kan lösas med kommunerna som huvudsaklig huvudman när det gäller ytterligare delar av psykiatrin. I samband därmed har också flera kommuner och kommunförbund i länen förordat ett kommunalt huvudmannaskap för stora delar av eller hela psykiatrin samt primärvården. Några andra instanser menar att Ädelreformen först bör utvärderas och någon instans anser att ansvarsfrågorna skall regleras genom ett sjukförsäkringssystem. De allra flesta instanser har också förordat att betalningsansvaret regleras och införs vid ett och samma tillfälle och inte i två steg. Däremot skiljer sig remissinstanserna angående frågan vilket steg som skall vara det enda steget.

**Skälen för regeringens förslag:** Mot bakgrund av bl.a. de redovisade problemen (avsnitt 6.1) beträffande psykiskt stördas boendesituation och de positiva erfarenheterna av systemet med kommunalt betalningsansvar

föreslår vi att kommunerna ges en skyldighet att betala ersättning för de patienter som trots att de inte längre behöver sådan vård finns kvar inom den psykiatriska vård som lämnas eller finansieras av landstingen. Syftet med betalningsansvaret är att stimulera kommuner och landsting att genom ökad samverkan använda tillgängliga resurser på ett bättre sätt och att främja en utveckling av anpassade boendeformer till långvarigt psykiskt störda som i dag vistas inom psykiatin. Vidare är syftet att minska betydelsen av huvudmannaskapsgränser där sådana annars skulle inverka negativt på vården av den enskilde.

Vi har tidigare redovisat att det betalningsansvar som infördes i samband med Ädelreformen har inneburit att psykiskt stördas behov av anpassade boendeformer inte tillgodoses eftersom kommunerna prioriterar de grupper som obligatoriskt omfattas av betalningsansvaret. Enligt vår mening är en förändring i enlighet med Ädelreformens principer lika angelägen för långvarigt psykiskt störda som för andra personer med långvariga service- och vårdbehov. En snabb utveckling av alternativa vård- och stödformer är som vi tidigare framhållit nödvändig för att psykiskt störda inom rimlig tid skall kunna erbjudas goda levnadsförhållanden. Problemen med samordningen av insatserna liksom riskerna för att det uppstår oklarheter och dåligt utnyttjande av resurser är minst lika stora för psykiskt störda som vistas inom institutioner som för andra grupper med långvarig institutionsvård.

Enligt Psykiatriutredningen saknade hälften av alla personer som vårdas inom slutna psykiatriska vård egen bostad och många av dessa personer var yngre än 65 år. På grund av att ett tillräckligt stöd inte har kunnat tillförsäkras dem saknar de psykiskt störda i stor utsträckning en bostad där friheten och integriteten är skyddad. Insatser som påskyndar utvecklingen mot alternativa boende- och vårdformer och som innebär att fler långvarigt psykiskt störda kan erbjudas egna bostäder med egna kontrakt är därför mycket angelägna. Som vi nämnde tidigare bör dessa insatser ges i så öppna former som möjligt ute i det lokala samhället.

Införandet av ett betalningsansvar innebär enligt regeringens mening att kommunerna får ökade möjligheter och ekonomiska incitament för att prioritera utbyggnaden av sådana alternativa vård- och stödformer som kan ersätta den institutionsbundna vården. Vi anser att särskilda boendeformer och bostäder med särskilt stöd kan vara aktuella som ersättning för boende inom psykiatriska kliniker eller andra enheter där aktiv psykiatrisk vård ges. Detta ligger i linje med regeringens uppfattning om hur det framtida systemet för service och vård till långvarigt psykiskt störda bör vara utformat.

Som nämndes tidigare fick kommunerna genom Ädelreformen skyldighet att svara för sådant boende som kan ersätta olika former av långvarig psykiatrisk vård. Eftersom kommunerna inte samtidigt övertagit några psykiatriska enheter eller fått betalningsansvaret för den psykiatriska vård som bostäder med särskild service kan vara en ersättning för har kommunerna således inte fått särskilda resurser för att kunna ta sitt utvidgade ansvar för de psykiskt stördas boende. Kommunerna är hänvisade till att träffa frivilliga överenskommelser med landstingen. Detta

har enligt vår mening inte visat sig vara ändamålsenligt eftersom det inte träffats några sådana överenskommelser. Det finns därför betydande risker för att oenighet skall uppstå mellan huvudmännen när det gäller det ekonomiska ansvaret för de långvarigt psykiskt störda som är medicinskt färdigbehandlade och vistas vid en psykiatrisk klinik eller på annan enhet som bedriver aktiv psykiatrisk vård. Den enskilde kan också skrivas ut från landstingens enheter utan att tillräckligt stöd finns ordnat i det lokala samhället.

Vissa av de enheter som landstingen idag driver torde vara att betrakta som särskilda boendeformer. Detta gäller även vissa enskilda vårdhem. Inte heller familjevården har ett aktivt psykiatriskt innehåll som kan jämföras med det som ges vid psykiatrisk klinik. Regeringen har tidigare anfört att huvudmannaskapet för dessa verksamheter, efter lokala överläggningar, bör överföras till kommunerna. Kommunerna bör även teckna kontrakt direkt med familjevården och de berörda enskilda vårdhemmen. Vid vissa enskilda vårdhem ges dock en aktiv psykiatrisk vård. Dessa bör förbli ett landstingskommunalt ansvar. I överläggningarna mellan kommuner och landsting bör dessa identifieras. Landstingen bör redovisa vid vilka enheter det pågår en aktiv psykiatrisk vård. Alla andra enheter bör i princip överföras till kommunerna om inte särskilda skäl talar emot det. Vi vill framhålla att det är angeläget att ansvaret för driften av olika verksamheter skyndsamt klaras ut och fastställs mellan huvudmännen. Inriktningen i detta arbete bör vara att de sociala verksamheter som är inriktade mot sysselsättning och boende bör föras över till kommunen. Landstingen bör endast undantagsvis – och efter avtal med kommunerna – svara för dessa insatser.

Mot bakgrund av vad vi här har sagt föreslår vi att kommunerna genom en ändring av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ges ett obligatoriskt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk klinik eller inom andra enheter som bedriver aktiv psykiatrisk vård. Detta obligatoriska ansvar skall ersätta den nuvarande möjligheten att träffa avtal beträffande psykiatrisk långtidssjukvård. Att betalningsansvaret inte skall omfatta sådan vård som ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård följer av begränsningen av betalningsansvaret till de medicinskt färdigbehandlade patienterna.

### 6.3 Medicinskt färdigbehandlade i sluten psykiatrisk vård

Vi har tidigare nämnt att det inte är acceptabelt att människor annat än i undantagsfall skall behöva vistas längre tid på vårdinstitutioner. I de fall det krävs långvariga behandlingar måste vården enligt vår mening organiseras så att det finns förutsättningar för eget boende. Detta ställer i många fall nya krav på den psykiatriska öppenvården.

För att det föreslagna systemet med kommunalt betalningsansvar skall kunna fungera effektivt måste det finnas goda förutsättningar att avgöra vilka patienter inom psykiatrin som bör omfattas av betalningsansvaret.

För att betalningsansvaret som vi föreslår skall kunna vara ett effektivt instrument är det viktigt att begreppet medicinskt färdigbehandlad definieras och preciseras så att de medicinska bedömningarna av vilka som skall omfattas av begreppet inte blir godtyckliga.

Begreppet medicinskt färdigbehandlad används i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404). I 6 § i denna lag anges vad som avses med medicinskt färdigbehandlad inom somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård. I lagen föreskrivs följande:

En kommun har betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter vid landstingskommunens enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård. Medicinskt färdigbehandlad är en patient som är intagen på en sådan enhet men inte längre behöver den medicinska vård som ges vid enheten eller vid annan enhet inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Frågan om patient är medicinskt färdigbehandlad avgörs av ansvarig läkare.

Socialstyrelsen har i meddelandeblad Nr 27/92 angett att det är först när patienten inte längre behöver medicinsk vård vid någon enhet inom sjukhuset eller vid annat sjukhus som patienten är "medicinskt färdigbehandlad".

Socialstyrelsen har i en skrivelse den 23 augusti 1993 angett att patient inom den slutna psykiatriska vården är att betrakta som medicinskt färdigbehandlad när hon/han inte längre är i behov av de medicinska resurser som sjukhuset har att erbjuda utan skulle kunna få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett inom den psykiatriska öppenvården och sitt omvårdnadsbehov tillgodosett av anhöriga, primärvård och socialtjänst.

Om vård och stöd utanför sjukhuset – t.ex. psykiatrisk öppenvård och socialtjänst – inte har anpassats tillräckligt till de behov som finns bör trots detta patienten anses vara medicinskt färdigbehandlad.

Många av de patienter som idag vistas vid psykiatrins sjukhem och enskilda vårdhem och sannolikt alla de patienter som vistas inom den psykiatriska familjevården är med denna definition att anse som medicinskt färdigbehandlade. Avgörande för bedömningen skall således vara om patienten kan bo i eget boende eller i särskilda boendeformer. I ett sådant boende som är kommunernas ansvar skall finnas personal dygnet runt för de som behöver det. I de fall då det psykiatriska vårdbehovet är så omfattande att nära tillgång till specialistkompetent psykiatriker krävs skall patienten fortfarande vårdas vid psykiatrisk klinik eller annan enhet där det bedrivs aktiv psykiatrisk vård.

Bedömningen av om patienterna är medicinskt färdigbehandlade bör enligt vår mening göras av en specialistkompetent psykiatriker. Vidare bör diagnosen kontinuerligt omprövas för att säkerställa att patienten erhåller rätt vård och stöd.

Som nämnts tidigare skall kommunerna erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 § och 21 § SoL. Vidare skall kommunerna i samband med dagverksamhet, som omfattas av 10 § SoL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Kommunens ansvar omfattar inte

sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Detta betyder att landstingen fortfarande har skyldighet att erbjuda den hälso- och sjukvård som skall lämnas vid t.ex. vårdcentraler och psykiatriska öppenvårdsmottagningar samt i enskildas hem inom det ordinarie boendet. Landstingen har också ansvaret för alla läkarinsatser även vid de särskilda boendeformerna, vid bostäder med särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna. Detta betyder enligt vår mening att landstingen har ansvaret bl.a. för att ställa diagnos och ge psykiatrisk behandling till psykiskt störda i särskilda boendeformer och bostäder med särskild service.

Med nuvarande organisering av psykiatrin bedrivs inte långtidssjukvården av patienter med psykiatriska sjukdomar inom någon avgränsad organisation. Detta kan medföra vissa svårigheter när det gäller avgränsningen av den grupp som skall omfattas av det betalningsansvar som vi har föreslagit.

Det är enligt vår mening viktigt att förändringsarbetet bedrivs med stor försiktighet så att tillräcklig hänsyn tas till den enskildes egna val. Det kommunala betalningsansvaret får inte tolkas så att alla de äldre eller andra som av sociala skäl har vårdats långvarigt inom psykiatrin skall skrivas ut till ett boende med särskild service. När det exempelvis gäller vård i livets slutskede vill regeringen betona att, om utskrivning till annan vårdform övervägs, särskild hänsyn måste tas till den enskildes och anhörigas önskemål. Även i övrigt måste en prövning göras i det enskilda fallet av var den enskilde bäst kan få den hjälp och det stöd han är i behov av.

#### 6.4 Avgränsning av betalningsansvaret

Psykiatriutredningen har föreslagit att kommunernas betalningsansvar – under en tre-årig övergångsperiod – bör gälla samtliga patienter som har vårdats sammanhängande sex månader eller längre inom psykiatrisk slutenvård eller familjevård. Efter tre år skulle detta system ersättas med ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk vård som är baserat på en bedömning av läkare.

Det finns enligt regeringens mening väsentliga nackdelar med den schablontidsgräns på sex månader som Psykiatriutredningen föreslår. Kommunerna kommer genom denna tidsgräns att bli betalningsansvariga för viss aktiv psykiatrisk vård. Bland de psykiskt sjuka för vilka det ekonomiska ansvaret skulle föras över från landstingen till kommunerna vid en sex-månaders tidsgräns finns det personer som genomgår sådan psykiatrisk behandling som kräver vistelse vid psykiatrisk klinik. Det är därför enligt regeringens mening inte lämpligt att dessa människor skall omfattas av betalningsansvaret. Vi föreslår mot denna bakgrund att kommunerna får betalningsansvar för personer med långvarig psykisk störning som av specialistkompetent psykiatriker bedöms vara medicinskt färdigbehandlade enligt den definition av begreppet som redovisats i avsnitt 6.3. Vi anser således att betalningsansvaret för den psykiatriska vården bör avgränsas enligt den princip som gäller för den

somatiska akutsjukvården och den geriatriska vården, dvs. genom att kommunen får ett betalningsansvar när patienten bedöms vara medicinskt färdigbehandlad av specialistkompetent psykiatriker. För att komma ifråga för ett kommunalt betalningsansvar bör den enskilde ha vårdats sammanhängande inom psykiatrisk klinik eller annan enhet som bedriver aktiv psykiatrisk vård i minst tre månader. Syftet med det kommunala betalningsansvaret för långvarigt psykiskt störda som vårdas inom psykiatrisk klinik, är att dessa skall kunna erbjudas ett anpassat boende utanför den psykiatriska vårdorganisationen. Betalningsansvaret skall motverka att patienter som är medicinskt färdigbehandlade blir kvar inom den psykiatriska vården p.g.a. att det saknas anpassade kommunala boendeformer. Vi anser därför att betalningsansvaret måste avgränsas på ett sådant sätt att det inte kommer att omfatta patienter som har vistats en kortare tid inom psykiatrin. En avgränsning av betalningsansvaret till att gälla patienter som vårdats sammanhängande minst tre månader skapar förutsättningar för att endast personer med psykiska störningar av långvarig karaktär skall omfattas av betalningsansvaret.

Ett viktigt led i arbetet med att förbättra stöd och service i boendet för långvarigt psykiskt störda är att samverka mellan psykiatri och socialtjänst fungerar väl. För att åstadkomma detta krävs bl.a. att den för landsting och kommun gemensamma vårdplaneringen utvecklas. Regeringen anser att det krävs riktlinjer för hur patienter skall överflyttas och hur olika situationer i det dagliga arbetet skall hanteras. Det är också angeläget att lägga fast hur information mellan bl.a. huvudmän och olika vårdnivåer skall överföras.

Regeringen anser att det är i första hand den enskilde patientens val och prioriteringar som bör vara styrande vid val av boende- eller vårdform. Det är även nödvändigt att kommunens företrädare får möjlighet att tillsammans med landstingets personal medverka i den individuella vårdplaneringen.

Landstingets personal bör i god tid före en patient flyttar i samråd med denne ta kontakt med företrädare för kommunen. Inriktningen bör vara att kontakten sker i så pass god tid att patienten kan flytta från inrättningen samma dag som utskrivning bedömts kunna ske.

För de fall patienten inte flyttar från landstingets inrättning bör det kommunala betalningsansvaret inträda två veckor efter det att landstinget hos kommunen anmält patienten som medicinskt färdigbehandlad. Härigenom tillgodoses bl.a. kravet på att kommunen får någon tid på sig att ombesörja patientens vård och omsorg ute i samhället.

## 6.5 Ekonomisk reglering

En förutsättning för att kommunalt betalningsansvar för långvarigt psykiskt störda boende skall kunna införas är att en ekonomisk reglering genomförs där kommunerna tillförs medel för de nya åtaganden som föreslås. Medel motsvarande det minskade åtagandet bör därvid tas från landstingen och överföras till kommunerna.

En väsentlig del av beredningsarbetet har bestått i att ta fram ett underlag som gör det möjligt att bedöma omfattningen av de ekonomiska resurser som bör föras över från landsting till kommuner. Som ett led i detta arbete har samtliga landsting samt Malmö, Göteborgs och Gotlands kommuner beretts tillfälle att inkomma till Socialdepartementet med uppgifter om hur många medicinskt färdigbehandlade personer som var inskrivna i slutna psykiatrisk vård och enskilda vårdhem samt antalet patienter inom familjevården den 15 februari 1994. I detta sammanhang har även den genomsnittliga vårddagskostnaden för denna del av den psykiatriska vården efterfrågats. Kartläggningmaterialet, som landstingen har tagit fram i samråd med kommunerna och kommunförbunden i länen, håller nu på att analyseras inom regeringskansliet. Någon särskild inventering av de verksamheter som bör överföras från landstingen till kommunerna har inte gjorts.

De senaste åren har det genomförts en omfattande omläggning av statens styrning av den kommunala ekonomin. Med en omläggning av denna omfattning är det oundvikligt att vissa icke förutsägbara problem och effekter kan uppstå. Regeringen har mot denna bakgrund konstaterat att det finns behov av att samordna det genomförda och pågående utredningsarbetet avseende utjämningsystemen för såväl kommuner som landsting och finna en lösning med bred förankring inom kommunvärlden. En parlamentariskt sammansatt beredning har därför tillkallats (dir.1993:137). Beredningen skall föreslå utformningen av ett system för statsbidrag och utjämnning av ekonomiska förutsättningar för kommuner och landsting. Systemet bör också klara ekonomiska regleringar såväl mellan staten och kommunsektorn som mellan landsting och kommuner. I avvaktan på att ett nytt system skall kunna träda ikraft år 1996 kommer, med vissa övergångsregler, för år 1995 det nuvarande statsbidragssystemet m.m. för kommuner att förlängas.

Med hänsyn till de mera betydande förändringar som kan förutses vad gäller statens reglering av den kommunala sektorn år 1996 anser regeringen att en temporär lösning, som ej bygger på skatteväxling, bör sökas för år 1995 vad avser den ekonomiska regleringen av det här föreslagna kommunala betalningsansvaret för långvarigt psykiskt störda boende. Det slutliga ställningstagandet till hur den ekonomiska regleringen bör utformas bör således enligt regeringens mening beredas vidare i samband med ställningstagandena till ett nytt system för utjämnning av de ekonomiska förutsättningarna för kommuner och landsting.

Vad gäller den ekonomiska regleringen för år 1995 avser regeringen att återkomma med förslag i annat sammanhang under innevarande riksmöte.

**Regeringens bedömning:** En översyn och analys av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården bör göras. Syftet med översynen bör vara att dels ta fram riktlinjer för hur innehållet i den psykiatriska vården bör utvecklas, dels uppnå en samsyn när det gäller kriterier för kvalitet i den psykiatriska vården. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra den nämnda översynen.

### Skälen för regeringens bedömning:

#### *Utgångspunkter för översynen*

Den psykiatriska vårdens innehåll och kvalitet är föremål för granskning i flera västländer. Granskningsarbetet syftar till att ta fram riktlinjer för god vård samt att utveckla vårdorganisationer och utbildningssystem som möjliggör detta. Människor med psykisk ohälsa har rätt till behandling som grundas på vetenskapligt beprövade metoder oavsett om det gäller medicinska, psykologiska eller sociala åtgärder.

Psykiatriska behandlingsmetoder bygger både på ett naturvetenskapligt- och ett humanvetenskapligt synsätt. Det naturvetenskapliga synsättet innebär i princip att vetenskapligt arbete utförs med krav på objektivitet och exakt mätbarhet. Det humanvetenskapliga synsättet innebär att man försöker uppnå kunskap genom att förstå och tolka känslor och beteende hos den enskilda individen. Vid behandling av psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa kan dels farmakologiska behandlingsmetoder, dels psykodynamisk terapi som bygger på förståelse och tolkning av patientens känslor och beteende komma ifråga. Även det socialpsykiatriska synsättet bör nämnas vid en redovisning av psykiatriska behandlingsmetoder. Enligt detta synsätt förklaras psykisk ohälsa till stor del av olika sociala faktorer som t.ex. arbetslöshet och migration.

Det finns i dag vissa meningsskiljaktigheter mellan företrädare för de olika synsätten inom psykiatrin som rör avvägningen mellan orsaksfaktorer till psykisk sjukdom och ohälsa. Dessa skilda synsätt kan delvis förklaras av skillnader i vetenskaplig grundsyn. De olika synsätten påverkar i viss utsträckning den terapeutiska inriktningen.

En effekt av de skilda synsätten och behandlingsideologierna inom den psykiatriska vården kan således vara att regionala variationer uppstår när det gäller val av behandlingsmetoder. Socialstyrelsen har i sina kartläggningar funnit skillnader när det gäller användning av bl.a. psykoterapi och biologiska behandlingar. Vidare finns det skillnader i användningen av slutenvård och elbehandling (ECT).

Psykiatriutredningen har i ett delbetänkande om psykiatrin och dess patienter (SOU 1992:73) kartlagt bl.a. den psykiatriska vårdens inne-



håll. I betänkandet behandlas öppen vård, psykoterapi, biologiska behandlingar, rutiner i vården m.m. Det finns enligt utredningen indikationer på att det inte ges kvalificerad psykoterapi i tillräcklig omfattning och att anhöriga till psykiskt störda inte ges tillräckligt stöd. Av betänkandet framgår vidare att äldre människor använder lugnande medel, sömnmedel och bensodiazepiner i stor omfattning. Vidare finns det avsevärda regionala skillnader när det gäller användningen av antidepressiva läkemedel och neuroleptika. Många patienter använder dessa medel under långa tider utan tillräcklig läkarkontakt. Psykiatriutredningen framhåller att psykiatrin bör ta ett ökat ansvar för uppföljningen av denna behandling.

I ett annat delbetänkande av Psykiatriutredningen om livskvalitet för psykiskt långtidssjuka (SOU 1992:46) redovisas en undersökning av neuroleptikabehandling i slutna psykiatrisk vård. Denna undersökning visar att många patienter får neuroleptikabehandling under slentrianmässiga former. Många patienter ges flera neuroleptika samtidigt och många får onödigt höga doser. Vidare anges att förvånansvärt många patienter får depåbehandling.

I betänkandet framhålls att personalen behöver bättre kunskaper om användningen av neuroleptika och om de biverkningar som kan uppstå. Vidare anges att man genom utbildning och attitydpåverkan bör kunna komma fram till en mer restriktiv användning av neuroleptika även för allvarligt sjuka patienter.

Regeringen har i juni 1993 gett Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) i uppdrag att starta ett projekt i syfte att utvärdera de medicinska, ekonomiska, sociala och etiska konsekvenserna av användningen av neuroleptika.

I Psykiatriutredningens betänkande om psykiatrin och dess patienter anges att det föreligger vissa svårigheter att i tillräcklig omfattning genomföra bedömningar och behandlingar av specialistkompetent psykiatriker. Det framhålls att det under en längre tidsperiod har funnits en brist på specialistutbildade psykiatriker och att detta utgjort ett problem. Trots att antalet läkare inom hälso- och sjukvården ökat kraftigt och därmed även antalet psykiatriker finns det på de flesta håll i landet rekryterings svårigheter när det gäller dessa specialister. I betänkandet redovisas att det föreligger svårigheter att rekrytera psykiatriker i hela landet med undantag för Stockholm, Uppsala och Göteborg samt i Södermanland. Enligt Psykiatriutredningen torde bristen på psykiatriker vara en viktig anledning till att patienterna inte kan få psykiatrisk behandling på lika villkor.

Av Psykiatriutredningens delbetänkanden framgår således att den psykiatriska vårdorganisationen har utvecklats mot en decentraliserad och mer befolkningsinriktad vård med ökade psykoterapeutiska insatser men att det samtidigt finns brister när det gäller innehållet i den psykiatriska vården. Det gäller t.ex. bristande tillgång till psykoterapi, brister i kunskap när det gäller behandling med psykofarmaka, svårigheter att erhålla personal med adekvat psykiatrisk utbildning m.m.

