

SOCIALUTSKOTTET

Socialutskottets offentliga utfrågning om
samverkan inom psykiatriområdet

Den 13 november 2001

RIKSDAGENS SOCIALUTSKOTT

Socialutskottet anordnade den 13 november 2001 en offentlig utfrågning om samverkan inom psykiatriområdet.

Socialutskottet har under det senaste året tagit initiativ till att tematiskt studera frågor rörande psykiatri. Syftet har varit att skaffa sig djupare kunskaper på området. Studiebesök har genomförts på fem orter i landet enligt följande:

Sundsvall den 10–11 april 2000. Information om verksamheten vid Psykiatriska kliniken, Sundsvalls sjukhus. Vidare fick utskottet tillfälle att studera bl.a. kommunens psykiatriverksamhet, särskilt frågor om samverkan, nätverksarbete och anhörigstöd.

Malmö den 5 mars 2001. Vid studiebesöket lämnades bl.a. information om barn- och ungdomspsykiatri, missbrukssituationen i Malmö samt frågor om rättspsykiatri.

Lund den 6 mars 2001. Programmet omfattade bl.a. utvecklingen inom både det barn- och ungdomspsykiatriska och det vuxenpsykiatriska verksamhetsområdet samt utvecklings- och forskningsaktiviteter inom det psykiatriska verksamhetsområdet.

Uppsala den 3 april 2001. Vid detta besök behandlades bl.a. frågor om barn med speciella behov, äldrepsykiatri, flyktingar inom psykiatrisk vård, rehabilitering av psykiskt funktionshindrade och rättspsykiatri.

Regionsjukhuset Karsudden den 29 maj 2001. Vid besöket diskuterades bl.a. arbetet med en sammanhållen vårdkedja.

Utskottet kunde konstatera att frågan om vikten av samverkan mellan olika huvudmän och eller verksamheter aktualiserades vid studiebesöken och beslöt därför att anordna en offentlig utfrågning på temat samverkan inom psykiatriområdet. Frågor om samverkan har också behandlats i Samverkansutredningens betänkande SOU 2000:114. I samband med behandlingen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (proposition 1999/2000:149) underströk socialutskottet vidare vikten av samverkan mellan psykiatrin, socialtjänsten och primärvården (2000/01:SoU5). Regeringen har vidare aviserat att den avser att i mars 2002 överlämna en proposition om samverkan mellan landsting och kommuner till riksdagen.

Utfrågningen skall ses som ett led i utskottets uppföljande och utvärderande verksamhet. Utskottet bedömer att vad som sades under utfrågningen är av så allmänt intresse att det bör göras tillgängligt för en vidare krets. Därför publiceras här en utskrift av utfrågningen.

Stockholm i februari 2002

Ingrid Burman

Monica Dohnhammar

Offentlig utfrågning i riksdagen på temat Samverkan inom psykiatriområdet tisdagen den 13 november 2001

Deltagande inbjudna:

Överläkare Ulf Malm

Länssjukhuset i Sundsvall

Chefsöverläkare Kimmy Lindholm

Universitetssjukhuset MAS Malmö

Verksamhetschef Gun Helmersson

Professor Sten Levander

Verksamhetschef Bengt Sternebring

Universitetssjukhuset i Lund

Divisionschef Lena Eidevall

Överläkare Konrad Rosman

Uppsala läns landsting

Professor, psykiatrichef Frits-Axel Wiesel

Bitr. psykiatrichef Lasse Fredriksson

Klinikchef Ing-Marie Wieselgren

Regionsjukhuset Karsudden

Verksamhetschef Kenth Persson

Socialstyrelsen

Medicinalrådet Helena Silfverhielm

Docent Claes-Göran Stefansson

Specialsakkunnige Lars Hellgren

Statens institutionsstyrelse

Planeringsdirektör Gun-Marie Pettersson

Planeringssekreterare Margareta Wihlborg

Landstingsförbundet

Avdelningschef Ulf Bley
Utredare Gunilla Román

Svenska Kommunförbundet

Direktör Britta Rundström
Sektionschef Anita Sundin
Förbundssekreterare Ingrid Söderström

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Förbundsordförande Jan-Olof Forsén
Förbundsjurist Anders Printz

Schizofreniförbundet

Förbundsordförande Rakel Lundgren
Kanslichef Ann-Marie Thordeman
Projektledare Kerstin Evelius

Socialdepartementet

Statssekreterare Mikael Sjöberg
Departementssekreterare Anna Haglund
Departementssekreterare Kerstin Jansson
Departementssekreterare Mats Nilsson
Departementssekreterare Sandra Ognjanovic

Från socialutskottet deltog:

Ingrid Burman (v), ordf.

Chris Heister (m), förste vice ordf.

Susanne Eberstein (s), andre vice ordf.

Margareta Israelsson (s)

Rinaldo Karlsson (s)

Chatrine Pålsson (kd)

Leif Carlson (m)

Conny Öhman (s)

Hans Hjortzberg-Nordlund (m)

Lars U Granberg (s)

Elisebeht Markström (s)

Rolf Olsson (v)

Lars Gustafsson (kd)

Kenneth Johansson (c)

Kerstin Heinemann (fp)

Lars Elinderson (m)

Lotta N Hedström (mp)

Utfrågningen ägde rum i förstakammarsalen

Socialutskottets utfrågning om samverkan inom psykiatriområdet

Ordföranden: Jag ska börja med att hälsa er alla varmt välkomna till socialutskottets utfrågning på temat samverkan inom psykiatriområdet.

Socialutskottet har under det senaste året tagit initiativ till att tematiskt studera frågor som rör just psykiatri. Vi har gjort det för att skaffa oss en djupare kunskap på området. Som ett led i detta arbete har vi genomfört en rad studiebesök vid olika psykiatriska verksamheter i landet. Vid dessa besök har vikten av samverkan mellan olika huvudmän och verksamheter aktualiserats.