Regeringen anser mot bakgrund av de problem som redovisats att det finns skäl att på nationell nivå göra en *översyn och analys av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården*. Syftet med översynen bör vara dels att ta fram riktlinjer för hur innehållet i den psykiatriska vården bör utvecklas, dels att uppnå en ökad samsyn när det gäller kriterier för kvalitet inom den psykiatriska vården. Översynsarbetet bör i första hand avse s.k. processkvalitet t.ex. frågeställningar som gäller undersöknings- och behandlingsmetoder samt diagnostik.

Vi anser att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att genomföra den nämnda översynen. Bl.a. bör den kompetens som finns hos Centrum för utvärdering av metoder i socialt arbete (CUS) utnyttjas i översynen. Socialstyrelsen bör genomföra översynen i samarbete med de berörda professionerna, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) samt Riksförbundet av Intresseföreningar för schizofreni (IFS). I avrapporteringen skall redovisas hur den psykiatriska vården bör utvecklas med avseende på vårdens innehåll och kvalitet. När det gäller frågor som avser utvärdering av den psykiatriska vården bör samråd ske med Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Arbetet bör vara slutfört senast den 1 mars 1997.

Inom hälso- och sjukvården pågår på många håll ett arbete med att förändra och förnya psykiatriens innehåll m.m. Det är enligt vår mening väsentligt att detta arbete fortsätter och att erfarenheterna tas tillvara inom ramen för den föreslagna översynen.

## 8 Rehabilitering för psykiskt störda

### 8.1 Behoven av rehabilitering

**Regeringens bedömning:** De psykiskt störda utgör en utsatt grupp som har svårt att själva hävda sina intressen. Det är angeläget att deras livssituation kan förbättras och att de ges möjlighet till gemenskap och delaktighet i samhället. Det finns anledning att i större utsträckning uppmärksamma de psykiskt störda i rehabiliteringssammanhang så att de får tillgång till en god medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. De allmänna principer och mål som lagts fast inom den s.k. arbetslinjen gäller alla som är i behov av rehabilitering, således även de psykiskt störda.

**Psykiatriutredningen:** Psykiatriutredningen har i sitt kartlägningsarbete funnit att det från såväl humanitär som ekonomisk synvinkel är angeläget att förbättra rehabiliteringen för psykiskt störda. Socialförsäk-

ringen har en generell utformning vilket innebär att eventuella förändringar i princip måste omfatta alla försäkrade oavsett vilken diagnos de har. Utformningen av socialförsäkringssystemets regler om rehabilitering påverkar i hög grad levnadsförhållandena för dem som har någon form av funktionsnedsättning. Detta gäller inte minst de psykiskt störda.

**Skälen för regeringens bedömning:** Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som skall hjälpa sjuka och skadade människor att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga för ett normalt liv.

Den medicinska rehabiliteringen syftar till att återställa grundläggande funktioner och tillhör hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Den sociala rehabiliteringen avser främst boende, hemtjänst och olika former av bistånd i personliga angelägenheter. Insatserna inom den medicinska och den sociala rehabiliteringen flyter ofta in i varandra och de olika insatserna måste samordnas för att rehabiliteringen skall kunna bli framgångsrik.

Arbetslivsinriktad rehabilitering omfattar det stöd och de åtgärder som en person behöver för att återfå eller behålla sin arbetsförmåga efter det att den medicinska behandlingen avslutats. Ansvar för de arbetslivsinriktade åtgärderna i dess vidaste mening är fördelat på flera olika myndigheter. Ett ansvar åvilar också arbetsgivarna.

Psykiatriutredningen redovisar i delbetänkandet Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag (SOU 1992:77) stora brister i rehabiliteringen av psykiskt störda. Med psykiskt störda avser utredningen människor med alla typer och grader av psykisk störning. Det konstateras också stora problem när det gäller att kunna erbjuda psykiskt störda olika former av anpassade arbeten. Det är vanligt förekommande att psykiskt störda får svåra arbetshandikapp av sin störning och att de blir beroende av socialförsäkringen för sin försörjning.

Gruppen psykiskt störda dominerar bland dem som av medicinska skäl slås ut från samhället under ett tidigt skede av livet. Orsaken är bl.a. att de psykiskt störda sällan har arbete eller daglig sysselsättning. Till följd härav tvingas många psykiskt störda till ett liv utan strukturerat dagsinnehåll och utan någon fast social förankring.

En arbetslivsinriktad rehabilitering av psykiskt störda är ofta mycket komplicerad. Psykiskt störda som vill arbeta har många gånger orealistiska förväntningar. I andra fall kan den psykiskt störde motsätta sig rehabiliteringsinsatser. Den höga arbetslösheten medverkar till att försämra möjligheterna att genomföra åtgärder för de psykiskt störda.

Av Psykiatriutredningens enkät till läkare som utfärdat intyg för personer med psykisk störning som fått sjukbidrag eller förtidspension under oktober och november 1991, framgår att läkarna bedömer att 30 % av samtliga dessa patienter skulle ha haft större arbetsförmåga om rehabiliteringssystemet varit bättre utformat.

I Sverige utgör den s.k. arbetslinjen utgångspunkten för arbetsmarknadspolitiken och för socialförsäkringssystemet. Arbetslinjen innebär att aktiva insatser för att ge människor arbete eller underlätta för dem att få arbete skall ha företräde framför passiva kontantutbetalningar. I 1992

års budgetproposition betonades att arbetshandikappade inte får trängas undan eller prioriteras i mindre utsträckning när det totala antalet arbets-sökande ökar. Inom arbetsmarknadspolitikens område finns åtgärder som är förbehållna personer med arbetshandikapp, exempelvis anställning med lönebidrag eller inom Samhall. Sökande med arbetshandikapp får också i stor utsträckning del av de så kallade konjunkturberoende åtgärderna, t.ex. arbetsmarknadsutbildning, beredskapsarbete, arbetslivsutveckling m.m. Oberoende av arbetsmarknadsläge finns behov av särskilda åtgärder för att underlätta för arbetshandikappade att finna och få ett arbete.

Enligt vår mening är det angeläget att de psykiskt stördas livssituation kan förbättras och att de ges möjlighet till gemenskap och delaktighet i samhället. Vi anser att de psykiskt störda bör ges större uppmärksamhet i rehabiliteringssammanhang så att de får tillgång till en god medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. De allmänna principer och mål som lagts fast inom den s.k. arbetslinjen skall gälla alla som är i behov av rehabilitering, således även de psykiskt störda.

## 8.2 Ansvaret för rehabilitering av psykiskt störda

**Regeringens bedömning:** Det är angeläget att landstingen, kommunerna, försäkringskassorna och arbetsförmedlingarna samverkar för att få till stånd en framgångsrik rehabilitering. Regeringen kommer att följa utvecklingen av försäkringskassornas samordningsansvar för de psykiskt stördas rehabilitering. Riksförsäkringsverket (RFV) och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) ges i uppdrag att redovisa i vilken omfattning psykiskt störda har fått del av rehabiliteringsinsatser i förhållande till andra grupper. RFV och AMS skall också redovisa sina erfarenheter av de olika rehabiliteringsinsatser som vidtagits för psykiskt störda.

**Psykiatriutredningen:** Försäkringskassans ansvar för rehabiliteringen av psykiskt störda bör förtydligas. Försäkringskassans ansvar skall motsvara det ansvar som kassan har för andra grupper av försäkrade. Försäkringskassan har idag tillsammans med arbetsgivarna huvudansvaret för rehabilitering av personer som har en anställning. AMS har ansvaret för rehabilitering av dem som är arbetslösa eller riskerar att bli arbetslösa. Enligt Psykiatriutredningen bör försäkringskassorna få större möjlighet att finansiera arbetslivsinriktad rehabilitering för dem som uppbär ersättning från socialförsäkringen. Utredningen konstaterar vidare att köpen av rehabiliteringstjänster hittills endast i liten utsträckning kommit psykiskt störda tillgodo. Mot bl.a. den bakgrunden föreslås att ytterligare medel avsätts till försäkringskassorna för köp av rehabiliteringstjänster riktade till psykiskt störda. Dessa ytterligare resurser skall inte begränsas till offentliga organs verksamheter utan skall kunna finansiera

köp av tjänster även från frivilligorganisationer eller andra privata verksamheter.

**Remissinstanserna:** De allra flesta remissinstanserna delar utredningens beskrivning av bristerna i rehabiliteringen av de psykiskt störda. Den övervägande delen av remissinstanserna är också positiva till utredningens förslag om ett förtydligande av försäkringskassans roll som samordnare för all arbetslivsinriktad rehabilitering.

RFV och AMS är i princip positiva till utredningens förslag. RFV understryker dock att kassan redan har ett samordningsansvar. AMS påpekar att antalet personer som är arbetslösa och som inte uppbär ersättning från socialförsäkringen har ökat. Flera av landstingen liksom Svenska kommunförbundet och Arbetarskyddsstyrelsen tillstyrker utredningens förslag och framhåller att en framgångsrik samverkan förutsätter att huvudansvaret läggs på ett organ. Samhall uttrycker dock tveksamhet till tanken att försäkringskassan skall ges ytterligare uppgifter vad gäller de arbetslösa.

De flesta remissinstanserna är också positiva till utredningens förslag om ökade resurser för köp av rehabiliteringstjänster. RFV anser emellertid att vissa tolkningsregler behövs avseende köp som gäller personer med förväntad arbetsförmåga på längre sikt. Verket hänvisar här till den nuvarande inriktningen för köp av tjänster, där den försäkrade skall ha återfått arbetsförmågan inom ett år. AMS och AMU-gruppen är positiva men framhåller vikten av att tydliggöra de olika begreppen arbete och sysselsättning. Sist nämnda remissinstanser efterlyser också ett förtydligande av kassans ansvar i förhållande till det psykiatriska rehabiliteringsansvaret. Samhall avstyrker förslaget och anför att nuvarande arbetsmarknadsläge medför stora påfrestningar både på arbetsmarknadsmyndigheterna och på socialförsäkringssystemet. Samhall menar att det i rådande läge vore oklokt att ändra på den etablerade ansvarsfördelningen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Psykiatriutredningen framhåller i sitt betänkande att det saknas tydliga ansvarsförhållanden i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen av de psykiskt störda som saknar anställning. Utredningen menar att de nuvarande ansvarsförhållandena medfört att försäkringskassans rehabiliteringsinsatser i alltför stor utsträckning kommit att fokuseras på redan anställda personer och att psykiskt störda, som ofta saknar anställning, därför inte kommit i åtnjutande av sådana insatser.

Resurserna för rehabilitering är spridda på olika organ i samhället. Försäkringskassan är det organ som skall samordna rehabiliteringen både i det enskilda fallet och utifrån de generella behoven på kommun- och länsnivå. Samordningsansvaret innebär att försäkringskassan skall uppmärksamma behovet av rehabilitering för de försäkrade som uppbär ersättning från socialförsäkringen i form av sjukpenning, sjukbidrag/förtidspension, livränta eller särskild efterlevandepension. Den roll som försäkringskassan givits vad gäller rehabilitering ställer en rad nya krav men medför samtidigt att kassan har stor frihet när det gäller val av metoder. De medel som ställts till kassornas förfogande är rehabilite-

ringspenning, särskilt bidrag för den försäkrades kostnader i samband med rehabiliteringen, medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster och hjälpmedel samt medel för att öka rehabiliterings- och behandlingsinsatserna inom hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan har alltså ett ansvar för att uppmärksamma behovet av rehabilitering och se till att sådan kommer till stånd för den som erhåller någon form av ersättning från socialförsäkringen. Därutöver har kassan ansvar för finansiering av vissa åtgärder. Kassans ansvar för köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster omfattar alla försäkrade där behov av sådana insatser finns och där insatserna inte kan bekostas av arbetsgivaren eller någon myndighet. De som i första hand omfattas av kassans rehabiliteringsansvar vid köp av tjänster är dock de personer som har en anställning.

Arbetsmarknadsmyndigheterna ansvarar för att arbetsmarknadspolitiska åtgärder ställs till förfogande för de grupper som saknar arbete. Länsarbetsnämnderna och arbetsförmedlingarna har således ansvar för att aktiva insatser görs för att möjliggöra återgång i arbete och för arbetsförberedande åtgärder som behövs för att möjliggöra ett inträde på arbetsmarknaden. Arbetsmarknadsmyndigheterna skall även bekosta den yrkesinriktade rehabilitering som kan vara nödvändig.

Arbetsmarknadsverket (AMV) finansierar med arbetsmarknadspolitiska anslag rehabiliteringsinsatser för arbetssökande som är arbetslösa, arbetslösa som är sjukskrivna, sökande som har förtidspension eller sjukbidrag och saknar anställning och anställda som berörs av strukturförändring som leder till övertalighet. I fråga om arbetshandikappade med lönebidragsanställning eller anställning hos Samhall skall AMV verka för att de får reguljära anställningar utan lönesubventioner. Därutöver gör verket särskilda insatser för unga handikappade med sjukbidrag och förtidspension. Verket disponerar bl.a. särskilda anslag till åtgärder för dessa grupper.

Som framgått ovan har försäkringskassan redan idag ett ansvar för att samordna rehabiliteringsverksamheten i samhället och i de enskilda fallen. Försäkringskassans ifrågavarande ansvar gäller alla personer som uppbär någon form av ersättning från socialförsäkringen. Psykiatriutredningen har fäst uppmärksamhet vid att ansvarsgränserna inom rehabiliteringsområdet ändå inte alltid uppfattas som helt tydliga. Regeringen avser därför att följa hur försäkringskassornas samordningsansvar fungerar i praktiken. Regeringens uppföljning kommer särskilt att ta sikte på kassornas ansvar i förhållande till psykiskt störda.

Arbetslinjen i arbetsmarknadspolitiken gäller inte minst personer med funktionshinder. Aktiva åtgärder som syftar till rehabilitering och arbete skall således prioriteras framför passiva ersättningar som arbetslöshetsersättning, sjukbidrag eller förtidspension. En stor del av de resurser som AMV disponerar är förbehållna personer med arbetshandikapp. Även de åtgärder som riktar sig till arbetslösa sökande generellt kommer arbetshandikappade till del. Ett krav som regeringen ställer på verket är att andelen arbetshandikappade i åtgärder skall vara betydligt större än deras andel av de arbetslösa sökandena. Ett ytterligare krav är

att insatserna för unga handikappade fortsätter i minst samma omfattning som tidigare.

Vidare är ett krav som regeringen ställer på AMV och Samhall att minst 40 % av rekryteringen till Samhall skall avse de s.k. prioriterade grupperna, d.v.s. utvecklingsstörda, psykiskt störda och personer med mer än ett handikapp.

Yrkesinriktad rehabilitering vid arbetsmarknadsinstitut (Ami) kan erbjudas arbetsförmedlingens sökande. Särskilda resurser för personer med en funktionsnedsättning som medför arbetshandikapp finns vid något mer än hälften av samtliga Ami. För psykiskt arbetshandikappade finns numera resurser i samtliga län. Förutom praktisk arbetsorientering och träning, arbetsprövning, arbetsanalys och utprovning av hjälpmedel erbjuds individuellt avpassade program och nätverk där samverkan med andra stöd- och behandlingsresurser – t.ex. den psykiatriska vården – kan ingå.

Medel till åtgärder för arbetshandikappade samt till andra arbetsmarknadspolitiska åtgärder anvisas numera utan detaljstyrning och fördelas ut till arbetsförmedlingarna. Därigenom har förmedlingarna stor frihet i fråga om medelsanvändningen och kan välja lämplig åtgärd i det enskilda fallet. De särskilda resurserna vid arbetsmarknadsinstitut som riktar sig till specifika grupper funktionshindrade (Ami-S) har decentraliserats och också kunnat etableras i fler län än tidigare.

Under budgetåren 1993/94 och 1994/95 bedrivs också försök med en ny stödform som innebär att en stödperson bistår en funktionshindrad arbetstagare på dennes arbetsplats under introduktion och träning för arbetet. Den funktionshindrade har reguljär avlönad anställning medan stödpersonen är anställd av en myndighet, organisation, stiftelse eller liknande som ansvarar för att avtalade arbetsuppgifter utförs. En liknande försöksverksamhet kommer också att bedrivas av Samhall. Psykiatriutredningen bedömer att denna typ av stöd är av särskilt intresse för psykiskt störda.

I Arbetsmarknadsdepartementets bilaga till 1994 års budgetproposition föreslår regeringen att skyddat arbete hos offentliga arbetsgivare (OSA) även skall kunna avse personkretsen i LSS samt andra personer med psykiskt betingade handikapp. Den sistnämnda gruppen bör definieras och avgränsas på samma sätt som skett för psykiskt handikappade i överenskommelser mellan AMS och Samhall om rekrytering av prioriterade grupper. Stödformen är nu riktad enbart till gruppen socialmedicinskt arbetshandikappade.

Vidare får AMS använda medel under anslaget till Särskilda åtgärder för arbetshandikappade till försök med särskilt anordnad sysselsättning för personer med svårare funktionshinder. I stället för att lönebidrag lämnas för arbetshandikappade bör bidrag kunna lämnas till en anordnare av arbete med för handikappade särskilt anpassade arbetsuppgifter. Bidraget får dock inte överstiga vad som skulle ha utgått som lönebidrag för dem som sysselsätts i verksamheten.

Flera försäkringskassor har byggt upp nätverk med olika företag och arbetsgivare, s.k. arbetsgivarringar. Genom ett bra samarbete mellan

försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheterna och arbetsgivarna ökar möjligheterna att finna arbete för personer med funktionshinder.

Försäkringskassan kan köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till alla försäkrade som har behov av sådana insatser och där insatserna inte bekostas av arbetsgivaren eller någon myndighet. Det gäller tjänster dels för utredning av förutsättningarna för rehabilitering, dels för de direkta åtgärder som syftar till att underlätta återgång till arbete. Försäkringskassorna har budgetåret 1991/92 erhållit 500 miljoner kr för köp av sådana tjänster. För budgetåren 1992/93 och 1993/94 har försäkringskassorna erhållit 700 miljoner kr för vardera budgetåret. Köp har gjorts för nära 21 000 personer. Köpen har i stor utsträckning avsett personer med fysiska funktionshinder och då främst personer med besvär från rörelseorganen. Psykiatriutredningen konstaterar att endast 5 % av medlen har använts till köp av rehabiliteringstjänster för personer med psykiska funktionshinder. Under budgetåret 1992/93 var 180 miljoner kr av de avsatta medlen för köp av tjänster outnyttjade. Samtidigt minskade antalet fall med diagnosen besvär från rörelseorganen.

Genom att försäkringskassorna kan köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster har de fått ökade möjligheter att utveckla rehabiliteringen inom sina respektive områden. Regeringen anser det angeläget att psykiskt störda i större utsträckning än idag får del av de medel som finns avsatta för köp av rehabiliteringstjänster. Regeringen avser att noga följa hur försäkringskassornas samordningsansvar fungerar i praktiken och att låta utvärdera resultaten av övriga ansvariga rehabiliteringsorgans arbete för att åstadkomma en bättre situation för psykiskt störda. Vi kommer inom ramen för detta arbete att ge RFV och AMS i uppdrag att analysera i vilken omfattning psykiskt störda har fått del av rehabiliteringsinsatser i förhållande till andra grupper. RFV och AMS skall även redovisa sina erfarenheter av de olika rehabiliteringsinsatser som genomförts för de psykiskt störda.

### 8.3 Särskild ersättning till landstingen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser

**Regeringens bedömning:** Särskilda medel har överförts från sjukförsäkringen till landstingen och de landstingsfria kommunerna för att öka deras rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Användningen av medlen skall i första hand inriktas mot sådana åtgärder som kan innebära att människor snabbare återförs till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt. Regeringen har för avsikt att särskilt uppmärksamma de psykiskt stördas behov av rehabiliterings- och behandlingsinsatser vid de kommande överläggningarna med landstingsförbundet.

**Psykiatriutredningen:** Genom att bygga ut den särskilda ersättningen till sjukvårdshuvudmännen med särskild inriktning mot den psykiatriska



vården ges bättre förutsättningar för att psykiskt störda får behovet av medicinsk rehabilitering tillgodosett.

**Remissinstanserna:** I stort sett är remissinstanserna positiva till utredningens förslag att ge försäkringskassorna ökade möjligheter att köpa psykiatrisk rehabilitering. Malmöhus läns landsting anser att nuvarande särskilda medel genom sin "ettåriga" konstruktion hittills inneburit att de projekt prioriterats som gett snabba resultat. De psykiskt störda kräver ofta fleråriga insatser innan några resultat kan uppvisas och denna grupp har därför kommit i skymundan. Det är därför enligt landstinget angeläget att den föreslagna ökningen är av mer långsiktig karaktär. Landstingsförbundet tillstyrker förslaget och framhåller likaså att rehabiliteringsinsatser för psykiskt sjuka ofta kräver mer långsiktiga lösningar.

**Skälen för regeringens bedömning:** Sedan den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser infördes 1991 har satsningar i huvudsak gjorts inom den somatiska vården. Det är nu därför angeläget med satsningar även inom den psykiatriska vården.

I syfte att förstärka hälso- och sjukvårdens kapacitet vad gäller resurser för rehabilitering och medicinsk behandling har fr.o.m. år 1991 avsatts särskilda medel från sjukförsäkringen till landstingen och de landstingsfria kommunerna. Försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen skall träffa överenskommelser om hur medlen som tillskjutits från försäkringen skall kunna bidra till åtgärder som syftar till att snabbare återföra människor till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt.

Utbetalningarna från socialförsäkringen skall reduceras med ett belopp vilket motsvarar minst storleken av de särskilda medel som lämnas. Medlen uppgick för år 1991 till 400 miljoner kr, 1992 och 1993 till 480 miljoner kr och för år 1994 till 510 miljoner kr. Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet anser att ersättningsformen har haft stor betydelse utöver den som direkt kan mätas eller uppskattas i ekonomiska termer. Som exempel kan nämnas att samarbetet mellan landstingen samt de landstingsfria kommunerna och försäkringskassorna har utvecklats och fördjupats samt att livskvaliteten ökat för de patienter som fått tillgång till snabbare och bättre hjälp genom dessa resurser.

Av Riksförsäkringsverkets redovisning för år 1992 framgår att över hälften av resurserna använts för insatser till människor som har besvär i rörelseorganen. Människor med psykisk ohälsa har dock uppmärksamats i större utsträckning under 1992 än under 1991. Av de särskilda medel som fördelats i Stockholms län har ca 41 % avsatts för projekt inom området psykisk ohälsa. I Kopparbergs län har 19 % av resurserna använts till projekt som avser psykisk ohälsa och i Värmlands län 15 %. Totalt i landet har 12 % av medlen använts inom området psykisk ohälsa. Även om människor med psykisk ohälsa har uppmärksamats i större utsträckning under 1992 så är användningen av rehabiliteringsresurserna för gruppen psykiskt störda av begränsad omfattning och ojämnt fördelad över landet.

I kommande överläggningar med Landstingsförbundet har regeringen för avsikt att särskilt uppmärksamma de psykiskt stördas behov av rehabiliterings- och behandlingsinsatser.

**Regeringens bedömning:** Utformningen av regler för sjukbidrag och förtidspension bör beredas vidare.

**Psykiatriutredningen:** Psykiatriutredningen konstaterar att allt fler unga människor beviljas förtidspension. För att bryta denna utveckling bör ett nytt bidrag, ett s.k. rehabiliteringsbidrag, införas i socialförsäkringen. Det nya bidraget skall vara ett alternativ till sjukbidrag och förtidspension och utges med samma belopp som utgår enligt dessa försäkringsformer. Vidare bör det för dem som kommer att uppbära rehabiliteringsbidraget införas ett särskilt bidrag för de kostnader som kan uppstå när de deltar i rehabilitering. Bidraget bör ges i första hand till deltagare i någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering oavsett vilken inriktning den har. Det skall kunna utges till alla försäkrade och utgöra ett förstahandsbidrag för unga med funktionshinder som inte uppbär sjukpenning eller rehabiliteringspenning. Vidare föreslås att sjukbidrag eller förtidspension inte annat än i undantagsfall skall beviljas personer som är yngre än 35 år.