Frågor om samverkan har också behandlats i Samverkansutredningen och dess betänkande SOU 2000:114. Socialutskottet har i samband med behandlingen av den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården understrukit vikten av samverkan mellan psykiatri, socialtjänst och primärvård.

Det är mot denna bakgrund som socialutskottet har beslutat att hålla en öppen utfrågning. Avsikten med utfrågningen är att få en samlad rapportering från vårdarna för de olika studiebesöken om de möjligheter och de problem som finns beträffande samverkan mellan olika huvudmän eller verksamheter. Vi har bjudit in andra berörda intressenter för att de ska kunna kommentera frågor som rör just samverkan. Vi har också ansett att det är viktigt att få frågor om forskning på området belysta och inleder därför vår utfrågning med ett forskningsperspektiv.

Med denna bakgrundsbeskrivning ber jag än en gång att få hälsa er alla varmt välkomna. Jag överlämnar ordet till vår första medverkande, överläkare Ulf Malm. Varsågod!

Ulf Malm: Ärade ordförande! Utskottsledamöter! Mina damer och herrar! Tack för inbjudan. Jag ska tala om ett ämne som jag har kallat för evidensbaserad integrerad psykiatri. Den grupp av klienter det handlar om är personer med svåra och komplexa psykiska störningar.

En kort beskrivning av mig själv finns i ett cv som de som vill kan titta på senare. De senaste åren – sedan 1994 – har jag varit engagerad som svensk ledare för ett forskningsprojekt som kallas för OTP. Jag ska berätta lite mer om det sedan.

Först tänkte jag redogöra för kunskapsläget. Sedan kommer goda nyheter från ett nytt stort forskningsprojekt. Därefter tänkte jag uppehålla mig vid hur det ska gå till att överföra erfarenheter från forskning till praxis. Ni ska också få mina åsikter och reaktioner om samverkan på individ- och systemnivå. Jag ber er redan från början notera att man nog bör diskutera individnivå och systemnivå var för sig. Sedan gäller det att smälta samman detta.

Enligt den främsta internationella forskning som har redovisats i vetenskaplig litteratur uppnås de bästa resultaten när det gäller behandling av personer med svårare psykiska störningar av olika slag – de flesta lider av psykos – med den s.k. ACT-modellen. Det är möjligt att utskottet redan väl känner till begreppet.

En *case manager* personifierar det arbetssättet i dess viktigaste funktionella del, nämligen den där modellen i praktiskt arbete möter klienten.

Ett karakteristiskt inslag i detta arbetssätt är att man jobbar i samhället. Man planerar och fattar beslut gemensamt med klienten. Det finns kontinuitet vad gäller personkontakterna. Den som är *case manager* koordinerar alla insatser som görs i det sociala nätverket. Det handlar om att samordna både insatser och personer. Man arbetar i aktivt uppsökande team. Det är fråga om små team med fem till tio personer. Man ska vara tillgänglig och fungera som ombudsman för klienten när det gäller dennes rättigheter. I många sammanhang blir man lärare, förebild och problemlösare.

Den modellen är internationellt välkänd och beskriven. Jag har själv och med många andra stött och blött frågan vad det ska heta på svenska. Vi har kommit fram till att man, eftersom det är en internationellt använd beteckning och en global rörelse, avsiktligt kan bibehålla det engelska uttrycket *case manager*. Man tillgodoser det behov av skandinavisk och internationell kommunikation som finns och kan utveckla och tillämpa *case management* i Sverige.

Sedan vill jag kommentera frågan om personliga ombud. Utöver arbetet med att försöka tillämpa *case management*-modellen håller vi i Sverige nu på att införa personliga ombud – det känner alla väl till – vilka ska fungera som ett slags utökade personliga assistenter m.m. för personer med psykiska funktionshinder. De ska ha kommunen som huvudman men ändå vara fristående. Som jag ser det finns det god anledning att tro – jag hoppas att ni ska inse det när jag har presenterat detta arbetssätt – att de nyinrättade personliga ombuden på ett värdefullt sätt kommer att komplettera och hjälpa dem som är *case manager* som en del i klientens sociala nätverk.

Anhöriga har redovisat goda erfarenheter av både personligt ombud och *case manager* som i Sverige ofta kallas kontaktperson. Det är inget nytt på det sättet.

Jag tänkte i ganska snabb takt visa några *power point*-presentationer. Dem har man varit vänlig nog att göra kopior av, så de finns hos var och en.

”Evidensbaserad” är ett ord som jag kommer att använda mig av och hoppas att ni kan diskutera innebörden av under resans gång.

Jag kommer alltså från Göteborgs universitet och neurovetenskapliga institutionen på Sahlgrenska. (*Bild 1*)

Integrerad psykiatri kallas denna tillämpning. Om ni undrar vad ACT betyder kan jag säga att det är *assertive community treatment*. Översatt blir det ungefär aktivt uppsökande samhällsbaserad behandling. Integrerad psykiatri är en tillämpning av denna modell. I detta sammanhang är integrerad psykiatri en metodik. (*Bild 2*)

Forskningsprojektet visade oss att man fick bättre resultat för samma summa pengar som vård, social service och sjukersättning för patienten skulle ha kostat.