**Remissinstanserna:** Flera remissinstanser, framför allt olika myndigheter, har avvisat förslaget om ett rehabiliteringsbidrag. Andra är mer positivt inställda till utredningens förslag. Flera remissinstanser framhåller dock att den föreslagna 35-årsgränsen inte skall fixeras alltför hårt. Riksförsäkringsverket avstyrker införandet av en ny ersättningsform och framhåller att den nya ersättningen inte innebär någon reell förändring i jämförelse med sjukbidrag och förtidspension. Verket förordar i stället att en särskild utredning tillsätts för att snabbt utarbeta ett förslag till ett nytt ersättningssystem för ungdomar med funktionshinder. Socialstyrelsen ser positivt på ett rehabiliteringsbidrag. Inte minst har det enligt styrelsen en psykologisk betydelse för såväl mottagaren som för den som administrerar bidraget. AMS anser att förslaget bör utredas ytterligare och framhåller att försäkringskassornas nuvarande policy, innebärande att rehabiliteringen skall vara genomförd inom ett år, utgör ett hinder för en framgångsrik rehabilitering av de psykiskt störda.

Försäkringsöverdomstolen ställer sig tveksam till förslaget. Domstolen önskar i stället att försäkringskassorna intensifierar sina rehabiliteringsinsatser för försäkrade som uppbär sjukbidrag. Skulle ett rehabiliteringsbidrag införas kan det enligt domstolen inte uteslutas att bidraget också måste inkludera andra försäkrade än sådana som är arbetsoförmögna p.g.a. psykisk sjukdom eller psykisk störning.

RSMH anser att försäkringskassorna skall beakta möjligheten att omvandla sjukbidrag och förtidspension till lönebidrag för arbetshandikappade.

**Skälen för regeringens bedömning:** Psykiatriutredningens kartläggning visar att psykiskt störda utgör en dominerande grupp bland dem som erhåller förtidspension eller sjukbidrag under den period av livet

när personligheten formas. Utredningen pekar vidare på att förtidspension och sjukbidrag inte sällan beviljas unga människor med endast neurosdiagnoser som grund. Utredningen framhåller att denna tillämpning av reglerna om förtidspension knappast kan vara i överensstämmelse med det långsiktiga målet om rehabilitering av psykiskt störda.

Rätten till förtidspension tillkommer en försäkrad mellan 16 och 64 år om arbetsförmågan på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel och om nedsättningen kan anses varaktig. Bedöms nedsättningen inte som varaktig men dock bestående under avsevärd tid, har den försäkrade rätt till sjukbidrag som utges på samma nivå som förtidspension.

Sjukbidrag kan utges under tid som rehabilitering pågår. Innan förtidspension utges skall rehabiliteringsmöjligheterna vara uttömda. Förtidspension eller sjukbidrag utges från folkpensionen och den allmänna tilläggs pensionen.

Grundmotivet för systemet med förtidspension är att den som fått sin arbetsförmåga allvarligt och varaktigt nedsatt skall ha en rimlig försörjning utan att vara beroende av vare sig behovsprövade socialbidrag eller familjemedlemmars inkomster.

Gruppen förtidspensionärer består av många olika kategorier människor. Gruppen inkluderar personer som redan från födelsen är allvarligt handikappade. Vidare finns det personer som i slutet av sin förvärvsaktiva tid tvingas lämna arbetsmarknaden till följd av nedsatt arbetsförmåga. En tredje grupp är de personer som på grund av olika funktionshinder eller av andra skäl beviljas förtidspension redan i mycket unga år.

Under senare år har det skett en kraftig ökning av antalet förtidspensionärer. För närvarande uppbär ca 400 000 personer förtidspension. Det finns också en tendens att allt fler unga människor blir förtidspensionerade. Utvecklingen mot att allt fler unga beviljas förtidspension är oacceptabel. Det är av utomordentlig vikt att ansvariga organ verkligen använder tillgängliga resurser för rehabilitering på ett sådant sätt att förtidspensionering av ungdomar med fysiska eller psykiska handikapp undviks.

I Pensionsarbetsgruppens nyligen avlämnade betänkande Reformerat pensionssystem (SOU 1994:20) föreslås ett nytt system för den allmänna pensioneringen, vilket bl.a. innebär att förtidspensioneringen bör separeras från ålderspensioneringen. Frågan om förtidspensioneringens framtida ställning avses utredas i särskild ordning.

För närvarande pågår vidare inom regeringskansliet ett arbete med syfte att bereda förslag till åtgärder för att bryta den stigande trenden inom förtidspensioneringen. Den pågående Sjuk- och arbetsskadeberedningen har enligt sina direktiv (dir 1993:44) att pröva bl.a. om förtidspensioneringen bör sammanföras med sjukförsäkringen eller om den bör vara en självständig försäkringsgren. Mot bakgrund av det pågående arbetet med ett reformerat pensionssystem, beredningen av förtidspensionsfrågorna inom regeringskansliet samt Sjuk- och arbetsskadebered-

ningens arbete finner regeringen att några förändringar i reglerna för sjukbidrag- och förtidspension inte bör genomföras nu utan bör övervägas vidare inom ramen för det samlade beredningsarbetet på området.

Prop. 1993/94:218

## 9 Rehabilitering av tortyrskadade flyktingar

### 9.1 Bakgrund

#### *Socialutskottets behandling av frågan*

Rehabilitering av tortyrskadade flyktingar har behandlats av riksdagen vid ett flertal tillfällen. Socialutskottet erinrade i sitt betänkande om hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser (bet. 1985/86:SoU15) att alla invånare i Sverige – oberoende av språk, kultur och religion – har rätt till vård på lika villkor. Det är sjukvårdshuvudmännen som har ansvar för vården i de landstingskommuner där flyktingar vistas.

Socialutskottet återkom i sitt betänkande 1986/87:SoU27 till frågan om krigsskadade och torterade flyktingar och gav därvid uttryck för samma principiella inställning som tidigare. Utskottet var vid detta tillfälle inte berett att förorda någon åtgärd från riksdagens sida. Regeringen och Statens invandrarverk förutsattes dock följa utvecklingen och ta erforderliga initiativ.

I Socialutskottets betänkande 1987/88:SoU22 behandlades motioner om ett särskilt centrum för rehabilitering av tortyroffer. Utskottet erinrade om sina tidigare bedömningar om sjukvårdshuvudmännens ansvar för den vård som krävdes men framhöll även vikten av att erforderlig kompetens och tillräckliga resurser avsätts för dessa speciella behov. Vidare framhölls att vården skall vara tillgänglig där flyktingarna vistas.

Socialutskottet återkom till frågan i sitt betänkande 1988/89:SoU15. Utskottet ansåg att det är rimligt att staten övergångsvis bidrar till uppbyggnaden av särskilda stödverksamheter för flyktingar och invandrare med svåra fysiska och psykiska men. Vidare ansåg utskottet att regeringen bör överväga hur staten kan stödja en uppbyggnad av sådana verksamheter i landstingens eller frivilligorganisationernas regi. Riksdagen biföll utskottets hemställan och regeringen överlämnade sedermera frågan till Psykiatriutredningen.

Psykiatriutredningen överlämnade i februari 1993 betänkandet Statligt stöd till rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m.fl. (SOU 1993:4) till regeringen. Betänkandet har remissbehandlats.

Invandringen till Sverige under 1960- och början av 1970-talen utgjordes till dominerande del av arbetskrafts- och anhöriginvandring. Sverige bedrev tidvis en aktiv rekrytering i vissa länder. De personer som kom till Sverige var oftast i arbetsför ålder, många hade utbildning och en kulturell bakgrund som i stort sett motsvarade svenska förhållanden.

Under 1970-talet började det i större utsträckning komma personer som inte primärt var arbetskraftsinvandrare utan politiska flyktingar. Många av dessa människor hade i sina hemländer varit utsatta för politisk förföljelse och tortyr.

En stor del av de flyktingar som sökt sig till Sverige sedan 1980-talet har kommit från områden med krigstillstånd eller politisk instabilitet. Många av dem har varit utsatta för tortyr och förföljelse eller har på annat sätt utsatts för svåra trauma. Det är av naturliga skäl svårt att få en klar bild av omfattningen av dessa skador. I flera undersökningar har det dock bedömts att en inte obetydlig del av de flyktingar som finns i Sverige utsatts för tortyr.

### *Flyktingsituationen i världen*

Det finns idag drygt 18 miljoner flyktingar som har tvingats lämna sina hemländer, vilket är det största antalet någonsin. Till detta skall läggas ca 2,5 miljoner palestinier som sedan lång tid tillbaka lever i flyktingläger. Uppskattningsvis är ett lika stort antal människor på flykt inom sitt lands gränser på grund av bl.a. inbördeskrig och svält, s.k. internflyktingar.

I ett globalt perspektiv är flyktingarna ojämnt fördelade. Det gäller inte enbart om man ser på befolkningsstorleken för de olika världsdelarna utan framför allt om man ser till de ekonomiska möjligheterna att ta hand om och sörja för en flyktingpopulation. Speciellt Afrika har en stor flyktingbörda. Bland enskilda länder är det framförallt Iran och Pakistan som hyser stora grupper flyktingar, men även flera små länder i Afrika har relativt många flyktingar. Inbördeskriget i f.d. Jugoslavien har inneburit bl.a. att fyra miljoner människor har tvingats lämna sina hem på flykt undan striderna.

Det kan dock konstateras att man på flera håll i världen har kunnat se en positiv utveckling på flyktingproblemen och att människor kunnat återvända till sina hemländer.

Enligt alla bedömningar kommer antalet personer som söker sig till Europa – och därigenom också till Sverige – att vara fortsatt högt under en avsevärd tid framöver. Många av dessa människor kan förmodas ha flytt från tortyr och annan förföljelse.

Avsikten att utsätta människor för tortyr uppges vanligen vara att få information eller erkännanden. Det har dock visat sig att det primära syftet mycket ofta är att systematiskt bryta ner individen psykiskt och fysiskt. Den information och de bekännelser som framtvings vid tortyr används ofta för att försätta den torterade i svåra och omöjliga valsituationer. Många människor avlider under tortyr trots att målet oftast inte är att döda utan att få honom eller henne att överleva som offer. Man vill på detta sätt skapa rädsla och passivitet i omgivningen.

Systematisk tortyr används för att bryta ner individens identitet och personlighet. Avsikten är att framkalla känslor av skam och skuld och att ta ifrån de utsatta människorna deras självkänsla och självrespekt. Tortyren har även en s.k. smittoeffekt eftersom inte bara den torterade drabbas utan även dennes familj, släkt, vänner och arbetskamrater. Dessa känner skräck, uppgivenhet och passivitet och väljer kanske att gå i landsflykt.

I en rapport från Rehabiliteringscentret för tortyroffer (RCT) i Köpenhamn anförs att tortyren har blivit allt mer utstuderad genom tillgång till medicinska kunskaper. Detta har fått till följd att det blir allt svårare att finna yttre tecken på våld och att bevisa att tortyr har ägt rum. Psykologiska metoder används allt oftare i kombination med fysiska metoder.

De följdverkningar som uppkommer efter tortyren är t.ex. smärtor från sår, stora blödningar, blåmärken, avryckta naglar, utslagna tänder, frakturer och blödningar från underlivet. I fängelserna vårdas de torterades skador i mycket begränsad omfattning. Den behandling som ges syftar ofta till att möjliggöra fortsatt tortyr.

Skadorna som uppstår vid tortyr ger i många fall upphov till kronisk smärta och nedsatt funktionsförmåga. Vid en undersökning vid RCT i Köpenhamn framkom att drygt en tredjedel av patienterna led av huvudvärk samt mag- och tarmbesvär. En femtedel hade ledsmärtor, besvär med hjärta och lungor samt svårigheter att gå. Andra besvär som ofta förekommer är yrsel, synsvårigheter och nedsatt hörsel.

### *Internationella åtaganden*

År 1948 beslutade Förenta nationerna om ett avståndstagande från tortyr. Detta dokumenterades i FN-deklarationen om de mänskliga rättigheterna. Bakgrunden till det tydliga avståndstagandet var de massavrättningar och den tortyr som inträffade under andra världskriget. Sedan FN-deklarationen antogs har det dock funnits behov av att göra förtydliganden och klarlägganden samt att uppmana medlemsländer att aktivt verka för att tortyr bekämpas.

I den internationella rätten finns ett oinskränkt förbud mot tortyr. I en översikt över 136 länders grundlagar befanns 112 länder ha ett grundlagsfäst förbud mot tortyr. Detta kan jämföras med den verklighet som råder nämligen att tortyr förekommer i 90 av FN:s drygt 170 medlemsstater.

År 1984 antog FN en särskild konvention mot tortyr. I denna konvention slås fast att varje land har skyldighet att hjälpa människor som varit utsatta för tortyr. Vidare skall inte bara sjukvårdspersonal utan alla i offentlig tjänst som i sitt arbete kan komma i kontakt med människor som varit utsatta för tortyr ges kunskaper om hur man kan hjälpa tortyroffer. I konventionen slås dessutom fast att en nation på begäran är skyldig att lagföra torterare och krigsförbrytare eller utlämna dem till sina hemländer.

Världshälsoorganisationen (WHO) har år 1984 antagit en konvention mot tortyr. Tortyr innebär enligt WHO ett latent hot mot människor i många länder och kan ses som ett världshälsoproblem.

År 1950 tillkom Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. I konventionen fastslags att ingen får utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling. Vidare har en europeisk konvention om förebyggande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning antagits. Konventionen trädde i kraft den 1 februari 1989 och har ratificerats av bl.a. Sverige. Syftet med denna konvention är att skapa ett system av preventiv karaktär. Europarådet gör – med stöd av denna konvention – undersökningar av hur frihetsberövade personer behandlas i olika länder.

Flera professionella intresseorganisationer har antagit deklarationer mot tortyr, t.ex. World Medical Association (WMA) i Tokyodeklarationen år 1975. WMA fastställde år 1989 att hälso- och sjukvårdspersonal inte får medverka vid tortyr. Andra professionella organisationer har gjort liknande deklarationer.

### *Verksamheter i Sverige*

I Sverige finns det en mängd verksamheter vars syfte är att ge stöd och hjälp till flyktingar och asylsökande som har utsatts för tortyr och andra trauma. Sådana verksamheter drivs bl.a. av landstingen men också av olika organisationer. Nästan samtliga landsting har någon form av specialenhet för att ta hand om patienter som har upplevt traumatiska händelser. Vidare har Svenska Röda korset flera verksamheter som arbetar med flyktingar och asylsökande som har utsatts för tortyr och andra trauma.

Dessutom finns det religiösa och humanitära organisationer som gör viktiga insatser för att hjälpa flyktingar. Rädda Barnen har verksamheter med tyngdpunkten lagd på de krigsdrabbade barnens situation och med utgångspunkt i FN-konventionen om barns rättigheter.

Amnesty International svarar för en omfattande informationsverksamhet och arbetar ofta i samråd med andra frivilligorganisationer. Amnesty International har också ett globalt dokumentationsarbete som bedrivs för att spåra och bevisa tortyr och annan förföljelse och kränkningar av de mänskliga rättigheterna.

Många kyrkliga organisationer bidrar med ett omfattande frivilligarbete för att stödja och hjälpa flyktingar och asylsökande. Svenska kyrkan,

frikyrkliga organisationer, katolska kyrkan m.fl. arbetar med stöd till flyktingar. Flyktingarnas situation skulle vara betydligt sämre utan dessa frivilliga insatser. Vidare kan nämnas att flyktingarnas egna organisationer gör viktiga insatser på området.

### *Psykiatriutredningens iakttagelser*

I Psykiatriutredningens betänkande Statligt stöd till rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m.fl. (SOU 1993:4) anges att det finns vissa brister i den vård som ges till asylsökande. Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) erbjuda sådan hälso- och sjukvård. Detta innebär att asylsökande skall erbjudas akut hälso- och sjukvård. I propositionen om mottagande av asylsökande m.m. (prop. 1993/94:94) har regeringen föreslagit att asylsökande barn i princip bör få tillgång till samma hälso- och sjukvård som de barn som är bosatta i Sverige. Riksdagen har i mars 1994 beslutat enligt förslagen (bet. 1993/94:SfU11, rskr. 1993/94:188).

Psykiatriutredningen framhåller att vården inte sällan präglas av tillfälliga lösningar och att det saknas planering och optimering av insatser och resurser. Trots detta ges det på många håll en bra vård till asylsökande

Små orter i landet med relativt stora flyktingförläggningar har enligt Psykiatriutredningen inte tillgång till den expertis och kompetens som behövs för att hantera de asylsökandes problem av tortyrskador och andra traumatiseringar. Motsvarande avsaknad av expertis och kompetens finns också på många orter i landet som tar emot flyktingar som beviljats uppehållstillstånd. Enligt utredningen medför detta problem när det gäller att tillhandahålla vård och stöd till flyktingar med tortyrskador.

Den kunskap som finns i dag om skador från tortyr och andra traumatiska händelser visar på att tidig upptäckt och behandling förbättrar förutsättningarna för framgångsrik behandling, anpassning och integration. Det finns en risk för att lång väntan, obearbetade problem och omflyttningar mellan olika förläggningar förstärker och manifesterar problemen.

Enligt Psykiatriutredningen sker i dag undervisning om tortyr och andra trauma, organiserat våld och dess konsekvenser i huvudsak genom frivilligorganisationer. Dessa verksamheter är dock inte i sig tillräckliga för att ge tortyrskadade och andra personer som blivit utsatta för trauma tillräckligt stöd. Det saknas i vissa fall bl.a. utbildning i strukturerad form inom hälso- och sjukvården.

Bristen på kunskaper och erfarenheter inom hälso- och sjukvården medför att personalen inte alltid kan ge det stöd som erfordras. Det finns risk för att patienterna av detta skäl somatiserar sin ångest och uppvisar symtom som inte direkt kan härledas till orsaken. På grund av bristen på kunskap och erfarenhet kan sjukvårdspersonalen i vissa fall tolka symtomen som kroppsliga sjukdomar.



Denna somatisering av tortyrskadorna kan leda till en ökad medikalisering och konsumtion av lugnande och ångestdämpande mediciner. Det har också framkommit att många personer i flyktinförläggningar och slussar i stor utsträckning förskrivs lugnande mediciner för sin oro. Detta kan vara direkt skadligt för tortyrskadade och medföra beroende som kan leda till en förstärkning av individens problem. Vidare är det otillfredsställande för sjukvårdspersonalen om de upplever att de inte kan ge erforderlig hjälp. Detta kan leda till onödiga kostnader, ineffektivitet och dåliga behandlingsresultat.

Det finns enligt Psykiatriutredningen även brist på forskning och utvecklingsarbete inom detta område. Bristen på organiserad dokumentation av konsekvenserna av tortyr, trauma och våld medför att man inte kan återföra och värdera om behandlingen är effektiv. Det blir således svårt att bedöma vilka åtgärder som är lämpliga om det saknas tillräckliga kunskaper.

Utredningen anser vidare att det saknas informationshanteringssystem och ett epidemiologiskt kunnande som gör det möjligt att samla erfarenheter samt att utvärdera verksamheter. Det saknas också ett utvecklat och systemiserat internationellt samarbete beträffande de torturerade situation. Det samarbete som sker bedrivs av enskilda intresserade medarbetare i sådana organ som arbetar med torterade.

Samordningen mellan stat, kommun och landsting när det gäller tortyrskadade uppvisar enligt utredningen vissa brister. Det gäller t.ex. bristande samordning mellan olika behandlingsverksamheter samt osäkerhet om vilka mål och medel som är aktuella. Många av de tortyrmetoder som används idag förutsätter medverkan av medicinskt utbildade personer. Att medicinsk personal medverkar vid tortyr är olagligt och helt emot de läkaretska reglerna. Det är därför angeläget att utveckla strategier för hur man skall hjälpa medicinsk personal att vägra medverka vid tortyr.

Psykiatriutredningen konstaterar att preventionen mot tortyr hittills inte har uppmärksamats särskilt mycket. Det har varit svårt att få beslutsfattare att upprätta strategier för att motverka tortyr.

Vidare anser utredningen att det finns brister i samordningen när det gäller internationell samverkan. Det samarbete som bedrivs sker ofta på enskilda personers eller organisationers initiativ.

Psykiatriutredningen uppskattar att antalet torterade bland de flyktingar som kommer till Sverige är större än vad man tidigare trott. Endast en mindre del av dessa flyktingar får enligt Psykiatriutredningen hjälp med det fysiska och psykiska lidande tortyren fört med sig.

**Regeringens förslag:** I syfte att förbättra rehabiliteringen av tortyrskadade flyktingar skall 50 miljoner kronor anvisas under budgetåret 1994/95. En särskild arbetsgrupp inom Socialdepartementet skall tillsättas för att närmare överväga hur dessa medel skall användas och fördelas.

**Psykiatriciutredningens förslag:** Utredningen föreslår att det statliga stödet främst skall inriktas på stöd till internationellt preventivt och kontaktskapande arbete som gäller tortyr, trauma och organiserat våld. Målen för den statliga verksamheten bör avse information och kunskaps-spridning om skadeverkningar av tortyr, forskning om tortyr och organiserat våld, utveckling av rehabiliteringsprogram samt arbete med att förhindra tortyr i de länder där den förekommer. Ett särskilt institut med dessa uppgifter bör inrättas. Institutet bör verka för att målen för den statliga verksamheten uppnås. Institutets verksamhet skall dels inriktas på forskning och utbildning, dels på internationellt förebyggande arbete mot tortyr och annat organiserat våld. Den statliga verksamheten bör enligt utredningen finansieras av den del av biståndsanslaget som går till länder där tortyr förekommer.

**Remissinstanserna:** En stor del av de remissinstanser som har yttrat sig över delbetänkandet anser att åtgärder behöver vidtas för att rehabiliteringen av tortyrskadade flyktingar skall förbättras. Många instanser är också positiva till att ett särskilt institut bildas för att hålla samman verksamheten på nationell nivå. Statens invandrarverk (SIV) ser positivt på förslaget att staten skall ta ett övergripande ansvar för rehabilitering av torterade och traumatiserade flyktingar och andra invandrare genom att inrätta ett institut mot tortyr och organiserat våld. Svenska Röda korset (SRK) samtycker i sitt yttrande till att det statliga stödet inriktas på stöd till forskning, utveckling, utbildning och information samt stöd till internationellt preventivt och kontaktskapande arbete vad gäller tortyr trauma och organiserat våld. SRK samtycker även till att ett institut inrättas. Socialstyrelsen framhåller i sitt yttrande de förslag som har direkt anknytning till hälso- och sjukvården nämligen förslag om spridning av kunskap och information samt utveckling av väl fungerande rehabiliteringsprogram. Socialstyrelsen delar utredningens uppfattning att det är mycket angeläget att hälso- och sjukvårdspersonalen får tillräcklig utbildning.

Det finns remissinstanser som ställer sig tveksamma till utredningens förslag om finansiering av de statliga insatserna. Styrelsen för internationell utveckling (SIDA) avvisar förslaget om att det föreslagna institutet och dess verksamhet skulle finansieras genom biståndsanslaget i statsbudgeten. Enligt SIDA:s uppfattning handlar utredningen om svensk psykiatri och dess möjligheter att möta behov hos flyktingar och invandrare som kommer till Sverige. Ansvaret för svenskt flyktingmottag-

ande vilar på Kulturdepartementet och SIV. Även SIV är tveksamt till utredningens förslag till finansiering.

**Skälen för regeringens förslag:** Av Psykiatriutredningens problemgenomgång framgår att det finns brister när det gäller vård och stöd till tortyrskadade flyktingar. Regeringen delar i huvudsak Psykiatriutredningens slutsatser beträffande brister i dagens system även om flera verksamheter har byggts upp under de senaste åren. Vi anser därför att det är angeläget att åtgärder vidtas som förbättrar samhällets vård och stöd till de tortyrskadade.

Regeringen anser att det i första hand bör vidtas åtgärder som på olika sätt förstärker vårdgivarnas insatser så att flyktingar och invandrare med svåra fysiska och psykiska skador förorsakade av tortyr kan ges adekvat vård och stöd. Vi vill i detta sammanhang framhålla utbildningens centrala betydelse. Det är enligt vår mening viktigt att personal inom t.ex. hälso- och sjukvård och socialtjänst har erforderliga kunskaper om hur människor med tortyrskador skall bemötas och behandlas. Regeringen vill även framhålla vikten av att hälso- och sjukvård och socialtjänst erhåller tillräckligt metodstöd i sitt arbete med människor med skador förorsakade av tortyr och organiserat våld. Det är därvid viktigt att diagnostik och tidig behandling kan ske i önskvärd utsträckning.

Forskning, metodutveckling och kunskapspridning har inte utvecklats tillräckligt. Dessutom saknas utvärderingar och uppföljningar av olika behandlingsmetoder. Vi anser att det är angeläget att det vidtas åtgärder för att stimulera, sammanställa och sprida forskning på området, att utveckla behandlingsmetoder och stimulera kvalitetssäkringsarbetet. Det är också väsentligt att internationella erfarenheter om tortyr och organiserat våld tas till vara.

Sverige har enligt bl.a. FN-konventionen åtagit sig att verka för att förhindra uppkomsten av tortyr och annan kränkande och förnedrande behandling. I åtagandet ingår även att ge flyktingar som varit utsatta för tortyr och andra traumata hjälp, stöd och behandling samt att bidra till att kunskaper om förekomst av tortyr och dess konsekvenser sprids. Vidare ingår att verka för att det ordnas utbildning till berörd personal. Sverige har även ratificerat FN:s barnkonvention som ställer krav på att adekvata åtgärder riktas till traumatiserade barn.

Mot bakgrund av de redovisade bristerna och de åtaganden som Sverige har enligt de ovan nämnda konventionerna m.m. är det enligt regeringens mening angeläget att åtgärder vidtas för att förbättra rehabiliteringen av tortyrskadade flyktingar. Vi föreslår därför att ett statligt stöd om 50 miljoner kronor avsätts under budgetåret 1994/95 för att stimulera insatserna inom detta område. En särskild arbetsgrupp inom Socialdepartementet med representanter för berörda intressenter bör tillsättas för att närmare överväga hur dessa medel bör användas och fördelas.

**Regeringens bedömning:** En utredning bör tillsättas med uppgift att utifrån en kartläggning av psykiskt störda barns och ungdomars situation lämna förslag till nödvändiga åtgärder. Utredningen bör främst pröva hur samarbetet mellan socialtjänsten, inklusive de särskilda ungdomshemmen (§12-hemmen), och hälso- och sjukvården kan förbättras och om så bedöms lämpligt föreslå förändringar vad gäller ansvarsfördelningen.

**Skälen för regeringens bedömning:** I tilläggsdirektiven (dir 1990:71) till Psykiatriutredningen anges bl.a. att uppdraget främst skall inriktas på att överväga och föreslå åtgärder vad gäller ansvarsfördelning och organisation av stöd och vård till psykiskt störda. Åtgärderna skall syfta till att förbättra de psykiskt stördas livssituation och öka deras möjlighet till gemenskap och delaktighet i samhällslivet. Av direktiven framgår vidare att utredningen skall göra vissa överväganden utifrån kartläggning och analyser avseende psykiskt störda barn, ungdomar och vuxna.

I en skrivelse från Psykiatriutredningen som inkom till Socialdepartementet i september 1991 meddelade utredningen att den av resursskäl inte kunde genomföra den del av uppdraget som avser psykiskt störda barn och ungdomar.

Regeringen beslutade i maj 1992 bl.a. att Psykiatriutredningen inte i särskild ordning skulle kartlägga och analysera psykiskt störda barns och ungdomars situation. Kommittén skulle dock i sina överväganden beakta organisatoriska och finansiella förutsättningar för vård och stöd till psykiskt störda barn och ungdomar (dir. 1992:67).

### *Psykiskt störda barn och ungdomars behov av stöd och vård*

Målet med samhällets insatser riktade till psykiskt störda barn och ungdomar är att utifrån en helhetssyn tillfredställa vård- och omsorgsbehoven.

Barn- och mödrahälsovården är ett stöd för alla familjer men har en särskild roll när det gäller barn med särskilda behov och deras familjer. Förtroendet för barn- och mödrahälsovården är i allmänhet mycket stort. Undersökningar visar också att barnhälsovården når i stort sett alla barn vilket bidrar till att problem av såväl medicinsk som social karaktär kan upptäckas tidigt. Vad gäller allvarigare psykiska störningar har barnhälsovården begränsade möjligheter att tillhandahålla de särskilda insatser som kan ges inom ramen för socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri och remitterar därför vidare till dessa instanser.

Alla eller åtminstone de allra flesta barn kommer i kontakt med barnomsorgen och skolan. Det är därför viktigt att man även här har en

god kännedom om psykiska störningar vilket kan möjliggöra en tidig upptäckt så att vård och behandling kan sättas in på ett tidigt stadium i sjukdomsförloppet.

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg arbetar såväl med utrednings- som behandlingsarbete. Det behandlingsarbete som utförs har ofta praktisk och kurativ karaktär.

Barn- och ungdomspsykiatri är både en basresurs dit den enskilde kan söka direkt och en specialistresurs dit barn- och ungdomar remitteras. Vid 1990-talets början fanns det cirka 170 öppenvårdsmottagningar, vilket är en betydande ökning jämfört med de förhållanden som BFU-81 (Barn- och ungdomspsykiatri- samt Familjerådgivningsutredningen 1981) redovisade. Den sjukhusanknutna vården omfattade vid samma tid cirka 350 platser. Vidare fanns det cirka 145 platser på behandlingshem som drevs i sjukvårdshuvudmännens regi. Antalet slutenvårdsplatser har minskt kraftigt under de senaste tjugo åren.

### *Psykiatriutredningens kartläggningar*

Som ett led i Psykiatriutredningens arbete tillställdes kommunerna 1990 en enkät där socialtjänstens syn på problem, samarbete och förändringsbehov när det gäller psykiskt störda personer efterfrågades. Resultaten från enkätstudien, som även avsåg barn och ungdomar, har publicerats i delbetänkandet *Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv* (SOU 1992:3).

Innan Psykiatriutredningen befriades från uppdraget att särskilt kartlägga och analysera situationen för psykiskt störda barn och ungdomar uppdrog utredningen åt Socialstyrelsen att genomföra en enkätundersökning riktad till alla klinikchefer i barn- och ungdomspsykiatri samt chefer för PBU-enheter. Undersökningen har genomförts men ej bearbetats och analyserats av Socialstyrelsen varför endast begränsade slutsatser kan dras.

Den bild som tonar fram visar dock att såväl socialtjänsten som barn- och ungdomspsykiatri upplever bristen på specialistkompetenta läkare inom detta område som ett mycket allvarligt problem. Efterfrågan på barn- och ungdomspsykiatriers tjänster, både vad avser konkreta behandlingsinsatser och stöd och handledning till vårdgrannar, tycks vidare generellt sett vara större än resurserna.

Från socialtjänstens sida görs gällande att ett problem är att det är svårt att få tillgång till psykiatriers resurser. Vissa av socialtjänstens klienter har också svårt att passa in inom barn- och ungdomspsykiatri. Det gäller framförallt utagerande, ofta missbrukande tonåringar i behov av både psykiatrisk vård och sociala insatser.

De psykiatriska klinikerna lyfter bland annat fram brister i vården av psykotiska ungdomar som är i gränslandet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Många kliniker anser sig inte heller ha kompetens att möta behoven hos barn och ungdomar med invandrabakgrund, t.ex. flyktingbarn.

Både de enkäter som initierats av Psykiatriutredningen och de erfarenheter som Socialstyrelsen vunnit från den s.k. Aktiva uppföljningen pekar på att samarbetet mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri utvecklas positivt på många håll i landet. Samarbetet kan dock på de allra flesta håll förbättras ytterligare om det ges en fastare struktur och med en ökad förståelse för varandras kompetens, möjligheter och kanske inte minst begränsningar. I sammanhanget bör också framhållas att Socialtjänstkommittén kommer att behandla socialtjänstens insatser för barn och ungdomar i sitt kommande huvudbetänkande.

### *Utredningsuppdrag*

En särskild utredning med parlamentarisk förankring bör tillsättas med uppdrag att komplettera och uppdatera de kartläggningar och analyser som har gjorts vad gäller psykiskt störda barn och ungdomars situation. Utredningen bör utifrån dessa underlag lämna förslag till hur samarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan förbättras så att vården av och stödet till dessa grupper kan stärkas. I detta sammanhang bör utredningen även överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga sett såväl ur den enskildes som ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Utredningen bör även överväga möjligheterna att genom olika insatser förebygga uppkomsten av psykiska störningar hos barn och unga, liksom att förebygga att sådana störningar, sedan de väl uppstått inte fördjupas och befästs. Utredningen bör därvid bl.a. analysera vilken roll som barnhälsovården, barnomsorgen och skolan bör ha i relation till barn och ungdomar med psykiska problem. De frivilliga organisationernas insatser bör även uppmärksammas.

En närmare genomgång av Socialstyrelsens rapport Barns villkor, som lämnas till regeringen i april 1994, får visa om det finns skäl att vidga utredningsuppdraget till att ta ett mer samlat grepp på frågan om kommunernas och hälso- och sjukvårdens olika psykosociala insatser för barn och ungdomar och deras familjer.

Analysen bör utgå från de olika behov av vård och stöd som olika grupper av barn och ungdomar med psykiska problem kan ha. Härmed avses exempelvis neuroser, psykoser, personlighetsstörningar och störningar som anorexi- och bulimi.

Många barn och ungdomar med funktionshinder som t.ex. autism, DAMP, dyslexi och psykisk utvecklingsstörning får sekundära psykiska problem. Även dessa barns och ungdomars behov av vård och stöd bör uppmärksammas.

Det senaste decenniet har Sverige tagit emot flyktingar som i sina hemländer har varit utsatta för tortyr och andra former av förföljelse eller på annat sätt utsatts för svåra trauma. Det torde därför finnas ett stort antal invandrarbarn som har haft traumatiska upplevelser i hemlandet. Utredningen bör särskilt överväga hur dessa barn kan få sina behov av vård och stöd tillgodosedda. I utredningsarbetet bör FN:s konvention om barnets rättigheter beaktas.

Utredningen som bör vara slutförd senast den 31 maj 1996 bör vid uppdragets genomförande samråda med Utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000, S 1992:04) och Kommittén om översyn av socialtjänstlagen (S 1991:07)

Prop. 1993/94:218

## 11 Psykiatrisk vård till vissa grupper

### 11.1 Psykiatrisk vård till intagna i kriminalvården

**Regeringens bedömning:** Det är angeläget att åtgärder vidtas så att intagna i kriminalvården kan erhålla adekvat psykiatrisk vård i tillräcklig omfattning. Till grund för regeringens fortsatta beredningsarbete i denna fråga bör ligga de förslag som lämnats av Fängelseutredningen och Psykiatriutredningen.

**Psykiatriutredningens förslag:** Kriminalvården ges möjlighet att köpa slutna och öppna psykiatrisk vård av psykiatriska vårdgivare. Kriminalvården skall därvid kunna teckna avtal om vårdplatser och konsultinsatser. Finansieringen skall ske genom att statsbidraget till sjukvårdshuvudmännen minskas och att anslagen till kriminalvården ökas med motsvarande belopp.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanser som yttrat sig i frågan är positiva till utredningens förslag om att kriminalvården skall kunna köpa vård av landstingen. Bland dessa instanser finns nio landsting. Några instanser avstyrker detta förslag och hänvisar bl.a. till risken för bristande normalisering av den psykiatriska vården av de intagna i kriminalvården.

#### Skälen för regeringens bedömning:

##### *Nuvarande ansvarsförhållanden*

Intagna i kriminalvården har enligt normaliseringsprincipen samma rätt till samhällets hälso- och sjukvårdsinsatser som andra medborgare. Detta innebär att landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har ansvaret för att ge bl.a. frivillig psykiatrisk vård till intagna inom kriminalvården.

Landstingen har enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård även ansvar för att ge psykiatrisk tvångsvård – s.k. rättspsykiatrisk vård – till bl.a. de som är intagna i kriminalvårdanstalt och i häkte. Denna vård får endast ske på särskilda vårdinrättningar som är godkända av regeringen.

För patienter som behöver vård som ställer särskilda krav på säkerhet, utredning och behandling finns särskilda vårdenheter inom den landstingskommunala psykiatrin. Denna vård är i dag i stor utsträckning regionalt organiserad. Vårdplatsresurserna uppgår till totalt drygt 300

vårdplatser varav 60 finns vid s.k. specialenheter och resten vid regionvårdsenheter.

Kriminalvården har inom sin organisation vissa vårdresurser för bl.a. psykiatrisk vård till de intagna. I 37 § lagen om kriminalvård i anstalt föreskrivs att om en intagen är i behov av hälso- och sjukvård skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling inte lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs får den intagne föras över till allmänt sjukhus.

Inom kriminalvården finns f.n. drygt 70 vårdplatser vid särskilda psykiatriska avdelningar på vissa anstalter. Några av dessa anstalter har heltidsanställd psykiatriker medan andra har konsultpsykiatriker. Det bör framhållas att det inte är möjligt att i medicinskt hänseende jämställa en psykiatrisk vårdavdelning inom kriminalvården med en psykiatrisk avdelning inom den offentliga hälso- och sjukvården.

### *Justitiedepartementets seminarium om behovet av psykiatrisk vård för intagna i kriminalvården*

I september 1989 anordnade Justitiedepartementet ett seminarium om behovet av psykiatrisk vård för intagna i kriminalvården. Vid seminariet konstaterades bl.a. att psykiatrin bör ge sluten psykiatrisk vård åt intagna med psykos när detta behov föreligger. Det konstaterades även att kriminalvården borde få ökade kunskaper om vad psykiatrin kan behandla och att kriminalvården i samarbete med psykiatrin behöver utveckla en mer realistisk inställning till psykiatrins möjligheter. Vidare framkom att psykiatrin ofta saknar metoder för att behandla personer med tidiga personlighetsstörningar och att många av dessa klienter bör tas om hand inom kriminalvården vid särskilda enheter med stöd av psykologisk sakkunskap. Dessa personlighetsstörda intagna är ofta inte i behov av sluten psykiatrisk vård utan av tillfälliga konsult- och stödsatser.

Vid seminariet konstaterades vidare att vistelselandstinget enligt HSL är skyldigt att bereda omedelbart behövlig vård men att det inte finns motsvarande skyldighet när det gäller icke-akut vård.

Ett resultat av seminariet blev att Socialstyrelsen sände ut ett meddelandeblad till alla psykiatriska kliniker med vissa riktlinjer för deras samarbete med kriminalvården (meddelandeblad 2/90).

### *Psykiatriutredningen*

Psykiatriutredningen bedömer att behovet av vårdplatser för anhållna, häktade och intagna i kriminalvård är betydligt större än det som tillgodoses i dag. Enligt utredningens uppskattning är kriminalvårdens behov av sluten psykiatrisk vård 9 000 – 11 000 vård dagar per år vilket motsvarar 25 – 30 vårdplatser.

Psykiatriutredningen anser att kriminalvården bör abonnera på vårdplatser vid de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna. Skälen till detta är bl.a. att samhällsskyddet skulle förbättras och att det finns särskilt kvalificerade vårdresurser vid dessa enheter.



Psykiatriutredningen anser att kriminalvården bör få ekonomiska resurser för att teckna avtal direkt med enskilda psykiatriska konsulter. För att finansiera kriminalvårdens ökade kostnader bör medel föras över från den landstingskommunala sektorn till staten.

I utredningen framhålls att många av de intagna i kriminalvården har personlighetsstörningar. För många personlighetsstörda och för lindrigt psykiskt utvecklingsstörda kan påfrestningarna i fängelsemiljön motverkas och behovet av slutenvård minskas om de får tillgång till egna enheter med psykologiskt stöd. Utredningen anser därför att kriminalvården bör inrätta särskilda enheter med adekvat vårdmiljö för dessa grupper.

### *Socialstyrelsens rapport om Psykiatrisk tvångsvård – effekter av ny lagstiftning*

Regeringen gav den 15 april 1992 Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera tillämpningen av den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård m.m. Socialstyrelsen slutrapporterade uppdraget till regeringen den 15 december 1993. Resultatet redovisas i rapporten om Psykiatrisk tvångsvård – effekter av ny lagstiftning. I rapporten anges att antalet dagar som intagna i kriminalvården vårdats i psykiatrisk slutenvård har ökat under verksamhetsåret 1992/93 jämfört med föregående verksamhetsår. Under verksamhetsåret 1991/92 erhöll intagna i kriminalvården psykiatrisk slutenvård totalt 3 042 dagar på allmänt sjukhus. Verksamhetsåret 1992/93 har antalet vård dagar i sluten psykiatrisk vård uppgått till 6 777 vilket motsvarar 19 vårdplatser. Socialstyrelsen framhåller vikten av att skilja på psykiatriskt vårdbehov och psykiatrisk vård efterfrågan. Den senare är vanligtvis mer omfattande än ett konstaterat psykiatriskt vårdbehov. Många gånger har intagna, exempelvis personlighetsstörda, behov av socialt och psykologiskt stöd i stället för psykiatrisk specialistvård. Bedömningar i enskilda fall förutsätter att kriminalvården har tillgång till psykiatrisk kompetens.

Socialstyrelsen har inte haft möjlighet att bedöma om den nya lagstiftningen har inneburit att fler personer döms till fängelsestraff i stället för att överlämnas till psykiatrisk vård. Skälet är att styrelsen har saknat underlag för att göra denna bedömning. Socialstyrelsen har dock funnit trender som visar att fler psykiskt störda döms till fängelsestraff. Mellan åren 1975 – 1992 har rättspsykiatriska undersökningar och domar till rättspsykiatrisk vård minskat kontinuerligt. Samtidigt har brottsligheten och användningen av fängelsestraff ökat.

Socialstyrelsen föreslår bl.a. att landstingens planeringsansvar enligt HSL också bör gälla intagna i kriminalvårdsanstalt belägen inom landstingskommunen även om de intagna inte är bosatta inom kommunen. Syftet med detta förslag är att skapa bättre förutsättningar för samarbetet mellan sektorspsykiatri och kriminalvårdsanstalterna på den ort där anstalten är belägen.

Regeringen beslutade om direktiv till Fängelseutredningen den 2 april 1992 (dir. 1992:36). Utredningens uppdrag har varit att göra en genomgripande översyn av de principer och det regelverk som som lades fast genom 1974 års kriminalvårdsreform. I direktiven föreskrivs att kommittén skall analysera och redovisa konsekvenserna för kriminalvården av den ändrade lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård och föreslå de förändringar som kan vara motiverade. En lösning som enligt direktiven kan bli aktuell är att ändra ansvarsfördelningen i fråga om kostnaderna för den psykiatriska vård som ges intagna i kriminalvården inom den allmänna hälso- och sjukvården. En annan lösning som kan övervägas är att utveckla psykiatriska vårdresurser inom kriminalvården. Analysen bör göras utifrån vårdens tillgänglighet och förutsättningarna att bedriva en vård av hög kvalitet. Fängelseutredningen lämnade sitt slutbetänkande Kriminalvård och psykiatri (SOU 1994:5) till regeringen i januari 1994. Betänkandet remissbehandlas för närvarande.

Fängelseutredningen anser att målsättningen som normaliseringsprincipen ger uttryck för måste upprätthållas. De problem som utredningen har funnit bör därför lösas inom ramen för nuvarande ordning dvs. psykiatrin inom den allmänna sjukvården har ansvaret för vården av intagna i kriminalvårdsanstalt.

Fängelseutredningen anför att de problem som finns när det gäller den psykiatriska utomlänsvården för intagna kan motverkas genom att det mellan sjukvårdshuvudmännen ingås överenskommelser om att den sjukvårdshuvudman inom vars område en kriminalvårdsanstalt är belägen skall svara för den psykiatriska vården. Den lösning av problemet som utredningen föreslår är dock att HSL ändras så att den som är intagen i kriminalvårdsanstalt oberoende av hemvist får även andra vårdinsatser än de som är rent akuta vid sjukhus i anstaltens närhet. Dessutom föreslås att varje kriminalvårdsanstalt genom avtal mellan kriminalvården och landstingen knyts till en viss sjukvårdsinrättning.

Fängelseutredningen föreslår att kriminalvårdens personal ges bättre kunskap om vad psykiatrin kan behandla och hur behandlingen är utformad. Anstalterna bör anlita vårdanknutna psykiatriker för att bedöma de intagnas psykiska tillstånd.

Utredningen anser att det är särskilt angeläget med differentiering av intagna med hänsyn till deras psykiska störning. Enligt utredningen skapar en viss kategori intagna som är psykiskt störda särskilda problem vid straffverkställigheten. Det gäller intagna med personlighetsstörningar som tar sig uttryck i ett utagerande beteende, förhöjd aggressivitet och benägenhet för självdestruktiva handlingar. Tidigare skulle många av dessa symptom föranlett intagning för sluten psykiatrisk vård. Att sluten psykiatrisk vård inte längre kommer i fråga beror i första hand på att de personlighetsstördas psykiska tillstånd i allmänhet inte anses behandlingsbart och att psykiatrisk vård därför oftast bedöms som verkningslös. Fängelseutredningen föreslår att det vid vissa kriminalvårdsanstalter skall inrättas s.k. stödavdelningar för personlighetsstörd. Till dessa av-

delningar bör rekryteras personal med mentalskötartutbildning. Dessutom bör psykolog vara knuten till avdelningen.

Prop. 1993/94:218

### *Regeringens bedömning*

Frågan om hur intagna i kriminalvården skall kunna få bättre tillgång till psykiatrisk vård har som framgått ovan behandlats i flera olika sammanhang. Orsakerna till problemen har uppgetts vara bl.a. att vårdresurserna inte är tillräckligt anpassade, oklarheter i ansvarsfördelningen mellan kriminalvård och hälso- och sjukvård, brister i kompetens samt att nuvarande regelsystem har hindrat en effektiv samverkan.

Regeringen anser att det är angeläget att förbättra intagnas möjligheter att erhålla adekvat psykiatrisk vård. Vi anser att det är väsentligt att såväl den landstingskommunala hälso- och sjukvården som kriminalvården har reella möjligheter att tillgodse de särskilda krav på vård som denna patientgrupp ofta har. Det är enligt vår mening viktigt att åtgärder vidtas så att bristerna i möjligheterna för intagna i kriminalvården att erhålla adekvat psykiatrisk vård undanröjs. En sådan åtgärd kan bl.a. vara de av Fängelseutredningen nämnda överenskommelserna mellan landstingen angående utomlänsvård för intagna i kriminalvårdsanstalt. En annan åtgärd kan vara utredningens förslag om att varje kriminalvårdsanstalt genom avtal knyts till viss sjukvårdsinrättning.

Regeringen kommer att bereda förslagen som Psykiatriutredningen och Fängelseutredningen har redovisat i ett sammanhang. Vi har för avsikt att återkomma till riksdagen i dessa frågor.

## 11.2 Missbrukare med svåra psykiska störningar

**Regeringens bedömning:** Vården till missbrukare med svåra psykiska störningar bör förstärkas. Detta bör ske inom ramen för nuvarande ansvarsgränser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården där psykiatrin har ett tydligt vårdansvar också för missbrukare där missbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik.