Det behövs ganska lite för att detta ska gå att genomföra. Det är möjligt nu. (*Bild 3*)

Vad är guldevidens? Det bygger på tanken att man får de säkraste resultaten från behandlingsstudier när en ny behandlingsmetod jämförs med den bästa etablerade metoden. Det är det som anses ge de säkraste resultaten. Det är det jag kallar för guldevidens. Det är ett ord jag själv har hittat på, men det var säkert någon annan som kom på det före mig. (Bild 4)

Vi har alltså i detta projekt fått guldevidens för hur ett första steg mot bättre vård kan tas med denna nya metodik. (Bild 5)

RCT kallas det när man jämför. Det är en förkortning för *randomized control trial*. Det innebär att man lottar patienter mellan två program. Sedan följer man upp – i vårt fall efter två år – hur det har gått. Vi lottade alla schizofrenipatienter som var mellan 18 och 55 år. Om ni inte redan känner till det har ni nu fått en introduktion i vad det är.

OTP står för *optimal treatment project*. Det handlar om att hitta en balans mellan olika insatser och organisera på rätt sätt. På denna bild visar jag en lista på tre arbeten som min presentation bygger på. (Bild 6)

Vad är då evidensbaserad psykiatri? Det gäller bästa forskningsevidens, som har synnerlig vikt vid patientnära forskning, klinikerns experterfarenhet och patientens värderingar. Läger man ihop det kan kunskapen leda till optimal effekt och optimal livskvalitet. Resonemanget kommer från David Sackett, som är en av de ledande när det gäller evidensbaserad medicin. (Bild 7)

Till vänster på bilden som gäller guldevidens har vi forskningssammanhanget. Det är ett guldmynt ni ser. Vi har bilden i en euroversion, fast den har jag inte tagit hit. Jag visste inte riktigt om den passade. Svårigheten är att kliva från forskning till praxis. Det har visat sig vara jättesvårt. Det är inte alls lätt. Det har man kommit underfund med överallt i världen. Jag hoppas att vårt forskningsprojekt kan bidra till ett genomförande. (Bild 8)

Man kan likna kombinationsbehandlingsprogrammen vid en seglats, där man har mediciner, träning och samtalsterapier som huvudsegel. Man har ett framsegel som är systemet. Det är den som är *case manager* som är rorsman. Läkaren och klienten är med resten av resursgruppen i besättningen. Det är viktigt att klienten bestämmer seglatsens mål. (Bilderna 9 och 10)

Här är några resultat från studien. Det var två huvudresultat. Det blev bl.a. bättre social funktion efter två års deltagande i programmet än efter deltagande i ett bra öppenvårdsprogram. Denna bild visar en skala som kallas för GAF. Allt sådant kan ni få detaljinformation om, om ni är intresserade. Det är ett mycket använt mått på social funktion. Det är statistiskt säkerställda skillnader. (Bild 11)

Det ljusblåa fältet gäller integrerad psykiatri, och det mörkare blå – det kan vara turkos eller violett – är jämförelsegruppen.

När det gäller brukartillfredsställelse fann man samma sak. Här har man använt en skala som innehåller åtta olika punkter som man följer. Man fick statistiskt säkerställd högre brukartillfredsställelse. (Bild 12)

Den bild ni nu ser visar en kurva, precis som på den bild som visade guldmyntet. Den belyser hur man efter en utredning – patienten kommer från primärvården – gör upp en personlig plan. (*Bild 13*)

Resursgruppen är en samling personer runt klienten som bl.a. klienten väljer ut. Man använder omväxlande ”klient” och ”patient” därför att socialtjänsten väljer ”klient” och sjukvården ”patient”. Det är roller, och det betyder ingenting annat. (*Bild 14*)

Planen genomförs tillsammans med resursgruppen. Den träffas regelbundet var tredje månad. I den deltar läkaren, den som är *case manager* och viktiga huvudpersoner.

Man gör regelbundna utvärderingar. Målet är att patienten så småningom ska kunna sluta vara patient och gå över i egenvård och slutligen kunna leva ett självständigt liv.

Vad är det då som gör att det blir skillnader mellan integrerad psykiatri och bästa kliniska öppenvårdspraxis? Jo, det är klanen eller resursgruppen. Jag kallar det för klan för att det funkar internationellt – i såväl Afrika som USA.

Man har en plan för personlig utveckling. Man lär ut problemlösning. Det sker träning i kommunikation, och det förekommer stresshantering och psykoterapi av kognitiv typ.

Jag vill gärna framhålla att det inte handlar om att dela ut dyra fiskrätter, som vi har gjort väldigt mycket. Det har lagts mycket pengar på psykiatri i Sverige. Man måste lära folk att fiska. Dessutom menar jag att man också ska lära dem att segla.

Det jag visar här är en skiss som John Hoult, en av pionjerna när det gäller behandlingsforskning, gjort. Han gjorde en av de första stora studierna i Australien på 80-talet. Jag träffade honom för ett år sedan och sade: Kan du tala om för mig hur det skulle se ut om jag skulle presentera något för våra riksdagspolitiker? Jag visste inte då att jag skulle på detta möte. Då ritade han en skiss. Jag har översatt till svenska. Idén är att man har ett samlat utförandeansvar, och det är förankrat i evidensbaserad psykiatri. Så kan det se ut om man förtydligar vad det står. (*Bilderna 15 och 16*)

Soc-team och psykteam arbetar ihop. Ett 24-timmars kristeam tar emot patienten eller klienten. Teamet är också portvakt när det gäller intagning på sjukhus. Man har alternativa sängplatser i samhället. Man kan göra akutkrisinsatser i patientens hem. Man för över patienten till ett ACT-team för långvarig behandling och rehabilitering. ACT betydde *assertive community treatment*. Samma läkare ska vara inblandade om patienten kommer in på avdelning.

Jag summerar: Forskningsprojektet visade att man fick bättre resultat för samma summa pengar. Det är en mycket detaljerad ekonomisk analys som är gjord av en grupp forskare och hälsoekonomer. (*Bilderna 17 och 18*)

En annan sak som vi har gjort är en beslutsanalys av psykiatriområdet i Sverige. Vad visade den analysen? Den visar att det behövs ett radikalt omtänkande, och det är det värsta. Radikalt omtänkande är jättesvårt när det

gäller vård, organisationer och verksamhet. Men det är det vi har kommit fram till. Det gäller både organisation och innehåll. (Bild 19)

Regeringen och riksdagen måste ta initiativ till lagstiftning, informations-spridning och utbildning för att det ska gå att genomföra integrerad psykiatri. Här är några idéer. Det kan gälla att skapa små samlade sömlösa enheter under samma ekonomiska och organisatoriska tak enligt det jag kallar för Houltsskissen. Det skulle kunna vara ett möjligt första steg. Det är också ett evidensbaserat steg. (Bild 20)

På basen av patientnära evidensbaserad forskning – det är nämligen det vi har bedrivit – finns det goda nyheter om psykiatriområdet på individnivå. Vi har sett att det går bättre för de patienter som är med i programmet. Men vad är det på systemnivå som man behöver göra, som vården inte kan göra själv? Hur skulle regering, riksdag och socialstyrelse kunna underlätta seglatsen? Det här är några av mina åsikter. Målet bör vara att lära klienten att segla och fiska själv. Detta är helt obegripligt för dem som inte har hört resten av föredraget, men jag hoppas att ni förstår vad jag menar. Man ska inte dela ut dyrbara fiskrätter. Det ska vara tydliga *incentive*, och de ska stödja den som är *case manager*. Det ska vara små men ändå rätt stora segelbåtar. (Bild 21)

Kvalitets- och kontrollutveckling har jag inte nämnt förut, men det är väldigt viktigt att man positionerar sig hela tiden, precis som ute till havs. Det bör man göra med en datorstödd teknologi på enhetsnivå. Det var det tredje av våra arbeten, som jag nämnde inledningsvis. Vi har ett dataprogram som den som är *case manager* eller det enskilda teamet kan arbeta med.

Min reaktion är att forskningen på biomolekylär-, individ- och systemnivå äntligen har bekräftat det sunda förnuftet. Det är en märklig upptäckt man ska göra när man har hållit på med detta i 40 år.

Det finns en informationsfolder som lite utförligare beskriver vad resursgrupp och *case manager* är, och där det står en del om forskningen. (Bild 22) Där finns också referenser till arbeten. Jag har med ett femtiotal, så det finns för dem som är intresserade. Jag kommer att dela ut dem efteråt. Tack så mycket.

Ordföranden: Tack för det. Vi kommer som sagt att få tillfälle till frågor senare under dagen, så vi tackar Ulf Malm. Då lämnar jag över ordet till chefsöverläkare Kimmy Lindholm, som kommer från Länssjukhuset i Sundsvall. Varsågod!

Kimmy Lindholm: Jag heter Kimmy Lindholm och kommer alltså från Sundsvall. Jag har varit chefsöverläkare i ungefär tre månader, så jag var inte med på det besök som socialutskottet gjorde för ett och ett halvt år sedan på kliniken. Jag är inte alls säker på att jag kan svara på eventuella frågor eftersom jag inte har varit med så länge som chefsöverläkare.

Psykiatriska kliniken i Sundsvall har präglats av att vi har haft ett mental-sjukhus – Sidsjöns sjukhus – som var klinikens föregångare. Fortfarande präglas denna kultur av det omhändertagande som skedde tidigare. Det är många som förväntar sig att sjukvården ska ta hand om allt. Det gäller både patienter och allmänhet och ibland t.o.m. en del vårdgrannar.

Men åtminstone sedan 70-talet har det funnits en uttalad vilja att samverka med samhället utanför. Man påbörjade tidigt utslussning till egna boenden av patienter från Hamsta sjukhem – ett sjukhem för relativt lättskötta psykiatripatienter.

Dagens psykiatriska verksamhet är förändrad. Jag ska beskriva nuläget, och sedan ska jag ta upp samverkansformerna och frågan om personligt ombud, som ni ville höra om. Jag ska också ta upp några orosmoln inför framtiden.

Landstinget i Västernorrland består i dag av tre sjukvårdsförvaltningar. Tidigare fanns det fyra. Till Härnösand/Medelpad hör alltså Sundsvall, Timrå, Ånge och Härnösand med 145 000 invånare. Sedan några år tillbaka har vi ett slutenvårdsansvar för Kramfors/Sollefteå med ytterligare 45 000 invånare. I dag står vi inför det faktum att även stora delar av Örnsköldsviks slutenvård kommer att överföras till Sundsvallskliniken, med 55 000 invånare. Det har vi försökt kämpa emot i Sundsvall. Skälet är att det bara finns en specialist i Örnsköldsvik, och man har inte varit framgångsrik vad gäller rekrytering av doktorer där. Vi kommer nu att få ett länssjukvårdsansvar, trots att antalet psykiatrer hos oss är oförändrat. Det är 15 specialister och 2 under utbildning.

I Västernorrland råder det också brist på psykologer och sjuksköterskor. Dessutom råder det brist på resurser till psykiatrin, vilket något som jag tror heter Nysamutredningen har påvisat. Det fattas i storleksordningen 30 miljoner kronor jämfört med jämförbara län. Det mesta av detta fattas i norra delen, framför allt i Kramfors och Sollefteå, men också i Örnsköldsvik.

Vid kliniken finns i dag drygt 70 slutenvårdsplatser. Vi har en avdelning för särskilt vårdkrävande patienter med åtta platser, och där kommer denna vecka antalet platser att minskas till sex. Rättspsykiatriska regionkliniken kommer att belägga två av platserna plus två överbeläggningar i samband med att man flyttar till en nybyggd sjukhusbyggnad. Där ryms inte alla inskrivna i dag.