**Regeringens förslag:** I syfte att förstärka samarbetet mellan socialtjänsten inklusive LVM-institutioner och hälso- och sjukvården skall 45 miljoner kronor avsättas under en treårsperiod. Tyngdpunkten i arbetet bör vara att finna väl fungerande vårdkedjor och att utveckla och sprida vårdmetoder anpassade till den här gruppens särskilda behov.

**Utredningens förslag:** Utredningen föreslår att lagstiftningen kompletteras med en möjlighet för kommuner och landsting att komma överens om en ekonomisk reglering avseende missbrukare med svår psykisk

störning. Regleringen skall omfatta ett ekonomiskt bidrag genom exempelvis skatteväxling från kommun till landsting. Förslaget kan enligt utredningen kombineras med ett betalningsansvar för ett landsting för missbrukare med allvarlig psykisk störning som är i behov av sluten psykiatrisk vård och som vårdas på LVM-hem på en kommuns bekostnad. Tillämpningen av den föreslagna regeln bör avgöras lokalt.

**Remissinstanserna:** Huvuddelen av remissinstanserna är tveksamma till om utredningens förslag ger förbättringar i vårdhänseende då det gäller gruppen svårt psykiskt störda missbrukare. Flera instanser anser att en lagreglering för ett förtydligande av ansvaret måste till och Svenska kommunförbundet liksom flertalet av kommunerna anser att frågan endast kan lösas med en huvudman för den psykiatriska vården. Många instanser anser att frågan om vården för den här gruppen psykiskt störda är mycket viktig och att den behöver belysas genom ytterligare utredning. Några instanser, bl. a. läkarorganisationerna, föreslår en länsvis organisering och samordning i ett särskilt organ i ett samspel mellan specialpsykiatri, primärvård och socialtjänst.

**Skälen för regeringens bedömning och förslag:** Missbrukare med svåra psykiska störningar är en av samhällets mest utsatta grupper. Samhällets stöd till denna grupp är otillräckligt och de olika insatserna ofta splittrade och dåligt koordinerade.

Det är oklart hur många missbrukare med svåra psykiska störningar som idag finns i Sverige. Mot bakgrund av vissa uppgifter från Stockholm kan dock antalet vuxna narkomaner med svår psykisk störning uppskattas till 50 till 60 per 100 000 invånare. Till detta kommer mellan 6 och 12 unga narkomaner per 100 000 invånare. Antalet alkohol- och blandmissbrukare med svår psykisk störning kan i storstadsområdena uppskattas till minst 100, i medelstora kommuner till minst 50 och i landsbygdskommuner till mindre än 50 per 100 000 invånare. Dessa uppgifter är dock osäkra och är bland annat beroende av hur såväl missbruk som svår psykisk störning definieras.

#### *Nuvarande ansvarsförhållanden*

Missbrukare med svåra psykiska störningar behöver omfattande vård och stöd både från socialtjänsten och psykiatrin. Det gäller ofta speciella behandlingsinsatser som är anpassade till kombinationen missbruk och psykisk störning. Socialtjänsten har härvidlag ansvar för den uppsökande verksamheten och för den långsiktiga rehabiliteringen av och stödet till narkotika- och alkoholmissbrukare. Primärvården skall ge socialtjänsten allmänmedicinsk service främst när det gäller missbrukare som inte har en svårare psykisk störning.

Hälso- och sjukvården har också ansvar för korttidsvård och avgiftning (abstinensbehandling, psykiatrisk och somatisk utredning samt motivationsarbete) liksom för vård av missbrukare med svåra psykiska störningar som kräver psykiatrisk behandling. Psykiatrin har således ett otvetydigt ansvar för missbrukare med allvarlig psykisk störning i synnerhet då missbrukaren är i behov av sluten psykiatrisk vård, vilken i

vissa fall inte kan ges utan stöd av den psykiatriska tvångslagstiftningen. Det är den psykiatriska vårdens skyldighet att se till att patienten i sådana fall ges behövlig sjukvård och inte hänvisas till LVM-hem eller annan form av vård i socialtjänstens regi. I den av riksdagen antagna propositionen Tvångsvård av vuxna missbrukare m.m. (1987/88:147) betonade också det föredragande statsrådet vikten av att sjukvårdshuvudmännen utvecklar erforderliga resurser för att kunna svara upp mot sitt ansvar vad gäller de svårt psykiskt störda missbrukarna.

Statens institutionsstyrelse, som startade sin verksamhet den 1 juli 1993, skall från och med 1 april 1994 svara för planering, ledning och drift av bl.a. samtliga LVM-hem i landet. Av regeringens proposition om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbruksvård (prop 1992/93:61) framgår att vården vid bl.a. LVM-hemmen i fortsättningen bör differentieras främst med hänsyn till de särskilda behov som olika klientgrupper har. En grupp som då särskilt nämns är psykiskt störda missbrukare.

Det mellan de olika huvudmännen delade ansvaret förutsätter en gemensam planering av insatserna i syfte att skapa bra underlag för en bedömning av dels vilka resurser som krävs för att möta de psykiskt störda missbrukarnas behov av vård och stöd, dels vilken huvudman som skall ha ansvar för de olika delarna av behandlingen.

### *Problem*

Trots att ansvaret för olika vård- och stödinsatser till svårt psykiskt störda missbrukare framgår av gällande lagstiftning visar ett flertal rapporter på att ansvaret i praktiken är oklart och att otillräckliga insatser görs för denna grupp. Från socialtjänsten rapporteras att man inte får det stöd från psykiatrin som man anser sig behöva för att kunna svara upp till dessa människors behov. Detta gäller såväl inom den öppna som slutna psykiatrin. Denna bild bekräftas av den enkät som redovisas i Psykiatriutredningens delbetänkande Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv (SOU 1992:3). Av enkäten framgår en nästan genomgående kritik från socialtjänsten att psykiatrin inte ger tillräckligt stöd när det gäller bedömning eller behandling av psykiskt störda missbrukare eller de som finns i gränslandet mellan psykisk störning och missbruk.

I rapporten *Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar* (Spri rapport 321) har Spri belyst dessa frågeställningar utifrån LVM-hemmens perspektiv. Av rapporten framgår att personalen vid LVM-hemmen är kritiska mot psykiatrens bristande intresse och förmåga att svara för vården av missbrukare med svår psykisk störning. Den efterlyser ett bättre samarbete men framför allt att den psykiatriska vårdorganisationen skall ta ett långsiktigt ansvar för vissa personer som man på LVM-hemmen upplever som psykiskt sjuka.

I rapporten *De glömda narkotikamissbrukarna. Vård och behandling av narkotikamissbrukare med psykisk sjukdom eller djupgående personlighetsstörning* (SoS-rapport 1989:33) konstaterar Socialstyrelsen att flera

LVM-hem har en oacceptabelt hög andel klienter med psykisk sjukdom eller djupgående personlighetsstörning. LVM-hemmens erfarenheter av samarbetet med psykiatrin uppges vara dåliga och bland annat sägs det vara svårt att överföra psykiskt sjuka missbrukare i behov av vård till psykiatrisk klinik.

En orsak till det bristande samarbetet kan vara att sjukvårdshuvudmännens resurser för att vårda och behandla svårt störda missbrukare i många delar av landet är dåligt utbyggda. Detta framgår bl.a. av Psykiatriutredningens delbetänkande *Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållande, vårdens innehåll och utveckling* (SOU 1992:37). Flera landsting har inte avdelat någon speciell resurs för missbrukarvården. När det gäller att ta ansvar för missbrukare med svår psykiatrisk störning tycks flertalet sektorer ha otillräckliga möjligheter. Nära fyra femtedelar av sektorscheferna anser att möjligheterna till sluten psykiatrisk vård av psykiskt störda missbrukare är bristfälliga inom landstinget.

Den bristfälliga vården av vissa missbrukare med psykiska störningar har dock inte enbart sin grund i bristande resurser utan kan också hänföras till att effektiva behandlingsmetoder saknas inom psykiatrin vad gäller t.ex. missbrukare med personlighetsstörningar. Psykiatrin har därmed svårt att svara upp till de förhoppningar och krav som ställs bland annat från socialtjänsten.

#### *Vård till missbrukare med svåra psykiska störningar*

Regeringen konstaterar att den bild som ges av vården av och stödet till missbrukare med svåra psykiska störningar är tämligen mörk. Samarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården främst psykiatrin är dåligt utvecklat och många missbrukare inom socialtjänsten får inte del av psykiatrins insatser. Flera svårt psykiskt störda missbrukare vårdas på LVM-hem med bristfällig psykiatrisk kompetens trots att de kan vara i behov av sluten psykiatrisk vård eller kvalificerade psykiatriska konsultinsatser.

En orsak till det bristande samarbetet kring dessa patienter torde vara att landstingen inte byggt upp tillräckligt med resurser för att möta den här gruppens speciella behov. Missbrukare med svår psykisk störning har en sammansatt problematik och det återstår fortfarande mycket att lära för att dessa patienter skall kunna få en framgångsrik behandling.

Psykiatriutredningen, som har konstaterat tydliga brister i vården av och stödet till psykiskt störda missbrukare, anser att sjukvårdshuvudmännens resurser riktade mot dessa patienter bör förstärkas både i sluten och öppen vård. Vidare bör ansvarsfördelningen förtydligas. En möjlighet att göra detta är enligt utredningen att genomföra en ekonomisk reglering som bland annat innebär att landstingen i fortsättningen efter överenskommelse med kommunen får ett betalningsansvar för vård på socialtjänstens institutioner av personer som rätteligen bör ha psykiatrisk vård. Den ekonomiska regleringen bör enligt utredningen ske lokalt och bygga på lokala överenskommelser.

Flertalet remissinstanser ställer sig tvekan till om förslaget om en ekonomisk reglering och ett betalningsansvar kommer att förbättra vården av och stödet till denna patientgrupp. Bland annat Riksrevisionsverket menar att det är svårt att se att en skatteväxling mellan kommun och landsting skulle kunna lösa problem för en till antalet liten men svårt utsatt grupp. Skatteväxling är enligt verket en alltför omfattande åtgärd med risk för dålig träffsäkerhet. Regeringen delar denna bedömning varför något särskilt betalningsansvar för denna grupp inte bör införas.

Som redan nämnts har många LVM-hem en anmärkningsvärt hög andel klienter med psykiska störningar. Orsaken till detta kan troligen sökas i att psykiatrin tenderar att avvisa vårdsökande missbrukare med hänvisning till socialtjänstens ansvar för missbrukarvården.

Den 1 april 1994 övertar Statens institutionsstyrelse (SIS) ansvaret för LVM-hemmen. Ett av styrelsens viktigaste uppdrag är att differentiera vården så att den avpassas för de enskilda klienternas behov. En sådan differentieringsgrund som särskilt utpekats är psykisk störning.

Det är dock viktigt att påpeka att det även med ett statligt huvudmannaskap för LVM-hemmen, är synnerligen viktigt att stimulera det lokala samarbetet mellan psykiatrin och socialtjänsten. Det innebär bl.a. att socialtjänsten aktivt måste medverka i behandlingsplaneringen på LVM-institutionerna.

Differentieringen av missbrukare kommer att ske inom ramen för fem geografiskt avgränsade regioner. Avståndet från hemorten kan därmed visserligen bli något långt för somliga, men bedömningen är att det viktiga samarbetet med socialtjänsten och psykiatrin trots det inte kommer att äventyras. Det är därför viktigt att LVM-institutionerna också involveras i detta samarbete.

Enligt regeringens mening bör vården och stödet till psykiskt störda missbrukare förstärkas inom ramen för nuvarande ansvarsförhållanden. I detta sammanhang bör särskilt psykiatrins ansvar för gruppen understrykas. Sjukvårdshuvudmännen måste på ett betydligt bättre sätt än hittills ta detta ansvar och bygga upp och utveckla erforderliga resurser. Detta bör ske i nära samarbete med kommunens socialtjänst och de statliga LVM-institutionerna så att en samverkan kan ske och samhällets samlade resurser användas på bästa sätt. Samtidigt kan socialtjänstens resurser vad gäller vård och behandling av personer med lättare psykiska störningar t.ex. personlighetsstörningar behöva utvecklas.

Med hänsyn till de konstaterade bristerna i vården av och stödet till psykiskt störda missbrukare anser regeringen att det finns goda skäl för att detta område särskilt skall uppmärksammas i statens tillsyn över hälso- och sjukvården och socialtjänsten de kommande åren.

### *Förstärkt samarbete*

Psykiskt störda missbrukare är en patientgrupp med sammansatta problem och behov. Som ovan sagts saknas idag både tillräckliga resurser och erforderlig kompetens inom området. För att nå ett framgångsrikt behandlingsresultat måste flera olika personalkategorier med olika kompetens

samverka kring den enskilde individen. Likaså måste resursförstärkningar till. Psykiatrin och socialtjänsten bör därför stimuleras att utveckla och förstärka sina insatser i arbetet med psykiskt störda missbrukare. Detta kan t.ex. ske genom att bilda lokala samverkansgrupper för att ta fram gemensamma vårdplaner för de enskilda patienterna. Grundförutsättningen för arbetet skall vara att psykiatri och socialtjänst har ett gemensamt ansvar för missbrukare med psykiska störningar. Genom en sådan samverkan sammanförs kompetens både kring missbruk och psykiska störningar. Det är också viktigt att de statliga LVM-institutionerna involveras i det lokala samarbetet. Vården har också olika karaktär vid olika tidpunkter och kan ges såväl i slutet som öppen form. I detta sammanhang är det av stor vikt att det finns en kontinuitet i behandlingsarbetet och att vårdkedjorna fungerar. Detta gäller såväl socialtjänstens öppna och institutionella missbrukarvård som psykiatrins motsvarande vård. För ändamålet bör 45 miljoner kronor avsättas under en treårsperiod.

Medlen disponeras av Socialstyrelsen, som inom ramen för en beredningsgrupp med representanter för berörda intressenter bör precisera hur stimulansbidraget skall användas. Enligt regeringens mening bör verksamheterna noggrant följas, utvärderas och dokumenteras för att senare kunna bilda underlag för den fortsatta uppbyggnaden och utvecklingen av verksamheterna på såväl nationell, regional som lokal nivå.

## 12 Psykoterapi

**Regeringens bedömning:** Psykoterapi kan för vissa psykiskt störda vara en effektiv behandlingsform. För att förbättra möjligheterna att få behandling med psykoterapi till patientavgift och högkostnads-skydd har den särskilda ersättningen för psykioterapeutisk verksamhet som lämnas till sjukvårdshuvudmännen höjts från 24,5 miljoner kronor år 1993 till 39,5 miljoner kronor för år 1994.

**Psykiatriutredningen:** Utredningen föreslår att möjligheten för legitimerade psykioterapeuter att efter ansökan förtecknas hos försäkringskassan som enskild vårdgivare utvidgas till att omfatta terapeuter som inte är legitimerade läkare. Sjukvårdshuvudmännen svarar för remittering av patienter till de nya psykioterapeuter som då kommer att förtecknas hos kassan, som gör avräkning enligt gällande överenskommelse om statens ersättning till sjukvårdshuvudmännen. Regleringen av behandlingsvoly-men föreslås ske genom vårdavtal och patienten skall erlägga vanlig patientavgift. Utredningen föreslår också att den statliga påbyggnadsutbildningen i psykoterapi byggs ut till samtliga universitetsorter.

**Remissinstanserna:** Brukarorganisationerna och de fackliga organisationerna, förutom läkarorganisationerna, tillstyrker i stort utredningens



förslag, liksom ett tiotal kommuner och nio landsting. Landstingen tillstyrker under förutsättning att ökade ekonomiska resurser tillförs verksamheten. Socialstyrelsen m.fl. hänvisar till att frågan bör utredas av hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering (HSU 2000). Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) anser att effekterna av psykoterapibehandling för många psykiska sjukdomstillstånd inte är fullt kända och därmed inte bör ligga till grund för ersättning från sjukförsäkringen. Flertalet av landstingen och Landstingsförbundet avstyrker förslaget i denna del liksom Riksförsäkringsverket och några andra remissinstanser. Förslaget att utvidga psykoterapiutbildningen har ett fåtal instanser kommenterat och de som gjort det har varit positiva. Många remissinstanser har allmänt ansett att psykoterapi som behandlingsform bör utvecklas och resursförstärkas.

**Skälen för regeringens bedömning:** Psykiatriutredningen framhåller att villkoren för människors möjligheter att få psykoterapi inte är acceptabla. Psykoterapi som behandlingsform måste jämföras med andra sjukvårdande behandlingar. Det är enligt utredningens mening oförenligt med principerna för svensk hälso- och sjukvård att överlåta den fulla kostnadstäckningen på den enskilde.

Psykiatriutredningen finner starka skäl för att öppna möjligheten för psykoterapeuter att förteckna sig i den allmänna försäkringen även om utnyttjandet tills vidare skulle ske via vårdavtal. Åtgärden skulle på detta sätt kunna förbereda för förändringar som enligt utredningens mening kommer att ske i samband med att valfriheten i vården vidgas.

Psykiatriutredningen lämnar inget förslag om hur anknytningen av psykoterapin till försäkringen skall se ut på längre sikt. Skälet till detta är att Utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har i uppdrag att behandla bl.a. hälso- och sjukvårdens framtida organisation och finansiering. Psykiatriutredningen överlåter därför frågeställningen om psykoterapins framtida finansiering till HSU 2000.

Psykiatriutredningen framhåller att behoven av psykoterapeutiska vårdinsatser bör tillgodoses genom att antalet utbildningsplatser för påbyggnadsutbildning i psykoterapi ökas. Skälet är att det finns en regional obalans i tillgången på utbildade terapeuter.

*Regeringens proposition om arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen (1993/94:75)*

Riksdagen beslutade den 17 december 1993 om en lag avseende privatpraktiserande läkares respektive sjukgymnasters rätt till ersättning från ett av landstingen finansierat och administrerat offentligt ersättnings-system för hälso- och sjukvård i de fall vårdavtal inte har träffats med landstinget (prop. 1993/94:75, bet. 1993/94:SoU14, rskr 1993/94:118).

Den föreslagna ordningen innebär att läkare och sjukgymnaster som fr.o.m. den 1 januari 1994 påbörjar privat verksamhet får rätt till ersättning från landstinget enligt de föreslagna lagarna och vissa av

regeringen utfärdade taxebestämmelser. Detta gäller under förutsättning att vissa krav på kompetens och verksamhet är uppfyllda. För både läkare och sjukgymnaster gäller bl.a. att de måste bedriva verksamheten på heltid och att de inte får ha anställning i något landstings hälso- och sjukvård.

Läkarvårdersättning lämnas för vård som ges av läkare i privat verksamhet med specialistkompetens. Detta betyder att det utgår ersättning för vård som ges av privat verksamma specialister i psykiatri som även är legitimerade psykoterapeuter.

### *Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1994*

I den redovisade finansplanen för budgetåret 1993/94 föreslogs att det för bidraget till vissa ersättningar från sjukförsäkringen skulle fastställas en utgiftsram på totalt 2 703 miljoner kronor för år 1994. Vidare angavs att regeringen skulle återkomma till riksdagen efter sommaren 1993 angående de konsekvensändringar som föranleddes av förslagen och då även redovisa resultatet av överläggningar med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om den närmare fördelningen av utgiftsramen. Riksdagen godkände de föreslagna riktlinjerna för ändringarna i ersättningssystemet och fastställde utgiftsramen för år 1994 (bet. 1992/93:FiU30, rskr. 1992/93:447).

Parterna har med utgångspunkt i riksdagens beslut fört överläggningar om hur utgiftsramen på 2 703 miljoner kronor bör fördelas på åtgärder vilka i olika avseenden bygger på medverkan från staten och den allmänna försäkringen.

Sedan 1990 har parterna varit eniga om att en särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet skall lämnas till sjukvårdshuvudmännen. Syftet med detta ekonomiska stöd är att möjliggöra för huvudmännen att genom vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för den enskilde. Parterna har ansett det vara angeläget att denna ersättningsform förstärks betydligt under år 1994 och att beloppet höjs från 24 miljoner kronor 1993 till 39,5 miljoner kronor dvs. med drygt 60 %. Ersättningen fördelas mellan huvudmännen och utges dels med 350 000 kronor per huvudman, dels med 3,50 kronor per invånare.

Vi vill i detta sammanhang erinra om att legitimerade psykoterapeuter kan ha annan utbildningsbakgrund än läkarexamen. Bland dessa återfinns många psykologer men även socionomer och andra yrkesgrupper.

### *Sammanfattning*

I tidigare avsnitt anges att ansvaret för finansiering av ersättningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster har överförts från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen den 1 januari 1994. En viktig utgångspunkt för regleringen är att de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som i dag är uppförda på förteckning hos allmän försäkringskassa utan särskild prövning skall gå in i det nya systemet.

Detta innebär att specialister i psykiatri som är legitimerade psykoterapeuter och även i övrigt uppfyller kraven i det nya systemet har rätt till ersättningar från sjukvårdshuvudmännen. Vi anser därför att det nya systemet kommer att förstärka samarbetet mellan landstingen och de privata vårdgivarna vilket i sin tur förbättrar möjligheterna för bl.a. specialistkompetenta psykiatriker att tillhandahålla psykoterapi i privat regi.

Det nya ersättningssystemet innebär att den grundläggande ansvarsfördelningen ändras när det gäller finansiering och administration av ersättningen till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Psykiatriutredningens förslag om att förteckna fler legitimerade psykoterapeuter hos försäkringskassan utgår dock från det gamla ersättningssystemet där försäkringskassan hade ett annat ansvar än i dag. Den nya ordningen med sjukvårdshuvudmännen som huvudansvarig för finansiering av ersättningarna till privatpraktiserande läkare m.m. innebär således att det inte längre finns några förutsättningar att genomföra detta förslag.

Psykiatriutredningen har i sitt delbetänkande Psykiatrin och dess patienter (SOU 1992:37) redovisat att det finns bristande resurser avsatta för psykoterapi. Av betänkandet framgår att 62 % av cheferna för landets psykiatrisektorer har angett att behovet av psykoterapi varken kan tillgodoses genom tillgängliga resurser inom sektorskliniken eller genom att utnyttja vårdavtal. Dessutom uppger man i majoriteten av landstingen att det finns kö till behandling med psykoterapi. Det är enligt regeringens mening inte tillfredsställande att en så betydande andel av de patienter som har behov av psykoterapi inte kan få adekvat behandling. Regeringens initiativ att höja den särskilda ersättningen för psykoteraeutisk verksamhet som lämnas till sjukvårdshuvudmännen från 24,5 miljoner kronor till 39,5 miljoner kronor skall ses mot bl.a denna bakgrund. Genom detta medelstillskott har patienterna fått ökade möjligheter att få psykoterapi till patientavgift och högkostnadsskydd. Dessutom kommer det nya ersättningssystemet enligt vår mening att förbättra möjligheterna för bl.a. specialistkompetenta psykiatriker att tillhandahålla psykoterapi i privat regi. Sammantaget anser vi att dessa åtgärder kommer att kunna förbättra tillgången till psykoterapi till rimliga kostnader för de patienter som behöver det.

**Regeringens bedömning:** Landstingen skall enligt tandvårdslagen ge en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Regeringen har i proposition 1993/94:93 lämnat förslag om ett förändrat ersättningssystem för vuxentandvården. Det nya ersättningssystemet innebär att de patienter som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har ett omfattande tandvårdsbehov skall kunna få en förhöjd årlig ersättning. I propositionen lämnas vidare förslag som syftar till att förbättra tandvården för patienter med behov av särskilda tandvårdsinsatser t.ex. psykiskt sjuka. Förslagen i propositionen om ett förändrat ersättningssystem för vuxentandvården samt det i denna proposition lämnade förslaget om ett förtydligat kommunalt ansvar för personer med psykisk störning innebär sammantaget att psykiskt stördas behov av tandvård kommer att kunna tillgodoses bättre än idag.