Nu går jag över till samverkansformer och tar upp några korta punkter. I samband med psykiatrireformen gjorde psykiatrin och kommunerna gemensamt en stor utbildningssatsning – den som hette *Mer än bara ord*. Där var en stor del av personalen både från socialpsykiatrin och sjukhuset involverad.

En annan utbildning som vi har haft och som har riktat sig från kliniken utåt är anhörigutbildningen. Den erbjuds fortlöpande liksom också utbildning för barn till psykiskt sjuka.

I många års tid – med nuvarande sammansättning i ungefär tio års tid, dvs. med början långt före psykiatrireformen – har vi haft regelbundna möten mellan sjukvårdsförvaltning och socialtjänst från respektive kommun. Från sjukvårdsförvaltningen deltar sjukhusdirektören, chefsöverläkaren från psykiatrin och primärvårdschefen med respektive medhjälpare. Från kommunerna är det socialchefen, områdeschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Dessa grupper benämns efter namnet på kommunen. Det blir SSS för Sundsvall, SST för Timrå osv. I dagsläget har vi bara fyra. Nu är frågan hur

det ska bli med de andra kommunerna framöver. Vi brukar träffas två gånger per termin och kommun, så det kan bli en anseelig mängd när det blir fler kommuner.

Dessa grupper har lång erfarenhet av att diskutera olika gemensamma problem, och redan före psykiatireformen hade man gemensamma projekt. Under lång tid har man till dessa möten hänfört frågor i besvärliga individärenden. Man har lagt frågorna på bordet, och så har man kunnat lösa många kniviga ärenden och hittat kompromisslösningar där man tidigare har haft låsta positioner.

I samband med psykiatireformen slöts ett avtal mellan landstinget och kommunerna. Detta avtal innehöll frågor om utbildning, handledning och gemensam verksamhetsutveckling. En del i detta avtal rörde den gemensamma vårdplaneringen, och vi införde rutiner för det. När den samordnade vårdplaneringen infördes behövde vi bara göra justeringar i det tidigare avtalet.

Vårdplaneringen påkallas genom faxmeddelande till socialtjänsten, och gemensam vårdplanering ska alltid genomföras för patienter i slutenvård. Dessa rutiner kan vi också använda i öppenvård, men det görs relativt sällan.

Ett problem för slutenvården utgör betalningsansvarslagen, där det för medicinskt färdigbehandlade patienter krävs tre månaders slutenvård innan kommunens betalningsansvar inträder. I vissa speciella fall har vi tyckt att kommunerna ibland har gömt sig bakom detta och att patienter som saknar egen bostad blivit kvar på avdelningen trots att de inte längre varit i behov av sluten psykiatrisk vård.

Under några år efter psykiatireformen var problemärendena så pass många att samarbetet mellan parterna blev lidande. Vi tillsatte då en tjänst på kliniken på halvtid för en av kuratorerna att ansvara för att gemensamma vårdplaneringar görs med god framförhållning, att utskrivningarna verkställs och att vårdtiderna hålls nere. Vidare ska samarbetsrutiner påskyndas och nätverksarbete initieras. Allt detta har inneburit att de besvärliga personärendena i stort sett har försvunnit från de övergripande samverkansmötena – SSS, SST osv.

Vi har två korttidsvårdsavdelningar, tidigare allvårdsavdelningar. Där pågår sedan flera år tillbaka funderingar när det gäller att minska slutenvården ytterligare genom mobil verksamhet som ska förhindra inläggningar. Viss utvärdering som gjorts här har visat att detta minskar slutenvården för en del grupper. Minskad slutenvård kräver förvisso ytterligare ökad samverkan med kommunerna. En svårighet för en länsklirik blir att antalet kommuner att samverka med blir stort. Kommunernas verksamheter skiljer sig också ibland markant från varandra. Erfarenheten visar också att ju längre avståndet till kommunen är, desto svårare blir samverkan. Till Örnsköldsvik är det 18 mil. Patienter som transporteras med polis enligt LPT kommer dessutom att få byta transport, kanske flera gånger under resan, vilket man kan tycka är mycket tveksamt ur en humanitär synvinkel men det beror på polisens begränsade resurser.

Utskottet har önskat att vi ska beröra frågan om personligt ombud. I Västernorrland har flera tjänster nyligen tillsatts, med början nu den 1 januari. I Sundsvall är det tre heltidstjänster. I Timrå och Härnösand är det en 75-procentstjänst för vardera – förhoppningen är att man får en utökning till heltider. Ånge vill inte vara med; man anser att man inte har behov av det. Kramfors har ansökt om pengar. Hur det är i Sollefteå och Örnsköldsvik vet jag inte. De kommer att påbörja en utbildning som, såvitt jag förstår, är gemensam för hela landet, med början i mars, så det dröjer innan de här personerna börjar jobba.

Sett till hur verksamheterna i dag ser ut har landstinget mobil verksamhet, som mer utgår från avdelningarnas behov. Syftet är att förhindra inläggningar och att medverka vid utskrivningar och hjälpa till med medicinering. Vidare har vi våra öppenvårdsmottagningar, som delvis har andra målgrupper. Sedan har vi kommunerna som har socialpsykiatriska åtgärder med boendestödsgrupper, särskilda boenden och dagverksamhet. För övrigt kan jag säga att en del av de här boendestödsgrupperna fungerar väldigt bra.

Länsstyrelsen är inblandad i detta med personligt ombud. Själv tycker jag att det är tveksamt att så många är inblandade eftersom det blir så många att samverka med. De försök som gjorts med personliga ombud har visat på goda resultat, men då fanns väl knappast kommunal socialpsykiatrisk verksamhet värd namnet eller mobila verksamheter som exempelvis psykiatrin.

Som förhoppningsvis framgått av redogörelsen har samverkan i Västernorrland i det stora hela tidigt fungerat bra, och fungerat allt bättre med åren. Det finns många goda rutiner för hur man ska lösa problem, men det finns också en hel del orosmoln.

Enligt avtalen ska organisatoriska förändringar tas upp i de samverkansgrupper som jag tidigare talat om. Men i en kommun t.ex. har man av besparingsskäl minskat bemanningen på ett särskilt boende med fyra tjänster. Det här boendet var ursprungligen en av långtidsvårdsavdelningarna på kliniken. Hela avdelningen med all personal och alla patienter, som det var då, har flyttat ut till ett samlat boende. Vi har alltså redan skatteväxlat, och kommunen har tagit över ansvaret för omvårdnaden. Slutenvårdsbehovet har ökat för minst en av de boende; det har vi märkt på kliniken. Kostnaderna får alltså åter tas av landstinget.

Ett väldigt oroande exempel finns i Härnösand, Ängecenter, som finns sedan ädelöverenskommelsen, "gammelädel", och som blivit särskilt boende i Härnösands kommun. Där bor 74 personer, av vilka 45 personer har beslut om omvårdnad motsvarande 1 ½ sjuksköterska per år. De har också tillgång till insatser av sjukgymnast och arbetsterapeut. Socialförvaltningen har nu meddelat att Ängecenter övergår från särskilt boende till eget boende. Samma personer med samma omvårdnadsbehov bor kvar och har fått sina beslut om bistånd för särskilt boende ändrade till insatser i eget boende – dvs. hemtjänsten; ansvaret för de här sjukvårdande åtgärderna övergår direkt med det beslutet till landstinget, som en gång har skatteväxlat om detta.

I Sundsvall har vi särskilt boende för äldre psykiatriska patienter där skatteväxling skedde i samband med psykiatireformen. Där har antalet av naturliga orsaker minskat, och man drar ned på platsantalet. Men de här resurserna som en gång kom från psykiatrin tycker vi borde omvandlas till resurser till nya grupper, t.ex. ungdomar med behov av stöd i det egna boendet av boendestödsgrupper. Framför allt bör man inte se detta som besparingar i kommunen.

Sten Levander: Hej valda ombud och andra! Jag skulle egentligen inte ha varit här, och den som skulle ha varit här är vår chef. Jag kommer från en verksamhet i Malmö som just har kraschlandat, nämligen Malmöpsykiatrin. Skälet är att chefen försökte effektuera era, de folkvaldas, beställningar; därför kraschade vi alltså. Den viktigaste orsaken till kraschen var att vi var på väg mot en psykiaterfri psykiatri utan slutenvård. Det var inte avsikten, men så blev det. 80 % av läkarna skrev på en misstroendeförklaring, och sedan fick chefen gå. Nu står vi utan ordinarie chef, och framtiden ser dystert ut. Vi behöver analysera varför vi kraschade, av samma skäl som att engelska lokförare aldrig behöver strejka när de är missnöjda – det är bara att följa regelverket, och gör man det fungerar ingenting; tågen står stilla.

Ulf Malm hade en positiv vision av framtiden. Jag däremot är, som vanligt, mer dystert och kritisk. Den dysterteten är också forskningsbaserad. Vi kan titta på Malmöproblematiken. Malmö är landets värsta stad i de flesta avseenden. Det är en mycket segregerad stad med landets högsta kriminalitet per invånare, med undantag av Helsingborg. Alla utländska medborgare som begår brott registreras i Helsingborg. Därför är Helsingborg värst, men i realiteten är det Malmö som är värst. Malmö är en stad med mycket missbruk och, som sagt, mycket segregation. Vi har inte resurser som motsvarar denna belastningsfaktor. Psykiatrens resurser fördelas inte i enlighet med någon sorts belastningstal utan på annat sätt, ibland på obegripliga sätt. Detta är *ett* problem.

Vi fick vår chef år 1990. Han var då rekryterad från en radikal psykiatrisk verksamhet i Blekinge och hade visioner som stämmer väldigt väl med de politiska ambitionerna. Han försökte genomföra det här, och det knäckte Malmöpsykiatrin. Visionen var retorisk. Ni folkvalda är ju vana vid retorik. Jag lever i en värld av sakförhållanden och logisk analys – försöker i alla fall. När ni pratar gäller det att prata omkull folk, inte att kritiskt ifrågasätta vad ni själva tror. Kärnan i vetenskaplig verksamhet är dock att just se på den egna verksamheten på ett kritiskt sätt och ifrågasätta den. Först när man falsifierar något som man tror på vet man mer; det är vetenskap.

Tyvärr är det så att den här retoriska inställningen till psykiatrin är baserad på, tycker jag, en idylliserande och dåligt kunskapsförankrad syn på de svårast sjuka patienterna inom psykiatrin.

Vår chef försökte genomföra den s.k. Bostonrehabiliteringen. Den stämmer väldigt väl med allt som ingår i retoriken. Den satsningen har kostat Malmö och Malmöpsykiatrin ca 75 miljoner. Vi ska nu försöka utvärdera det hela, men det tycks inte gå. Efter tio år har man lyckats utvärdera 1 patient för

ingång i studien. Tanken var att vi skulle ha 100 patienter och 100 kontroller in i studien ungefär nu. 1 patient är alltså inne i studien – ingen kontroll. 10 av 11 förefaller tacka nej. 11 är tillfrågade och 1 har blivit utvärderad, så det här är inte så lätt. Visionerna stämmer inte riktigt.