**Psykiatriutredningens förslag:** Långvarigt och allvarligt psykiskt störda som ingår i den personkrets som föreslås omfattas av en utvidgad LSS och som har stort tandvårdsbehov på medicinskt-odontologiska grunder skall kunna få avgiftsfri tandvård inom tandvårdsförsäkringen. Merkostnaderna för förslaget beräknas till 26,4 miljoner kronor. Psykiskt stördas behov av tandvård skall uppmärksammas i samband med kommunala kartläggningar av de långvarigt och allvarligt psykiskt stördas behov av service, stöd och vård. Utredningen föreslår vidare att Socialstyrelsen skall utarbeta allmänna råd om tandvård för människor med allvarlig psykisk störning särskilt de som får långvarig behandling med psykofarmaka.

**Skälen för regeringens bedömning:** Landstingen skall enligt tandvårdslagen (1985:125) erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. I landstingens ansvar ingår att planera tandvården inom sina respektive landstingsområden med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Vidare föreskrivs att landstingskommunen skall samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda i planeringen och utvecklingen av tandvården. Som framhållits tidigare har kommunerna enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Psykiatriutredningen framhåller att många psykiskt störda har ett stort och eftersatt tandvårdsbehov. Den psykiska sjukdomen bidrar till att patienten känner rädsla för besök hos tandläkare. Vidare bidrar osäkerhet och initiativlöshet till att den psykiskt sjuke inte själv söker kontakt med tandvården.

Patienter med långvariga psykiska störningar behandlas ofta med psykofarmaka under lång tid. Sådana läkemedel som används mot vissa

biverkningar vid behandling med neuroleptika ger upphov till muntorrhet. Även behandling med neuroleptika kan leda till muntorrhet.

Muntorrhet ökar enligt utredningen risken för olika tandsjukdomar. Munhygien är därför särskilt viktig i förebyggande syfte. Dessvärre innebär depressioner och initiativlöshet vid psykotiska tillstånd att patienterna ofta inte orkar bry sig om sin hygien och att de inte heller tar kontakt med tandvården.

Den organiserade tandvård som tidigare fanns på mentalsjukhusen har sedan landstingsövertagandet 1967 skötts av folktandvården. Tandläkare och tandhygienist har i samråd med vårdpersonal systematiskt följt upp patienternas tandvårdsbehov. Utflyttningen till eget boende eller kollektivboende har enligt Psykiatriutredningen medfört att tandvårdsbehovet inte uppmärksammats lika mycket som tidigare.

Psykiatriutredningen konstaterar att samarbetet mellan psykiatrins personal, de tandvårdsansvariga och socialtjänsten är bristfälligt. Det behövs enligt utredningen vidtas åtgärder som stödjer de psykiskt långtidssjuka och hjälper dem att få den tandvård de är i behov av.

Psykiatriutredningen anser att de förändringar i LSS och SoL som föreslås i slutbetänkandet skapar goda förutsättningar för att psykiskt stördas tandvårdsbehov skall uppmärksammas bättre än i dag. Vidare framhåller utredningen att det är viktigt att den psykiatriska hälso- och sjukvården uppmärksammar behovet av insatser för förbättrad munhygien och tandvård för de psykiskt långtidssjuka. Socialstyrelsen bör därför ta fram allmänna råd med riktlinjer för tandvården till psykiskt störda. Vidare föreslår Psykiatriutredningen att långvarigt och allvarligt psykiskt störda som ingår i den föreslagna personkretsen i LSS skall – om medicinskt-odontologiska skäl föreligger – kunna få avgiftsfri tandvård. Utredningen beräknar att förslagen kommer att innebära merkostnader på 26,4 miljoner kronor.

#### *Regeringens proposition (1993/94:93) om förändrat ersättningssystem för vuxentandvård*

Regeringen överlämnade den 22 december 1993 propositionen om förändrad ersättning för vuxentandvård till riksdagen. I propositionen lämnas förslag bl.a. om riktlinjer för ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård. Ersättningen från sjukförsäkringen för denna vård skall kunna lämnas enligt två parallella ersättningssystem, dels ett system med s.k. premietandvård, dels ett system med åtgärdsbaserad taxa. Det finns ett särskilt högkostnadsskydd som gäller för båda systemen. Vårdstandarden och det ekonomiska stödet från försäkringen skall vara lika oavsett vilket av systemen som tillämpas av vårdgivaren.

Vårdgivarna får för sin verksamhet inom försäkringens ram välja att tillämpa antingen både premietandvård och åtgärdstaxa eller ettdera av systemen. Även patienten får möjlighet att välja mellan de båda systemen.

Vid premietandvård lämnar försäkringskassan en fastställd årlig ersättning för varje patient till vårdgivaren. Ersättningen fastställs av

regeringen och varierar beroende på patientens ålder. Patienten betalar en årlig fast avgift (premie) som vårdgivaren bestämmer. Vårdgivaren skall dock vara skyldig att till försäkringskassan redovisa de olika premieklasser och belopp som tillämpas.

I premietandvården skall en förhöjd årlig ersättning kunna lämnas från försäkringen till patienter som p.g.a. långvarig sjukdom eller p.g.a. funktionshinder har ett omfattande tandvårdsbehov. Detta förutsätter dock att vissa kriterier uppfylls. I propositionen framhålls att dessa kriterier bör fastställas närmare av regeringen tillsammans med berörda myndigheter och företrädare för bl.a. handikapporganisationerna.

Vidare anges i propositionen att det i vissa patientgrupper finns personer som på grund av sin sjukdom eller sitt funktionshinder har ett omfattande behov av tandvårdsinsatser under många år eller resten av livet. Sjukdomen eller funktionshindret kan medföra ett sämre försvar mot karies och andra tandsjukdomar. I vissa fall förekommer motoriska störningar och ibland ger patienternas läkemedel sämre förutsättningar att bibehålla tandhälsan. Således kan vissa patienter på grund av sin sjukdom eller sitt funktionshinder behöva tätare kontakter med tandvården och längre tid i behandling för att uppnå en med andra grupper jämförbar tandhälsa. I dessa patientgrupper finns bl.a. personer med psykiska störningar.

I propositionen anges att det är viktigt att vårdgivaren har ett långsiktigt behandlingsperspektiv och att man systematiskt arbetar med förebyggande behandling när det gäller vården av de patienter som till följd av sjukdom eller funktionshinder har betydande merkostnader för sin tandvård. För de aktuella patienterna är det således motiverat att ha en väsentligt förhöjd fast försäkringsersättning så att de inte skall behöva betala högre premie än andra patienter. På samma sätt som den fasta ersättningen i övrigt i premietandvården bör försäkringsstödet enligt förslaget inbegripa allmäntandvård men inte specialisttandvård. Patientpremien bör däremot innefatta all den tandvård som premietandvården täcker, inklusive vård enligt det särskilda högkostnadsskyddet.

Enligt propositionen behövs ett fortsatt beredningsarbete tillsammans med berörda myndigheter och företrädare för bl.a. handikapporganisationerna för att närmare fastställa tydliga kriterier för vilka patientgrupper som skall kunna omfattas av det särskilda försäkringsstödet. Det behövs också kriterier för den individuella behovsprövning som utredningen förutsatt. I propositionen framhålls särskilt att personer med långvarig psykisk störning bör omfattas av det särskilda försäkringsstödet.

I propositionen föreslås vidare att landstingen skall få ett tydligare lagfäst ansvar för att det finns tillräckliga och anpassade resurser för patienter med behov av särskilda tandvårdsinsatser. Vidare föreslås att det vid behov skall drivas en uppsökande verksamhet samt att tandhälsoutvecklingen för patienter med särskilda behov följs. Förslag lämnas även om att landstingen aktivt skall erbjuda tandvård till personer som har svårt att själva efterfråga sådan vård. Bland de grupper som bör kunna omfattas av regeringens förslag finns psykiskt sjuka.

Enligt bestämmelserna i tandvårdslagen skall landstingen ge en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. I landstingens ansvar ingår att planera tandvården inom sina respektive landstingsområden med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Kommunerna har enligt SoL det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

Vi har i avsnitt fem lämnat förslag om ett tydligare kommunalt ansvar för personer med psykisk störning. Genom detta förslag förbättras möjligheterna för att psykiskt störda olika behov, t.ex. behovet av tandvård, skall kunna uppmärksammas bättre än idag. Vi anser vidare att de åtgärder som föreslås i regeringens proposition om ett förändrat ersättningssystem för vuxentandvården kommer att skapa bättre förutsättningar för att bl.a. personer med långvarig och allvarlig psykisk störning skall kunna få sina behov av tandvård tillgodosedda.

Regeringen anser att förslaget om ett nytt ersättningssystem för vuxentandvården och förslaget om ett förtydligat kommunalt ansvar för gruppen psykiskt störda bör utvärderas innan andra åtgärder aktualiseras för att förbättra psykiskt störda tandhälsa. Vi avser att i avsnitt 14 behandla frågor om uppföljning och utvärdering med anledning av de förslag som ingår i denna proposition.

## 14 Vissa särskilda statliga insatser

### 14.1 Kamratstöd

**Regeringens förslag:** Ett statligt utvecklingsbidrag på 45 miljoner kronor fördelat på 3 år skall lämnas för att stödja och stimulera bildandet av kamratstöd för psykiskt störda. Verksamheten skall vara i huvudsak brukarstyrd och baserad på självhjälpgrupper. Bidraget skall lämnas till klient- och anhörigorganisationer men även till andra organisationer som vill upprätta kamratstödjande verksamhet. Socialstyrelsen skall administrera bidraget.

**Psykatriutredningens förslag:** Ett statligt utvecklingsbidrag på 50 miljoner kronor fördelat på 5 år inrättas. Bidraget skall utgå till klient- och anhörigorganisationer men även till andra organisationer som vill bedriva kamratstödjande verksamhet. Bidraget skall administreras av en för ändamålet bildad förening med representanter för patient- och anhörigorganisationer, andra folkrörelser med riksomfattande verksamhet inom området samt Svenska kommunförbundet. För uppföljning av verksamheten skall 500 000 kronor av det totala bidraget avsättas.

**Remissinstanserna:** De remissinstanser som kommenterar förslagen om kamratstödjande verksamhet understryker i allmänhet behovet av förstärkt samordning och/eller ekonomiska resurser.

**Skälen för regeringens förslag:** Psykiatriutredningen framhåller i sitt slutbetänkande att kamratstödjande dagverksamhet byggd på självhjälpssgrupper i kommunen kan vara ett viktigt stöd till psykiskt störda. För många psykiskt störda kan en kamratstödjande verksamhet i en brukarorganisations regi upplevas som ett bättre alternativ än t.ex. en myndighetsstyrd kommunal dagcentral.

Klientstyrd kamratstödjande verksamhet byggd på självhjälpssgrupper syftar till att bl.a. bygga upp ett socialt kontaktnät som skall stärka gemenskap och förhindra isolering bland människor med psykiska störningar. Vidare syftar den kamratstödjande verksamheten till att stimulera fritids- och kulturaktiviteter samt till att erbjuda arbetsskapande och sysselsättningsförberedande aktiviteter.

Psykiatriutredningen pekar på ett antal fördelar med att kamratstödjande verksamhet bedrivs i form av självhjälpssgrupper. I dessa grupper får psykiskt störda möjlighet att delta i verksamheter utifrån sin egen förmåga och sina egna förutsättningar. Verksamheten utformas av de som deltar i dagverksamheten.

Enligt Psykiatriutredningen är kamratstödet inom en klientorganisation en möjlighet till växande och utveckling. De psykiskt störda blir synliga och får därmed möjlighet att slippa återintagning i slutna psykiatrisk vård. Verksamheten kan också bidra till att ge vardagen struktur och ett aktivt innehåll. Den kamratstödjande dagverksamheten baserad på självhjälpssgrupper kan bestå av t.ex. studiecirkelar och sysselsättningskapande aktiviteter i arbetskooperativ.

Det är enligt regeringens mening viktigt att psykiskt störda ges tillgång till ett väl fungerande kamratstöd. På detta sätt skapas bättre förutsättningar för framgångsrik rehabilitering och återgång till mer normaliserade levnadsförhållanden. Oförmågan att ta kontakter med omgivningen i kombination med sårbarheten och utsattheten gör att psykiskt störda ofta lider svårt av övergivenhet, ensamhet och isolering. Bristen på socialt nätverk är ett påtagligt problem bland de psykiskt störda. Detta leder ofta till att psykiskt störda lever ett socialt isolerat liv.

Regeringen anser att det arbete som klientrörelsen bedriver med att utveckla nätverk för människor med psykiska störningar är betydelsefullt. De insatser som klientrörelsen i dag svarar för skapar mötesplatser för människor som själva upplever eller har upplevt psykisk sjukdom. Människor som har eller har haft psykisk störning och som själva kommit långt i sin rehabilitering och utvecklingsprocess kan ofta ge viktig hjälp till andra psykiskt störda som nyligen kommit i kontakt med vården.

Regeringen delar Psykiatriutredningens uppfattning att det är väsentligt att stimulera och stödja sådan kamratstödjande verksamhet som är baserad på självhjälpssgrupper. Vi delar också utredningens bedömning om fördelarna med att kamratstödjande verksamhet bedrivs i brukarorganisationernas regi. Regeringen anser därför att ett statligt utvecklingsbidrag på totalt 45 miljoner kronor fördelat på tre år bör lämnas för att stödja



och stimulera bildandet av kamratstöd i en i huvudsak brukarstyrd verksamhet för psykiskt störda. Bidraget bör lämnas till dagverksamheter som bygger på självhjälpgrupper.

Regeringen vill dock framhålla vikten av att kommuner och landsting vid sidan av det särskilda statliga bidraget avsätter egna medel för kamratstödande verksamhet för psykiskt störda.

Det särskilda bidraget skall lämnas till klient- och anhörigorganisationer men även till andra organisationer som vill upprätta kamratstödande verksamhet. Socialstyrelsen bör administrera bidraget och bör vid beslut om projektmedel samråda med Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Regeringen anser vidare att Socialstyrelsen skall följa upp effekterna av det särskilda bidraget för kamratstödande verksamhet. En delrapport bör lämnas till Socialdepartementet under år 1997 och en slutrapport under år 2 000.

## 14.2 Anhörigstöd

**Regeringens förslag:** Ett statligt bidrag om 45 miljoner kronor fördelat på tre år skall lämnas för att förbättra stödet till anhöriga till psykiskt störda. Inom ramen för bidraget skall s.k. anhörigutbildningar prioriteras. Stödet skall även kunna ges som ett allmänt bidrag för att bygga upp nätverket runt den psykiskt störde. Anhörigutbildningarna bör utformas i samråd med de anhörigas intresseorganisationer. Socialstyrelsen skall administrera bidraget.

**Psykiatriciutredningens förslag:** Psykiatriciutredningen föreslår att ett statligt utvecklingsbidrag om totalt 20 miljoner kronor bör utgå för att utveckla stödet till anhöriga till psykiskt störda. Bidraget bör fördelas med 4 miljoner kronor per år under fem år. Bidraget skall kunna fördelas som ett allmänt stöd för att utveckla nätverket runt den psykiskt störde men tonvikten bör ligga vid de särskilda anhörigutbildningarna. Bidraget bör administreras av en ideell förening som bildas för ändamålet av anhörigorganisationer med riksomfattande verksamhet samt Svenska kommunförbundet.

**Remissinstanserna:** De remissinstanser som kommenterar förslagen om anhörigstöd understryker i allmänhet behovet av förstärkt samordning och/eller ekonomiska resurser.

**Skälen för regeringens förslag:** Psykiatriciutredningen har konstaterat att anhöriga till psykiskt störda inte sällan har en svår situation. Majoriteten av dem som utvecklar psykiska störningar lever i nära kontakt med sina familjer och påverkar ofta sin familjs autonomi och livskvalitet. De anhöriga har efterhand som institutionerna avvecklats fått ta ett allt större ansvar för bl. a. omvårdnanden av de psykiskt störda. Detta nya ansvar ställer ofta stora krav på den anhöriges förmåga att hantera de situationer

som uppstår i kontakterna med en allvarligt psykiskt störd människa. De anhöriga kan i vissa fall få psykiska problem som en följd av oro och omtanke om den psykiskt störde. Många anhöriga tenderar att anklaga sig själva för att vara orsak till sin handikappade familjemedlems problem.

På flera håll i landet pågår en positiv utveckling när det gäller psykiatrens förhållningssätt till anhöriga till psykiskt störda. Allt fler sjukvårdshuvudmän satsar på särskilda utbildningar för att hjälpa anhöriga till psykiskt störda att hantera den emotionella stress som ofta uppstår när t.ex. en familjemedlem lider av psykisk sjukdom. Regeringen ser positivt på denna utveckling men anser att det är angeläget att stödet till de psykiskt stördas anhöriga ytterligare stärks. Det är enligt vår mening viktigt att anhörigutbildningar kommer till stånd hos samtliga sjukvårdshuvudmän. Vi anser att det är särskilt angeläget att anhöriga till allvarligt och långvarigt psykiskt störda får ett adekvat stöd. Ett väl fungerande anhörigstöd är också en viktig förutsättning för att rehabiliteringen av de svårt psykiskt störda skall bli framgångsrik.

Anhörigstödet är även väsentligt för att de svårt psykiskt störda skall kunna bli mer delaktiga i samhällsgemenskapen. Anhörigkretsen är ofta det enda nätverk som den svårt psykiskt störde ingår i. Det är därför väsentligt att detta nätverk stärks och utvecklas.

Regeringen anser att ett ökat stöd bör ges till anhöriga till psykiskt störda. Det är enligt vår mening angeläget att de anhörigas intresse för att engagera sig i vård, behandling och resursfrågor för psykiskt störda ges erforderligt stöd. Regeringen anser att tyngdpunkten i stödet bör läggas vid anhörigutbildningarna. Det är enligt vår mening väsentligt att kunskaperna om den anhöriges psykiska störning ökar. Betydelsen av ömsesidigt stöd, förståelse och delade gemensamma erfarenheter har betonats i vetenskapliga studier av anhörigutbildningar. Detta har lett till att de anhörigas känsla av börda och stress reducerats påtagligt. Genom deltagande i anhörigutbildningar uppstår vanligen en mer optimistisk syn på den egna rollen i behandlingen. Anhörigutbildningarna bör utformas i samråd med de anhörigas intresseorganisationer. Vi vill betona att stödet även bör kunna gälla anskaffning av lokaler, organisationsstöd för att stärka och utveckla nätverket kring den psykiskt störde m.m. Vi vill dock understryka vikten av att stödet i första hand bör riktas till personer med anhöriga som är allvarligt och långvarigt psykiskt störda. Vi vill i detta sammanhang också peka på att barn till psykiskt störda ofta är en förbisedd grupp vars uppväxt starkt kan präglas av föräldrarnas sjukdom.

För att stimulera och påskynda utvecklingen mot en ökad satsning på anhörigstöd till framför allt allvarligt och långvarigt psykiskt störda bör enligt vår mening ett utvecklingsbidrag lämnas om 45 miljoner kronor fördelat på tre år. Bidraget skall i huvudsak utbetalas till anhörigorganisationer med riksomfattande verksamhet. Socialstyrelsen bör administrera bidraget.

**Regeringens förslag:** Ett särskilt statligt bidrag skall utgå för att stimulera omstruktureringen och vidareutvecklingen av socialtjänstens och psykiatrins arbetsformer. Bidraget skall inte utgå till löpande driftskostnader utan användas till förändringar i verksamhetsinnehåll och arbetsorganisation. Bidraget bör fördelas efter antalet invånare i landstinget och bygga på avtal mellan kommuner och landsting om medlens användning. Avtalen skall godkännas av Socialstyrelsen som också skall administrera bidraget.

Bidraget bör uppgå till totalt 955 miljoner kronor och utgå från och med den 1 januari 1995 till och med den 31 december 1997.

**Skälen för regeringens förslag:** De av oss tidigare framlagda förslagen innebär betydande krav på såväl utökad samverkan mellan huvudmännen som förändring av landstingens och kommunernas egna verksamheter. För landstingens del medför förslagen att alltmer av de psykiatriska resurserna förs över från slutenvård till öppenvård. Psykiatrin måste också i ökad utsträckning kunna vara en hjälp och ett stöd för socialtjänstens insatser. Vi anser att även efter det att patienten bedömts vara medicinskt färdigbehandlad inom den psykiatriska slutna vården och har sitt boende ordnat i t.ex. kommunalt gruppboende bör sjukvårdshuvudmannens medicinska ansvar kvarstå beträffande viss sjukvårdande behandling i öppen vård. Det kan gälla t.ex. psykoterapi, psykiatrisk sjukgymnastik, medicinsk rehabilitering, medicinkontroller och läkarbesök. För att undvika nya sjukhusvistelser krävs i regel kontinuerliga insatser från den specialiserade psykiatriska öppenvården. Vi anser att det är viktigt att kvalificerade psykiatriska insatser från landstinget samordnas med olika sociala insatser från kommunen och att denna samordning sker kontinuerligt. Ett stöd från den landstingskommunala sjukvårdens sida med akuta insatser vid tillfälliga försämringar kan många gånger undvika en akutinläggning. Mot denna bakgrund anser vi att även den psykiatriska öppenvården måste utveckla sina arbetsmetoder för att kunna ge erforderligt stöd till bl.a. de psykiskt långtidssjuka som finns inom kommunens boendeformer.

En väsentlig förutsättning för att kommunernas socialtjänst skall klara av att ta sitt ansvar när det gäller sociala insatser för de långvarigt och allvarligt psykiskt störda är att samverkansformerna mellan socialtjänsten och psykiatrin utvecklas, att ansvars- och uppgiftsfördelningen klargörs och att man kommer överens om gemensamma mål och arbetsformer beträffande insatserna. Vi vill dock nämna att det pågår en positiv utveckling med olika projekt i samverkan mellan kommunernas socialtjänst och psykiatrin kring i första hand dagcentralverksamheter och stödboendeprojekt.

För att kommunerna skall kunna fullgöra sitt nya ansvar måste kommunernas socialtjänst vidareutveckla sina arbetsformer när det gäller vård, stöd och service till bl.a. personer med långvarig psykisk störning. Om det skall vara möjligt att uppnå en god kvalitet i omhändertagandet och rehabiliteringen av denna grupp krävs att primärkommunen har en adekvat kompetens. En långtidsschizofren person som har skrivits ut till anpassat boende i kommunal regi bör givetsvis behandlas i enlighet med modern kunskap. Detta kräver en fortlöpande sammanvägning mellan rent behandlande och sociala insatser. Även patienter som inte kräver någon slutenvård behöver ändå fortlöpande individuell stödterapi och i bland systematisk terapi, familjeinterventioner och medicinsk behandling som svarar mot den aktuella situationens krav. Inom socialtjänsten bör det således finnas kompetens att bedöma vilka insatser som klaras inom socialtjänstens ram och när psykiatrins specialiserade resurser bör tas i anspråk.

För att effektivt och kompetent kunna stödja patienten i boendet och se till att även en meningsfull sysselsättning erbjuds är det nödvändigt med viss psykiatrisk kompetens hos socialtjänstens personal.

Detta ställer enligt vår mening krav på att kommunerna förstärker och utvecklar sin kompetens när det gäller vård, stöd och service till psykiskt störda.

Vi anser att kommunerna – för att kunna ge långvarigt psykiskt störda adekvat stöd i boendet – behöver ha god tillgång till personal med viss psykiatrisk kompetens. Enligt vår mening bör detta kompetensbehov tillgodoses genom att dels personal med psykiatrisk kompetens från landsting anställs i kommuner, dels att utbildnings- och fortbildningsinsatser genomförs inom kommunerna.