I en stor artikel för några år sedan försvarade Margot Wallström psykiatireformen. Jag tog mig friheten att räkna värdeomdömen i den och hittade 30 sådana. Psykiatrin fick 10, brukarorganisationerna 10 och kommunerna 10 värdeomdömen. Alla 10 omdömena om psykiatrin var negativa. Alla 10 värdeomdömena om brukarorganisationerna var positiva. För kommunerna blev det 50–50. Säger det något om regeringens syn på psykiatrin? Är vi helt enkelt Askungen? Ministern tyckte inte att det sades någonting om detta i den efterföljande debatten och menade att det var en dum idé att räkna värdeomdömen, att sådant inte säger någonting. Jag menar att det säger någonting – psykiatrin har misshandlats av er, och de som forskat har misshandlats extra mycket.

Om två veckor disputerar en av mina doktorander på en avhandling om schizofrena patienters livskvalitet. Doktoranden är inte man och inte läkare, utan kvinna och kurator. I början av 1990-talet arbetade hon inom vår tunga slutenvård på det som fanns kvar av det gamla mentalsjukhuset i Malmö, Malmö östra sjukhus, och ville börja forska på de patienter som hon ständigt såg i sin dagliga verksamhet. Hon vände sig till sin moderinstitution, institutionen för socialt arbete, vid Socialhögskolan i Lund. Där informerades den förvånade kuratorn om att schizofreni inte fanns, utan att det är en social konstruktion. Då kom hon till mig och började forska, och nu är hon färdig. Observera att det är sådana institutioner som står för socialtjänstens forskningsverksamhet och forskarutbildning! Det är alltså två fullkomligt skilda världar. Vi förutsätts samarbeta förtroendefullt och nära därför att vi behöver paramedicinerna inom psykiatrin och behöver samverka med vårdgrannar. Men hur ska vi kunna göra det när man säger att vi inte finns, att det vi sysslar med inte finns utan att det bara är ondskefulla sociala konstruktioner? Från den medicinska sidan tänker vi naturligtvis inte ändra oss. Vi har 200 års forskning i ryggen. De har kanske 10.

Sedan kan man också fråga: Finns det medicinskt färdigbehandlade patienter – detta sliter vi ständigt med – och finns det sådana som har psykossjukdomar? Blir man alltså frisk? Jag såg att Ulf Malm skrivit "frisk", men det tror jag inte ett ögonblick på. Man blir inte återställd, lika sällan som patienter som råkar ut för svåra skullskador – kanske en fjärdedel eller måhända en tredjedel av fallen. En stor majoritet är skadade för livet. Schizofreni är vår vanligaste psykossjukdom. Två av tre av dessa patienter drabbas av en kronisk funktionsnedsättning som i vissa avseenden – främst långsammare tänkande och störda s.k. exekutiva funktioner, som jag senare ska förklara – motsvarar en medelsvår utvecklingsstörning, dvs. en intelligenskvot omkring 50. Det säger sig självt att sådana patienter inte är färdigbehandlade. Resten av livet behöver de både medicinskt och socialt stöd.

Exekutiva funktioner kan liknas vid det som en verkställande direktör gör i ett företag – att leda och fördela hjärnans arbete, att dokumentera vad man gör t.ex. i form av minnesspår, och att planera för framtiden och lösa problem. Denna kunskap är ganska ny, även om några vetat det här länge. På 1800-talet ansågs det vara självklart att det var så här. Efter år 1996 finns det en meta-analys av detta; det går inte längre att förneka att det är så här. Vid en meta-analys lägger man ihop många goda kliniska undersökningar till en sammanfattande slutsats. Den säger att så här ser det ut.

Ytterligare ett problem är att den här typen av kognitiva problem, dvs. nämnda reduktion av vissa intellektuella funktioner, också medför en reducerad insikt i sin egen sjukdom, i sin egen problematik. Detta kan illustreras av att min doktorand inte kunde påvisa några mätbara skillnader i subjektivt bedömd livskvalitet mellan personer som var kvar på mentalsjukhus, som levde i gruppboende, som fanns i behandlingskollektiv eller som bodde i egen lägenhet. Kan man i så fall fråga dem vad de önskar sig? Och vad betyder i så fall svaren?

Vi har ett problem här. Dessa patienter har nedsatt autonomi och begränsad insikt. Vi ska inte tillbaka till paternalismen, men på något sätt måste vi lösa problemet. Det räcker inte med retorik och med att säga att alla är friska.

En annan fråga är hur det ser ut i Malmö. Vad får våra schizofrena patienter? Jo, ensamhet och segregation. Min doktorand har plottat in alla Malmö-psykiatrins kända schizofrena patienter på en karta över Malmö. Det finns en stor variation mellan bostadsområdena. Det finns, för att travestera ett obehagligt citat, schizofrena områden. Det finns också områden med en uttalad ansamling av schizofrena patienter.

Vad är det som karakteriserar områden där det bor väldigt många schizofrena patienter? Jo, otrygghet, social segregation, låg ekonomisk standard, hög kriminalitet och mycket våld. Vi vet att patienter med denna sjukdom far illa av stress och återinsjuknar. Ändå hamnar de i de här områdena. Vi vet också att de har en betydligt högre kriminalitetsfrekvens än friska – särskilt gäller det våldsbrott: minst tre gånger högre. Invånarna i områden med många schizofrena patienter får en extra dos otrygghet som de ganska distinkt kopplar till att det finns personer i området som uppträder konstigt och hotfullt. Det här är en social kostnad som vi har, men som vi inte borde ha. Vi borde börja titta på detta och skapa ett segregationsindex och sedan jobba aktivt på att förändra detta.

I Malmö är för närvarande hälften av våra manliga psykospatienter missbrukare. Det lägger ytterligare en börda på oss som vi egentligen inte riktigt kan hantera. Vi har dåligt utvecklade missbrukskunskaper inom psykiatin. I den mån det finns speciella enheter, som vi har i Malmö och som är väldigt väl fungerande, har vi nästa problem: att den vanliga psykiatin ska samverka med missbruksvården. Men nu tror jag att vi får till det med en enhet för dubbeldiagnoser.