Behovet av slutenvårdsplatser inom psykiatrin torde minska som en följd av att landstingen i fortsättningen inte skall ha till uppgift att svara för de psykiskt stördas boende. Denna förändring av verksamhetens inriktning kommer enligt vår bedömning att medföra att vissa personella resurser frigörs inom psykiatrin. Det gäller i huvudsak personal som arbetar med omvårdnad av de långvarigt och allvarligt psykiskt störda. Regeringen anser – efter samråd med Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet – att en väsentlig del av kompetensförsörjningen i de nya kommunala verksamheterna bör kunna ske genom att sjuksköterskor och mentalskötare från den landstingskommunala psykiatrin överförs till kommunala verksamheter. Hur detta lämpligast kan ske bör bedömas lokalt av berörda landsting och kommuner.

Förutom de personella resurser som kommunerna bör tillföras krävs insatser för utbildning, handledning och metodstöd till socialtjänstens personal. En viktig förutsättning för att de föreslagna förändringarna skall kunna få avsedd effekt är att den personal som berörs har goda kunskaper om syftet med reformen. De förslag som vi presenterar i denna proposition kommer att beröra ett stort antal anställda i olika verksamheter, såväl i den direkta verksamheten som på olika ledningsnivåer. Vi anser att de personalkategorier som direkt eller indirekt arbetar med vård, stöd och service till långvarigt psykiskt störda bör ges erforderliga utbildningsin-

satser. Tillgången till engagerad och kunnig personal är enligt vår mening avgörande för vilka levnadsförhållanden som långvarigt och allvarligt psykiskt störda kan erbjudas.

Vi har tidigare i detta avsnitt betonat att landstingens medicinska ansvar kvarstår även efter det att den långvarigt psykiskt störde har bedömts vara medicinskt färdigbehandlad inom den slutna psykiatriska vården och har sitt boende ordnat i t.ex. kommunalt gruppboende. Det är enligt vår mening viktigt att kvalificerade psykiatriska insatser från landstinget samordnas med olika sociala insatser från kommunen. Regeringen anser att även den psykiatriska öppenvården måste utveckla sina arbetsmetoder för att kunna ge adekvat vård och stöd till de långvarigt psykiskt störda som finns inom kommunens boendeformer.

Inom många psykiatrisektorer pågår arbete med att utveckla s.k. mobila akutteam med psykiatrisk kompetens. Dessa team har möjlighet att ge akuta insatser i patientens bostad. Regeringen anser att detta stöd från psykiatrin är en viktig förutsättning för att kommunerna i praktiken skall kunna ge de långvarigt psykiskt störda en bättre livssituation. Den pågående utvecklingen mot mer flexibla och utåtriktade arbetsformer bör enligt vår mening stimuleras och påskyndas. En annan viktig förutsättning för att kommunerna skall kunna ge adekvat stöd m.m. till de psykiskt störda är att psykiatrin i erforderlig utsträckning kan svara för konsultinsatser, handledning och metodstöd till kommunens personal.

Regeringen anser att ett särskilt statligt bidrag bör lämnas för de ökade kostnader som under en period kan uppkomma till följd av omstruktureringen och vidareutvecklingen av socialtjänstens och psykiatrins arbetsformer. Vi vill framhålla att bidraget inte skall lämnas till löpande driftskostnader utan att det bör användas till att stimulera och påskynda förändringar i verksamhetsinnehåll och arbetsorganisation.

Bidraget bör uppgå till totalt 955 miljoner kronor och utgå från och med den 1 januari 1995 till och med den 31 december 1997.

Medlen skall fördelas efter antalet invånare i landstingsområdet och utbetalas till kommuner och landsting. För att erhålla de anvisade medlen skall landsting och kommuner ha kommit överens om hur den ekonomiska regleringen bör ske och om vilka landstingskommunala verksamheter med socialt innehåll som bör föras över till kommunerna. För att erhålla medel från statsbidraget skall landsting och kommuner redovisa en särskild plan för hur begärda medel skall utnyttjas. I den av landsting och kommuner gemensamt upprättade planen skall vidare framgå hur de begärda medlen skall fördelas mellan respektive huvudman. Dessutom skall huvudmännen ange hur utvärdering av medelutnyttjandet skall ske.

Beslut om utbetalning av ekonomiska medel fattas av Socialstyrelsen efter det att inkomna avtal från landsting och kommuner har granskats och godkänts.

Närmare föreskrifter om inriktning och administration av bidraget kommer att beslutas av regeringen och redovisas i regleringsbrevet för budgetåret 1994/95.

**Regeringens förslag:** Av det stimulansbidrag till anordnande av gruppboende och andra alternativa boendeformer som riksdagen beslutade om i samband med den s.k. Ädelreformen skall 300 miljoner kronor per år från och med budgetåret 1994/95 förbehållas långvarigt psykiskt störda. Medlen anvisas under anslaget Stimulansbidrag inom äldreomsorgen inom en total ram av 900 miljoner kronor.

**Psykiatriciutredningens förslag:** Utredningen betonar boendefrågornas betydelse för de psykiskt störda och hänvisar till att de som omfattas av LSS har rätt till en individuellt anpassad bostad. Man föreslår att de psykiskt stördas bostadsbehov särskilt skall uppmärksammas i kommunernas bostadsförsörjningsplanering. Som underlag för denna planering skall regelbundna inventeringar göras av inneliggande patienters boendebehov och av motsvarande behov hos dem med långvariga psykiska störningar som bor i kommunen.

Utredningen föreslår också att reglerna i förordningen om tillfälligt statsbidrag till anordnande av gruppboende och andra alternativa boendeformer (SFS 1991:1280) samt Socialstyrelsens tillämpningsföreskrifter bättre bör anpassas efter psykiskt stördas särskilda boendebehov.

Vidare menar utredningen att Socialstyrelsen och Boverket gemensamt bör få i uppdrag att följa upp erfarenheter av utvecklingen av olika boendeformer och olika boendestöd till psykiskt störda liksom reglerna för utnyttjande av bostadsanpassningsbidrag utifrån psykiskt stördas särskilda behov.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna instämmer i regel i bedömningen av att det behövs en förbättring vad gäller psykiskt stördas boende. De understryker behovet av samordning eller ekonomiska resurser vad gäller stöd i boendet m.m. Några remissinstanser menar att de nuvarande resurserna sannolikt skulle vara tillräckliga om de samordnades och kunde användas mer effektivt för gruppen psykiskt störda.

**Skälen för regeringens förslag:** Målet för bostadspolitiken är att hela befolkningen skall beredas bostäder av god kvalitet till skäligena kostnader. Också personer med funktionshinder har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad och där han kan få sina behov av stöd och service i den dagliga livsföringen tillgodosedda. Detta gäller således även personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar.

Gruppboende är ett av flera boendeanvändningsalternativ som har tillkommit för att erbjuda god tillgång till personal och den trygghet, tillsyn och stimulans som många äldre och funktionshindrade behöver. Det finns lång erfarenhet av gruppboende som alternativ till institutionsvård för personer med utvecklingsstörning. Boendeformen har under den senaste tioårsperioden också framgångsrikt erbjudits äldre personer, framför allt

dem med åldersdemens, och i viss mån även fysiskt och psykiskt funktionshindrade.

För att ytterligare stimulera utvecklingen och påskynda utbyggnaden av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer för äldre och handikappade beslutade riksdagen i samband med Ädelreformen att lämna statsbidrag med sammanlagt 2 miljarder kronor för sådana enheter som färdigställs under åren 1991 - 1995 (prop. 1990/91:150 bil. I:3, bet. 1990/91:SoU25, rskr. 1990/91:384). De personer som avsågs var åldersdementa och andra äldre långtidssjuka personer, fysiskt handikappade, psykiskt långtidssjuka samt de personer som angavs i 1 § omsorgslagen. Bidraget uppgår till 500 000 kronor per gruppboendeenhet och lämnas enligt reglerna i förordningen (1991:1280) om tillfälligt statsbidrag till anordnande av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer.

I detta sammanhang beslutade riksdagen vidare att statsbidrag för viss ombyggnad av sjukhem m.m. skulle lämnas inom en sammanlagd ram om 1 miljard kronor fr.o.m. budgetåret 1992/93 t.o.m. budgetåret 1996/97. Bidrag ges med 50 000 kronor per tillkommande enkelrum eller nyproducerad äldreboende och lämnas enligt reglerna i förordningen (1991:1281) om tillfälligt statsbidrag för viss ombyggnad av sjukhem m.m.

Från och med innevarande budgetår, 1993/94, har medel för dessa ändamål anvisats under anslaget Stimulansbidrag inom äldreomsorgen. Från detta anslag utbetalas också bidrag till kommunerna för kostnader för medicinskt färdigbehandlade inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård.

För att åstadkomma en mer flexibel användning av de medel som avser bidrag till byggande av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer samt bidrag till viss ombyggnad av sjukhem m.m. har regeringen i årets budgetproposition föreslagit riksdagen (prop. 1993/94:100 bil. 6) att medlen anslagsmässigt och tidsmässigt samordnas inom en total ram om 900 miljoner kronor per år. Medlen har föreslagits anvisade på ett reservationsanslag.

Socialstyrelsen informerar årligen regeringen om hur bidragen utnyttjats. Av den senaste rapporten Tillfälliga statsbidrag till särskilda boendeformer (Ädel-utvärderingen 93:3) framgår att det under år 1992 beviljades statliga stimulansbidrag till 749 gruppboendeenheter med 5 146 lägenheter och ytterligare 2 120 lägenheter i särskilda boendeformer. Dessutom lämnades stimulansbidrag för 316 nya enbäddsrum i sjukhem, sammanlagt 7 582 lägenheter/rum.

Av de beviljade ansökningarna avsåg 36 % bostäder för personer med åldersdemens, 3 % psykiskt långtidssjuka, 3 % personer med fysiska funktionshinder och 27 % personer med utvecklingsstörning.

Intresset för stimulansbidraget är stort och ökande. Redan vid halvårsskiftet år 1993 var antalet ansökningar lika stort som för hela år 1992. Med anledning av att de medel som hittills anvisats för bidrag till byggande av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer i mycket ringa omfattning kommit långvarigt och allvarligt psykiskt störda till del

– endast 4 procent av det totala antalet ansökningar om bidrag till gruppboende gäller denna målgrupp – anser regeringen att det är angeläget att viss del av anvisade medel förbehålls denna grupp. Vi föreslår därför att 300 miljoner kr per år av medlen under anslaget stimulansbidrag inom äldreomsorgen fr.o.m. budgetåret 1994/95 reserveras för långvarigt och allvarligt psykiskt sjuka. Bidrag lämnas i huvudsak enligt nuvarande regler i förordningen (1991:1280) om tillfälligt statsbidrag till anordnande av gruppboende och andra alternativa boendeformer.

I den proposition som behandlade utformningen av stimulansbidragen (prop. 1990/91:150 bil. I:3) uttalade regeringen bl.a. att alternativa boendeformer för psykiskt sjuka och fysiskt handikappade måste planeras flexibelt utifrån de enskilda människornas behov. Vidare sas att samma regler bör gälla när stimulansbidrag lämnas till gemensamma boendeformer för psykiskt och fysiskt handikappade som till andra gruppboende. I förordningen 1991:1280 hänvisas bl.a. till de regler som gäller för statlig bostadsbyggnadssubvention och till plan- och bygglagen. Bostäderna skall vara avsedda för permanent bruk och självständigt boende. De skall också vara tillgängliga och lämpliga för sitt ändamål. Avsteg från kraven har i viss mån gjorts för gruppboende avsedda för personer med åldersdemens. Riksdagen har i detta fall ansett att kravet på köpmöjligheter inte behöver vara uppfyllt. Grundkravet på en egen bostad med privat hygienutrymme står dock fast och har inte ifrågasatts.

Vi anser att de särskilda statliga bidragen som syftar till att stimulera en önskvärd utbyggnad av gruppboende och andra alternativa boendeformer bör följa gällande grundregler. Framför allt i ett mer långsiktigt och samhällsekonomiskt perspektiv är det viktigt att man vid nyproduktion upprätthåller de mål som gäller för den sociala bostadspolitik. Samtidigt finns det ett stort och akut behov av tillgång till kollektiva boendeformer med väl utvecklat stöd i boendet för personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar. Det finns också möjligheter att för dessa personer ordna ett sådant kollektivt boende i det redan befintliga bostadsbeståndet, t.ex. lediga lägenheter och villor utan att det krävs några mer omfattande förändringar i dessa bostäders fysiska utformning. För många långvarigt och allvarligt psykiskt störda är inte deras funktionsnedsättningar av den arten att det i första hand är bostadens fysiska utformning som inskränker deras möjligheter att leva ett aktivt liv tillsammans med andra. Snarare är det främst en fråga om stödsatsernas utformning och möjligheterna för psykiskt störda att själva aktivt påverka sina boendeförhållanden. Det finns idag inget som hindrar kommunerna att tillhandahålla denna form av boendeförhållanden, men något statligt stimulansbidrag lämnas då inte.

Psykiatriutredningen menar att statliga stimulansbidrag borde kunna lämnas även vid alternativa boendeformer av detta slag. Regeringen har förståelse för detta utredningens ställningstagande inte minst mot bakgrund av de stora icke tillgodosedda behoven av lämpliga alternativa boendeformer för denna grupp. Psykiskt störda egna organisationer och anhörigorganisationer har också framhållit att det främst är en fråga om boendestödets utformning som är det centrala vid diskussionerna om vad



som är en god bostad för långvarigt och allvarligt psykiskt störda. För många av dem är det ett värde i sig att dela bostad med någon eller några andra.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det finns skäl att göra sådana förändringar i de gällande reglerna för stimulansbidraget att det i viss utsträckning kan användas för att stimulera boendestödet i de fall det redan befintliga bostadsbeståndet utnyttjas för att tillskapa alternativa boendeformer för långvarigt och allvarligt psykiskt störda. Det avgörande för att så skall kunna ske är att de personer som berörs själva väljer ett sådant kollektivt boende som innebär en mer nära samvaro med en eller flera personer i sådana bostäder som i och för sig är fullvärdiga bostäder. Denna form av stimulansbidrag bör vara lägre än det som lämnas enligt nuvarande regler i förordningen (1991:1280) om tillfälligt statsbidrag till anordnande av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer. Statligt stimulansbidrag bör lämnas med 200 000 kronor per enhet som stöd för att utveckla innehållet i boendestödet.

Tidigare erfarenheter av statliga stimulansbidrag visar att dessa har en starkt styrande effekt. Detta innebär ofta att ansökningar om sådana medel ligger så nära en miniminivå som möjligt. Vi vill därför framhålla vikten av att grundkraven på en bostad avsedd för permanent bruk och självständigt boende ligger fast vid nyproduktion och att sådan måste stimuleras.

Det finns för närvarande ca 50 000 lediga bostäder i landet. Men detta motsvarar bara 1,2 % av hela bostadsbeståndet. En sådan liten reserv kommer att vara helt otillräcklig när högre tillväxt i ekonomin leder till omflyttningar. I de fall denna reserv kan utnyttjas för att tillgodose långvarigt och allvarligt psykiskt stördas bostadsbehov kommer det dock knappast att vara tillräckligt för att tillgodose dessa behov fullt ut. Nya och mer långsiktiga alternativ måste därför tillskapas.

Vi vill också starkt framhålla att en mer flexibel användning av stimulansbidraget inom äldreomsorgen inte innebär ett principiellt avsteg från de bostadspolitiska målen när det gäller långvarigt och allvarligt psykiskt störda personer. Dessa mål gäller även fortsättningsvis alla – oavsett typ av funktionshinder.

Rehabiliteringsinsatserna för långvarigt och allvarligt psykiskt sjuka syftar bl.a. till att öka deras självständighet och oberoende. Om detta arbete är framgångsrikt kommer sannolikt också kraven och förväntningarna på ett boende som ger möjligheter till integritet och självbestämmande att öka. Erfarenheter av rehabiliteringsinsatser visar även att dessa ger bäst och mest varaktigt resultat om de sker i hemmiljö och i den permanenta bostaden. Vi anser därför att minst 300 miljoner kronor per år av de sammanlagt 900 miljonerna som skall förbehållas långvarigt och allvarligt psykiskt störda bör användas för stimulansbidrag enligt de nuvarande bestämmelserna i förordningen 1991:1280 om tillfälligt statsbidrag till anordnande av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer.

Psykiatriutredningen har också föreslagit att kommunerna särskilt skall uppmärksamma psykiskt stördas bostadsbehov i sin bostadsförsörjningsplanering samt att Socialstyrelsen och Boverket gemensamt får i uppdrag att följa upp erfarenheterna av utvecklingen av olika boendeformer och olika boendestöd till psykiskt störda. Enligt vår mening är de åtgärder som vi i övrigt föreslår i denna proposition tillräckliga för att psykiskt stördas behov skall uppmärksammas på motsvarande sätt som gäller för andra utsatta grupper i kommunernas bostadsförsörjningsplanering. Vi vill också erinra om att Socialstyrelsen redan har i uppdrag att inom ramen för Ädel-uppföljningen även följa upp utvecklingen av alternativa boendeformer för långvarigt psykiskt störda.

## 14.5 Uppföljning, utvärdering och tillsyn

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att följa upp och utvärdera bl.a. resultatet av de åtgärder som föreslås i denna proposition. I uppdraget bör även ingå att följa upp och utvärdera tillämpningen av de bestämmelser i övrigt som reglerar vård, stöd och service till psykiskt störda. Socialstyrelsens uppdrag skall – i de fall annat inte anges – slutrapporteras till Socialdepartementet senast den 1 maj 1998. Socialstyrelsen skall inom ramen för sitt arbete med folkhälsorapporterna även uppmärksamma orsaker till psykisk ohälsa och de psykiskt stördas situation.

Riksrevisionsverket (RRV) bör ges i uppdrag att analysera effektiviteten i tillsynen av vård, stöd och service till psykiskt störda. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt samordningen mellan Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsverksamhet.

Vi anser att 15 miljoner kronor bör avsättas för dessa uppdrag.

**Psykiatriutredningens förslag:** Psykiatriutredningen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att särskilt följa upp hur den föreslagna lagstiftningen efterlevs samt att i arbetet med folkhälsorapporterna särskilt uppmärksamma psykiskt stördas situation. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) bör få huvudansvaret för flervetenskaplig utvärdering av metoder för arbete med psykiskt störda i samverkan med Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket.

**Remissinstanserna:** Endast ett fåtal remissinstanser har haft synpunkter på utredningens förslag till uppföljning och utvärdering.

### Skälen för regeringens bedömning:

#### *Uppföljning och utvärdering*

Vi har i avsnitten fem och sex lämnat förslag om förändringar i socialtjänstlagen (SoL) och i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss

hälso- och sjukvård för att effektivisera vård, stöd och service till bl.a. långvarigt psykiskt störda. Vi har även föreslagit att försöksverksamhet bör genomföras med personligt ombud för personer med långvarig och allvarlig psykisk störning.

Regeringen har också lämnat förslag som syftar till att bl.a. förbättra vård och stöd till psykiskt störda missbrukare samt öka tillgången till psykoterapi. Regeringen har dessutom föreslagit att särskilda ekonomiska resurser skall avsättas för att förbättra kamrat- och anhörigstödet, förstärka samverkansformerna mellan socialtjänst och psykiatri samt att redan beslutade medel för att stimulera utbyggnaden av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer för psykiskt störda förbehålls verksamheter som avser psykiskt störda.

Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera bl.a. de åtgärder som vi föreslår i denna proposition. I uppdraget bör även ingå att följa upp och utvärdera tillämpningen av de bestämmelser i övrigt som reglerar vård, stöd och service till psykiskt störda. Uppdraget till Socialstyrelsen bör enligt vår mening inriktas mot följande områden:

- \* tillämpning av SoL när det gäller stöd och service till psykiskt störda (avsnitt 5.1)
- \* tillämpning av LSS med avseende på svårt funktionshindrade psykiskt störda (avsnitt 5.2)
- \* utvärdering av försöksverksamhet med personligt ombud (avsnitt 5.3)
- \* uppföljning och utvärdering av kommunernas betalningsansvar för långvarigt psykiskt störda (avsnitt 6)
- \* uppföljning och utvärdering av försöksverksamheter avseende psykiskt störda missbrukare (avsnitt 11.2)
- \* uppföljning av effekterna av de statliga stimulansbidragen samt en bedömning av hur samhällets kostnader för vård, stöd och service utvecklas och fördelas på olika huvudmän (avsnitt 14.5)

Socialstyrelsens uppdrag skall – i de fall annat inte anges – slutrapporteras till Socialdepartementet senast den 1 maj 1998. Uppdraget skall delrapporteras årligen med början den 1 maj 1996.

Regeringen anser att effekterna av förslaget om kommunalt betalningsansvar för vissa långvarigt psykiskt störda bör uppmärksammas särskilt inom ramen för Socialstyrelsens arbete. Vi anser att denna del av uppföljningen bör inriktas mot en analys av samhällets kostnader för vård, stöd och service till psykiskt störda. I detta sammanhang bör analyseras hur stor andel av de totala kostnaderna för vård, stöd och service till psykiskt störda som olika huvudmän svarar för. Vidare bör kommunernas arbete med att utveckla sina verksamheter för psykiskt störda belysas. I detta sammanhang bör även psykiatrins arbete med att förändra arbetsformerna samt att omstrukturera verksamheten tas upp. Uppföljningen av kommunernas betalningsansvar bör ske från såväl verksamhetsmässiga som ekonomiska utgångspunkter.

I uppdraget bör även ingå att analysera tillämpningen av de bestämmelser i betalningsansvarslagen som gäller psykiskt störda.

Socialstyrelsen bör i arbetet med folkhälsorapporterna särskilt uppmärksamma psykiskt stördas situation. Det är i detta sammanhang väsentligt att styrelsen beskriver de förhållanden som kan förorsaka psykiska störningar.

I avsnitt sju har vi föreslagit att det bör genomföras en översyn och analys av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att genomföra den nämnda översynen. Uppdraget skall slutrapporteras senast den 1 mars 1997. Vi anser att 6 miljoner kronor bör avsättas för detta ändamål.

### *Tillsyn*

Som vi tidigare har framhållit finns det idag brister i vissa bestämmelser som syftar till att bl.a. tillförsäkra psykiskt störda goda levnadsvillkor. Det är ibland svårt att identifiera vilket organ som är ansvarigt för att psykiskt störda får de insatser som de behöver för att kunna leva på samma villkor som andra människor. Vi har mot bl.a. denna bakgrund lämnat ett antal förslag som skall skapa bättre förutsättningar för att även denna grupp skall kunna ta del av samhällets välfärd.

Vi vill i detta sammanhang framhålla att ramlagar såsom SoL och hälso- och sjukvårdslagen måste åtföljas av en effektiv och samordnad tillsynsverksamhet för att kunna fungera väl. Om inte denna tillsyn genomförs i tillräcklig omfattning försämras förutsättningarna för att intentionerna bakom lagstiftningen skall kunna uppfyllas fullt ut. Vi vill betona att det är väsentligt att tillsynen av psykiatrin och de sociala insatserna för psykiskt störda sker samordnat.

Regeringen avser att ge RRV i uppdrag att analysera effektiviteten i tillsynen av vård, stöd och service till psykiskt störda. Om RRV finner att det finns brister bör verket föreslå vilka åtgärder som bör vidtas för att tillsynen när det gäller vård, stöd och service till psykiskt störda skall kunna förbättras. I utredningsarbetet bör särskild uppmärksamhet ägnas åt samordningen mellan Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsverksamhet.

## 14.6 Stöd till det psykiatriska utvecklingsarbetet i Östeuropa

**Regeringens förslag:** I syfte att stimulera den psykiatriska utvecklingen i Östeuropa anser regeringen att särskilda tidsbegränsade medel skall anslås. Dessa bör dels kunna kanaliseras genom multinationella organisationer, främst WHO, men också för bilateralt samarbete inom ramen för bl.a. Hälso- och sjukvårdens Östeuropakommitté (ÖEK). Mot denna bakgrund föreslår regeringen att 5 miljoner kronor avsätts årligen under en treårsperiod som stöd till det psykiatriska utvecklingsarbetet i Östeuropa.

**Skälen för regeringens förslag:** I samband med de dramatiska omvälvningar som inleddes i Central- och Östeuropa för snart fyra år sedan, väcktes ett starkt intresse från enskilda, kommunala och statliga organisationer att etablera ett samarbete med dessa länder och stödja dem i utvecklingen av olika verksamheter. Detta gällde bl.a. hälso- och sjukvården. Eftersom de humanitära hjälpbehoven var mycket stora fick de svenska insatserna inledningsvis framför allt karaktär av katastrofbistånd.

Från statens sida fastställdes ett treårigt program för samarbete med Central- och Östeuropa. Inriktningen av detta samarbete är att stödja upprättande och konsolidering av demokratins och rättsstatens institutioner, att stödja återinförandet av en fungerande marknadsekonomi, att stödja åtgärder för att förbättra miljön, särskilt i Östersjön, samt att bistå de baltiska staterna att befästa sin nationella suveränitet.

Nu snart fyra år senare har i en utvärdering av bidragen till enskilda organisationers samarbete med Central- och Östeuropa, som genomförts av ambassadören Kurt Lidgard, konstaterats att det i dessa länder – givetvis med undantag för svårt sargade delar av Balkan – har inträtt en viss normalisering åtminstone i så måtto att behovet av katastrofbistånd minskat. Övergången till marknadsekonomi har dock inte kunnat göras utan starka sociala påfrestningar. Den materiella nöden är på många håll också alltför stor. Inte minst på hälso- och sjukvårdens område krävs därför insatser av biståndskaraktär, framhåller utredaren.

För att främja utvecklingen av god hälsa och god hälso- och sjukvård i näraliggande delar av Östeuropa, i första hand Estland, Lettland och Litauen samt Polen och S:t Petersburgsområdet, finns en fristående organisation, Hälso- och sjukvårdens Östeuropakommitté (ÖEK). Kommittén är initierad av Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Vårdförbundet SHSTF och Socialstyrelsen. ÖEK är för övrigt representerad av ett trettiotal andra aktörer inom den svenska hälso- och sjukvården. Kansliet är förlagt till Socialstyrelsen. För verksamheten disponeras anslag som för varje år beviljas av SIDA.

ÖEK:s stödinsatser inriktas på att främja utbyte av kunskaper, attityder och förhållningssätt, främst i form av tre huvudprogram, nämligen auskultationsverksamhet för läkare, sjuksköterskor och tandläkare m.fl., medverkan i uppbyggnad av s.k. modellinstitutioner på särskilda centrala områden, samt utbildningsinsatser i form av kurser, konferenser och seminarier.

Hälso- och sjukvårdssituationen i bl.a. de baltiska länderna är bekymmersam. I jämförelse med de skandinaviska länderna präglas situationen bl.a. av kortare medellivslängd, hög barnadödlighet och mycket högt aborttal. Infektionssjukdomar är vanliga. De största problemen i dag är därvid difteri och tuberkulos.

Sjukvårdsresurserna är mycket nedslitna. Antalet vårdplatser liksom antalet läkare är högt. Det råder dock stor brist på modern utrustning, läkemedel och förbrukningsmaterial.

Det finns inom de baltiska länderna ett klart intresse för samarbete med den svenska hälso- och sjukvården och för kunskapsutbyte i olika former. Berörda hälso- och sjukvårdsmyndigheter i dessa länder har uttalat

önskemål om expertmedverkan inom främst några områden, som ÖEK benämnt storsatsningsområden. Detta innebär att ÖEK försöker koncentrera resurserna på några centrala och långsiktiga problemområden. Vilka områden som därvid bör prioriteras har bl.a. baserats på uttalade önskemål från berörda hälso- och sjukvårdsmyndigheters sida.

ÖEK har inledningsvis stannat för följande fyra problemområden:

- \* Mödra- och barnhälsovård, inklusive familjeplanering
- \* Vuxenpsykiatri
- \* Medicinsk handikappvård, samt
- \* Förbättring av hälso- och sjukvårdens infrastruktur

När det gäller psykiatri finner ÖEK att en förbättring av kunskaper, attityder och förhållningssätt inom detta ämne är mycket angelägen. Läkare och annan personal i Baltikum är utbildade enligt den sovjetiska psykiatriska modell, som innebär en stark somatisk fixering och isolering av de sjuka och handikappade på stora institutioner. Sådana begrepp som normalisering och familjeterapi förekommer inte alls inom denna psykiatri.

Det behövs således stora insatser för att förändra kunskaps- och attitydläget inom det psykiatriska området i bl.a. de baltiska länderna. Olika utbildningsinsatser behövs i form av auskultationer, kurser och konferenser samt översättning av litteratur. Bl.a. måste utbildningsinsatser inriktas på neuroslära, psykoterapi, socioterapi och familjeterapi m.m. Attityderna och förhållningssätten mellan olika personalkategorier och mellan dessa och patienter/anhöriga måste förändras. Många av insatserna rör etiska frågor bl.a. när det gäller användning av tvång och tvångsåtgärder. Insatser måste också inriktas mot att finna former för den särskilda lagstiftning som måste finnas inom psykiatrin.

Regeringen anser att dessa insatser bör ske i första hand multinationellt – främst via WHO – men också bilaterala insatser bör komma i fråga. Sverige och de övriga skandinaviska länderna har ett gott rykte och respekten för vår psykiatri, våra psykiatriska handlingsmönster och vårt psykiatriska kunnande är stor. Det finns också ett stort intresse bland de svenska psykiatrikerna att – delvis också i form av ett nordiskt samarbete – medverka till att främja utvecklingen inom det psykiatriska området i närliggande delar av Östeuropa.

Inom ÖEK planeras en konferens med olika svenska och baltiska m.fl. psykiatriker för att analysera behovet av svenska insatser och för att utforma en strategi för utbyggnaden av dessa. Bl.a. gäller det att stödja auskultations- och kursverksamheten i Sverige för läkare och annan sjukvårdspersonal från Baltikum och den västerländska psykiatrin och för jurister m.fl. att studera sekretess- och etiska frågor inom lagstiftning m.m. Motsvarande konferenser och kurser bör senare hållas i berörda länder. Önskvärt är också att bygga upp modellinstitutioner, där det är möjligt att visa utvecklingen mot en västerländsk psykiatri, inriktad på bl.a. aktivering av de sjuka, familjeterapi, rehabilitering, dagaktiviteter, öppen vård och stödboende i olika former. Här bör också belysas relationen mellan den psykiatriska verksamheten och socialvården jämte arbetsmarknaden m.m.

I syfte att stimulera och stödja den psykiatriska utvecklingen i Östeuropa anser regeringen att särskilda tidsbegränsade medel bör anslås. Dessa bör dels kunna kanaliseras genom internationella organisationer, främst WHO, dels för bilateralt samarbete inom ramen för bl.a. ÖEK. Mot denna bakgrund föreslår regeringen att 5 miljoner kronor avsätts årligen under en treårsperiod som stöd till det psykiatriska utvecklingsarbetet i Östeuropa.

## 15 Statligt stöd inom psykiatriområdet

**Regeringens förslag:** Som stöd för genomförandet av de förslag som vi presenterar i denna proposition skall staten under en treårsperiod tillskjuta 400 miljoner kronor årligen under kalenderåren 1995 – 1997. Outnyttjade medel kommer dock att vara tillgängliga även efter denna tidsperiod eftersom medelsanvisningen sker genom reservationsanslag. Medlen bör anvisas under ett nytt reservationsanslag, Bidrag till psykiatriområdet.

**Skälen för regeringens förslag:** Kommuner och landsting har ett stort ansvar när det gäller att ge psykiskt störda vård, stöd och service. Detta ansvar gäller också finansieringen av insatserna. Staten har ett ansvar när det gäller att bedriva tillsyn, följa verksamhetens utveckling och bedöma dess effekter. För att underlätta genomförandet av de åtgärder som vi presenterar i denna proposition bör staten bidra med vissa tidsbegränsade ekonomiska stimulansåtgärder som skall avse följande:

- Bidrag för att underlätta omstruktureringen och vidareutvecklingen av socialtjänstens och psykiatrins arbetsformer.
- Bidrag för att stimulera metodutveckling, utbildning av personal och för att precisera innehållet i arbetet som personligt ombud för psykiskt störda.
- Medel avseende en översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården.
- Medel för rehabilitering av tortyrskadade flyktingar
- Medel för att förstärka samarbetet mellan socialtjänsten inklusive LVM-institutioner och hälso- och sjukvården.
- Utvecklingsbidrag för att stödja och stimulera bildandet av kamratstödande verksamhet för psykiskt störda
- Bidrag för att förbättra stödet till anhöriga till psykiskt störda.
- Medel till Socialstyrelsen för att följa upp och utvärdera resultaten av de åtgärder som föreslås i propositionen.
- Medel för att stödja utvecklingen av arbetsformer m.m. inom den psykiatriska vården i Östeuropa.

- Ökad ersättning från staten till sjukvårdshuvudmännen för psykoterapeutisk verksamhet fr.o.m. 1994.
- Särskilda medel inom stimulansbidraget till anordnande av grupp-  
bostäder m.m. förbehålls långvarigt och allvarligt psykiskt störda.

Sedan 1990 har staten och sjukvårdshuvudmännen varit eniga om att en särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet skall lämnas till sjukvårdshuvudmännen. Syftet med detta ekonomiska stöd är att möjliggöra för huvudmännen att genom vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för de försäkrade. Parterna har ansett det vara angeläget att denna ersättningsform förstärks betydligt under år 1994 och att beloppet höjs från 24 miljoner kronor till 39,5 miljoner kronor dvs. med 61 %.

Av det stimulansbidrag till anordnande av grupp-  
bostäder och andra alternativa boendeformer som riksdagen beslutade om i samband med den s.k. Ädelreformen skall 300 miljoner kronor per år från och med budgetåret 1994/95 förbehållas långvarigt och allvarligt psykiskt störda. Medlen skall anvisas under anslaget Stimulansbidrag till äldreomsorgen inom en total ram av 900 miljoner kronor.

#### *Bidrag för utveckling av arbetsformerna inom psykiatri och socialtjänst*

Enligt vår mening bör ett särskilt statligt bidrag utgå för de ökade kostnader som under en period kan uppkomma till följd av omstruktureringen och vidareutvecklingen av socialtjänstens och psykiatriens arbetsformer. Bidraget bör inte utgå till rena driftskostnader utan användas till förändringar i verksamhetsinnehåll och organisation. Bidraget bör uppgå till totalt 955 miljoner kronor och utgå i tre år.

#### *Medel för rehabilitering av tortyrskadade flyktingar*

Enligt regeringens mening bör åtgärder vidtas för att förstärka stödet till flyktingar och invandrare med svåra fysiska och psykiska skador förorsakade av tortyr och organiserat våld. Vi anser att 50 miljoner kronor bör avsättas för detta ändamål under budgetåret 1994/95.

#### *Medel för att förbättra vården och stödet till psykiskt störda missbrukare*

Vården och stödet till missbrukare med svåra psykiska störningar bör enligt regeringens mening förstärkas. Detta bör ske inom ramen för nuvarande ansvarsgränser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården där psykiatrien har ett tydligt vårdansvar också för missbrukare där missbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik. I syfte att förstärka samarbetet mellan socialtjänsten inklusive LVM-institutioner och hälso- och sjukvården bör totalt 45 miljoner kronor avsättas under en treårsperiod.



*Bidrag till anhörigstöd*

Ett statligt bidrag om totalt 45 miljoner kronor fördelat på tre år bör utgå för att förbättra stödet till anhöriga till psykiskt störda. Inom ramen för bidraget bör s.k. anhörigutbildningar prioriteras. Anhörigutbildningarna bör utformas i samråd med de anhörigas intresseorganisationer. Stödet skall även kunna ges som ett allmänt bidrag för att bygga upp nätverket runt den psykiskt störde.

*Bidrag till kamratstöd*

Ett utvecklingsbidrag på totalt 45 miljoner kronor fördelat på tre år skall utgå för att stödja och stimulera bildandet av kamratstöd i en i huvudsak brukarstyrd verksamhet för psykiskt störda. Verksamheten bör vara baserad på självhjälpsgrupper. Regeringen anser att bidraget skall utgå till klient- och anhörigorganisationer men även till andra organisationer som vill upprätta kamratstödande verksamhet.

*Bidrag till försöksverksamhet med personligt ombud*

För att förbättra stödet och servicen till personer med långvarig psykisk störning har vi föreslagit att det skall genomföras en försöksverksamhet med särskilda s.k. personliga ombud. Personligt ombud innebär att en särskild person skall ha ett klart definierat ansvar för att individens behov uppmärksammas och för att insatserna samordnas. Försöksverksamheten skall bedrivas i tre års tid. Innehållet i arbetet som personligt ombud bör dock enligt vår mening prövas och ges en mer utförlig utformning. Vidare bör de som skall arbeta som personliga ombud ges fortbildning.

Regeringen anser att ett statligt bidrag om totalt 24 miljoner kronor bör utgå för att stimulera metodutveckling, utbildning samt för att precisera innehållet i arbetet som personligt ombud.

*Internationell verksamhet*

I syfte att stimulera den psykiatriska utvecklingen i Östeuropa anser regeringen att totalt 15 miljoner kronor bör anslås under en treårsperiod.

*Medel avseende en översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården*

En översyn och analys av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården bör genomföras. Syftet med översynen bör vara att dels uppnå en ökad samsyn när det gäller kvalitet i den psykiatriska vården, dels att ta fram riktlinjer för hur innehållet i den psykiatriska vården bör utvecklas. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra den nämnda översynen och slutrapportera sitt uppdrag senast den 1 mars 1997. För detta ändamål bör totalt sex miljoner kronor avsättas.

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att följa upp och utvärdera bl.a. resultatet av de åtgärder som föreslås i denna proposition. Socialstyrelsens uppdrag skall – i de fall annat inte anges – slutrapporteras till Socialdepartementet senast den 1 maj 1998. Riksrevisionsverket bör ges i uppdrag att analysera effektiviteten i tillsynen av vård, stöd och service till psykiskt störda. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt samordningen av tillsyn mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna. För dessa uppdrag bör totalt 15 miljoner kronor avsättas.

#### Sammanställning av de statliga stimulansåtgärderna

De tidsbegränsade statliga stimulansåtgärder m.m. som vi föreslår utfaller därmed enligt följande (miljoner kronor):

	1995	1996	1997	1995 - 1997
Utveckling av arbetsformerna inom socialtjänst och psykiatri	285,0	335,0	335,0	955,0
Rehabilitering av tortyrskadade flyktingar	50,0			50,0
Psykiskt störda missbrukare	15,0	15,0	15,0	45,0
Anhörigstöd	15,0	15,0	15,0	45,0
Kamratstöd	15,0	15,0	15,0	45,0
Personligt ombud	8,0	8,0	8,0	24,0
Stöd till Östeuropa	5,0	5,0	5,0	15,0
Översyn av innehållet i den psykiatriska vården	2,0	2,0	2,0	6,0
Uppföljning, utvärdering	5,0	5,0	5,0	15,0
<b>SUMMA</b>	<b>400,0</b>	<b>400,0</b>	<b>400,0</b>	<b>1 200,0</b>

Medlen bör anvisas under ett nytt reservationsanslag, Bidrag till psykiatriområdet.

### 16.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

#### 21 a §

Genom de föreslagna ändringarna förtydligas att kommunernas skyldigheter enligt paragrafen omfattar människor med såväl *fysiska* som *psykiska* funktionshinder. En viktig uppgift för kommunerna är att genom uppsökande verksamhet kartlägga vård- och servicebehov hos människor med funktionshinder som inte själva söker kontakt med socialtjänsten. Detta gäller inte minst i förhållande till de människor med psykiska störningar som inte heller har kontakt med psykiatrin. Kartläggningen skall syfta till att människor med funktionshinder får del av den service och den vård som de har rätt till. Kommunerna skall också fortlöpande bedöma om givna insatser är de rätta för den enskilde hjälpbehövande. Med beaktande av den enskildes rätt till integritet har kommunerna sedan i förekommande fall att initiera att behövliga insatser förmedlas till den enskilde.

Syftet med kommunernas planering skall vara att tillgodose funktionshindrade människors behov av boende, service och vård. I planeringsarbetet skall kommunerna sträva efter att samordna de insatser som genomförs för den enskilde. Med iakttagande av sekretesslagens bestämmelser skall kommunerna i detta arbete samverka med landstingen samt andra samhällsorgan och organisationer.

### 16.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

#### 6 §

Möjligheten till frivilliga överenskommelser om ett kommunalt betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning, enligt den tidigare lydelsen av lagen, ersätts med ett obligatoriskt kommunalt betalningsansvar för viss långvarig psykiatrisk vård. Detta ligger i linje med vad som gäller i fråga om den somatiska långtidssjukvården och medicinskt färdigbehandlade patienter inom landstingens enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård. Betalningsansvaret omfattar långvarig psykiatrisk vård oavsett om den meddelas av landsting eller av enskild vårdgivare som bedriver en aktiv psykiatrisk vård och där landstinget tidigare svarat för kostnaderna för vården.

Kommunernas obligatoriska betalningsansvar preciseras enligt *första stycket* till de medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i sluten psykiatrisk vård. Patienten är att anse som medicinskt färdigbehandlad när han kan få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Om vård och stöd utanför sjukhuset, t.ex. psykiatrisk öppenvård och socialtjänst, ännu inte har anpassats tillräckligt

till de behov som finns hos långvarigt och allvarligt psykiskt störda så skall patienten ändå anses vara medicinskt färdigbehandlad i de fall han i princip kan få sina vårdbehov tillgodosedda utanför institutionen. Bedömningen skall därför i varje enskilt fall grundas enbart på patientens behov av den kvalificerade psykiatriska dygnetruntvård som slutenvården skall tillhandahålla.

Genom att det krävs att patienten skall ha vårdats sammanhängande mer än tre månader innan den tidpunkt vid vilken han diagnostiseras som medicinskt färdigbehandlad begränsas betalningsansvaret till personer med långvariga psykiska störningar. Vården är att betrakta som sammanhängande även om patienten under de tre månaderna beviljats permissioner eller av annan anledning vistats utanför vårdinrättningen under viss tid.

Med sluten psykiatrisk vård avses dels sådan vård som givits i frivilliga former enligt *hälso-och sjukvårdslagen (1982:763)*, dels sådan vård som givits med stöd av *lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård - LPT* eller *lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård - LRV*. Det förhållandet att psykiatrisk vård för en patient, som diagnostiseras som medicinskt färdigbehandlad enligt denna lag, under de tre månaderna helt eller delvis givits med stöd av den psykiatriska tvångslagstiftningen utgör således inte hinder mot att patienten skall omfattas av det kommunala betalningsansvaret. En annan sak är att betalningsansvaret inte i något fall kan omfatta de patienter som *fortfarande* är i behov av tvångsvård.

Även efter det att patienten bedömts vara medicinskt färdigbehandlad och ansvaret övergått på kommunen att förse patienten med den service och det stöd som han är i behov av ute i samhället, kvarstår emellertid landstingens *medicinska* ansvar. Detta ansvar kan avse bl.a. sjukvårdande behandling i öppen vård i form av psykoterapi, psykiatrisk sjukgymnastik, medicinsk rehabilitering, medicinkontroller och läkarbesök. Uppräkningen är inte avsedd att vara uttömmande.

Av *andra stycket* framgår att bedömningen av om patienten är medicinskt färdigbehandlad skall göras av en läkare med specialistkompetens i psykiatri. Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap 3 § brottsbalken med särskild utskrivningsprövning, stadgas i 16 § LRV att frågan om vårdens upphörande skall prövas av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller ansökan av patienten. För att en sådan patient skall kunna komma att omfattas av det kommunala betalningsansvaret krävs således dels att rätten finner att förutsättningarna för tvångsvårdens upphörande är uppfyllda, dels att en läkare bedömer patienten som medicinskt färdigbehandlad i den mening som avses i denna lag. På motsvarande sätt förhåller det sig för de patienter som vårdas med stöd av LPT eller med stöd av LRV utan beslut om särskild utskrivningsprövning och där frågan om vårdens upphörande kommer under domstols prövning. En grundläggande förutsättning för inträde av det kommunala betalningsansvaret i de fall patienten genomgått tvångsvård är med andra ord att chefsöverläkaren eller i förekommande fall domstolen genom en lagakraftvunnen dom funnit att förutsättningar för sådan vård inte längre föreligger. Detta följer av innebörden av begreppet

*medicinskt färdigbehandlad* och av de särskilda förutsättningar som gäller för vård enligt LPT eller LRV och har inte ansetts nödvändigt att ange särskilt i lagtexten.

#### 7 §

Regleringen i paragrafen innefattar en avvägning mellan intresset av att kommunens betalningsansvar i praktiken skall komma att innefatta alla medicinskt färdigbehandlade patienter i psykiatrisk långtidsvård och hänsynen till att kommunen måste få någon tid på sig att ombesörja patientens vård och omsorg. Mot bakgrund härav har varseltiden bestämts till två veckor. Slutdagen för varseltiden styrs av bestämmelserna i *lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid*. Detta medför bl.a. att om slutdagen infaller på en söndag, annan allmän helgdag, lördag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton, så inträder betalningsansvaret närmast följande vardag.

Man kan utgå ifrån att landsting och kommuner kommer överens om sådana rutiner för anmälan och mottagande av anmälan att det inte skall behöva uppkomma några problem om från vilken dag varseltiden skall räknas. Någon viss form för anmälan har inte föreskrivits. Huvudsaken är att landstinget förvissas sig om att anmälan kommer behörig person hos kommunen tillhanda.

#### 8 §

I paragrafen anges hur ersättning för vård som ges av ett landsting beräknas. Ersättningen skall utgå med ett belopp som motsvarar den genomsnittliga självkostnaden i respektive landsting för den psykiatriska vård som omfattas av betalningsansvaret. En kommun och ett landsting kan dock komma överens om att differentiera ersättningarna beroende på vilken kvalitet eller kategori av vård som betalningsansvaret tillämpas för. Ersättningarna skall då om inte annat överenskomms motsvara den genomsnittliga självkostnaden för olika kategorier av psykiatrisk vård. I dessa fall bör en differentierad ersättning kunna fastställas för patienter som vårdas inom exempelvis psykiatrisk långvård och psykiatrisk klinikvård.

Av *andra stycket* framgår att regeringen genom verkställighetsföreskrifter avses fastställa de aktuella beloppen.

#### 9 §

I paragrafen regleras ersättningen för vård vid enskilda vårdinrättningar. Ersättningen för sådan vård skall utgå med det belopp som motsvarar landstingets kostnader för vården.

#### 11 §

Ändringen i paragrafen är av redaktionell art.

13 §

Genom den nya 6 § har den tidigare möjligheten till frivilliga överenskommelser om ett kommunalt betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning, ersatts med ett obligatoriskt kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inom långvarig psykiatrisk vård. Nu förevarande paragraf har omarbetats i enlighet härmed. I övrigt är ändringarna av redaktionell art.

14 §

Ändringen är av redaktionell art.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 24 mars 1994.

Närvarande: statsminister Bildt, ordförande och statsråden B. Westerberg, Friggebo, Johansson, Laurén, Hörnlund, Olsson, Svensson, af Ugglas, Dinkelspiel, Hellsvik, Wibble, Björck, Davidson, Könberg, Lundgren, Unckel, P. Westerberg

Föredragande: statsrådet Könberg

---

Regeringen beslutar proposition 1993/94:218 Psykiskt stördas villkor