Ett annat problem är de här patienternas, som vi tror, tidiga död. Vi miss-tänker nämligen att de dör unga på grund av komplikationer till följd av sin

livsstil. De flesta röker numera, är överviktiga och motionerar sällan. Hälften av de manliga patienterna är dessutom, som sagt, missbrukare. Detta betyder att en stor andel utvecklar åldersdiabetes i unga år och dör av komplikationer till den sjukdomen. Andra dör i självmord eller tillfogar sig själva olika typer av skador. I Malmö är mindre än 10 % självförsörjande. Under 50 % lever med andra. Få har meningsfulla fritidsaktiviteter, och träffar väldigt få personer. Denna verklighet låter sig inte trollas bort med ord, med ordmagi.

Jag och många av mina kolleger förundras över den verklighetsbeskrivning av psykiatri som vi får av politiker och makthavare. Samtidigt har vi under 1990-talet haft en väldigt snabb kunskapsutveckling både när det gäller orsaker till den här typen av störningar och när det gäller möjligheter att behandla, bl.a. med olika typer av multimodala program, som Ulf Malm nämnde.

Problemen med Bostonrehabiliteringen, som alltså har misslyckats i Malmö, är att det inte finns några anvisningar om behandlingselement utan detta innehåller bara själva flödet, i vilken ordning saker och ting ska göras, inte vilka komponenter som ska ingå – t.ex. träning i problemlösning, i att fungera i ett vardagssamtal, i att inte uppföra sig socialt avvikande etc.

Ett annat problem som är relaterat till insikt och som särskilt är kopplat till rättspsykiatri är den våldsamma ökningen i medelvårdtider för rättspsykiatri, innebärande att vi i Malmö har fått ett nytillskott på ungefär 60 patienter under de senaste två åren. Det betyder att vi i flera omgångar varit tvungna att utvidga antalet vårdplatser. Nu måste vi återigen bygga 24 nya vårdplatser – hur vi nu ska göra det. Vår vårdplatstfria psykiatri fungerar alltså inte.

Samtidigt har vi problemet att vårdtiderna är för långa därför att vi inte får ha tvång i frihet. Där är det svårt att förstå varför socialministern gick emot den parlamentariska utredning som föreslog just detta. Det hade hjälpt oss och fått fler människor ute utan riskökning. Skäl som angavs var, såvitt jag kan se, enbart retoriska. Det är trist.

Den kliniska medicinska forskningen i allmänhet är i kris och den psykiatriska i svår kris. Det beror på att psykiatrins nya organisation delvis har isolerat läkare från kollegialt stöd och gjort det svårt eller omöjligt att bygga upp en kritisk intellektuell massa. Den är nödvändig för en fungerande klinisk forskningsverksamhet. Utan kunniga psykiater fungerar inte psykiatri och inte heller samarbetet med vårdgrannarna, och inte går det att rekrytera. I Malmö, som borde ha mycket lätt att rekrytera psykiater, har vi 30 % vakanser. Detta är fullkomligt obegripligt.

Psykiatri har nu i sin huvudfåra samma krav på evidensbaserad kunskap och behandling som andra medicinska discipliner. Det innebär att våra ideologiska motsättningar inom psykiatri har minskat, men inte relativt socialtjänsten och vissa andra vårdgrannar, t.ex. fängelsesystemet.

Det betyder att ni bör kunna lita mer på vad vi säger. Vi är mer evidensbaserade än tidigare. När det gäller rättspsykiatri ligger en ny lagstiftning framför oss. Den ska ersätta den synnerligen dysfunktionella lagstiftning som vi har i dag och som egentligen genomfördes mot bättre professionellt vetande åren 1990–1991. Det stora uppdraget blir att serva fängelserna därför att de

kommer att få fler psykiskt störda än tidigare. Vi måste ha helt nya strukturer för att hantera det. Där är jag förstås också bekymrad eftersom det vanligtvis inte går att samarbeta för folk som har tillgång till olika fack i plånboken. Om det är samma plånbok men det är olika fack fungerar det inte. Det bör alltså vara en väldigt tydlig ansvarsfördelning när det gäller betalningsansvaret. Man får hoppas att vi, med ett statligt betalningsansvar för de rättspsykiatriska patienterna, kan serva fängelser och rättspsykiatriska vårdenheter mycket bättre än som nu är fallet. Just nu liknar det fattigauktioner.

Summan av det jag säger är alltså: Mer kunskap behövs och mindre retorik. Ni kan börja lita på psykiatrin. Numera vet vi vad vi talar om, och vi är tämligen eniga i de stora frågorna.

Lena Eidevall: Jag ska dela min talartid med överläkare Konrad Rosman.

Till professionen är jag barnpsykiater. Jag är divisionschef för barnpsykiatri och vuxenpsykiatri. Geropsykiatrin ligger i en annan del av vår organisation. Jag hade tänkt hinna säga något om det ni frågade om, nämligen om hinder och möjligheter och om hur vi ser på detta med samverkan. Först en kort vinjett över var i världen vi befinner oss.

Som Sten Levander sade befinner vi oss i Skåne. Vi finns strax norr om Malmö. Skåne är just nu ett experimentfält för en helt ny form av styrning som naturligtvis har förändrat vår karta ganska radikalt, på gott och ont naturligtvis. Men alla stora förändringar innebär att mycket av det samverkansarbete som har funnits nu får söka sig nya vägar. Man förlorar ganska mycket tid. Den region som vi befinner oss i är ganska komplex och stadd i kraftig förändring. Det är, som sagt, ett nytt styrsystem. Regionen som sådan har en stark inflyttning. Vi har en stor andel invandrare som huvudsakligen befinner sig i Malmö, Landskrona och Helsingborg men även i övriga delar av regionen. Vi har ett ökat missbruk och en ökad dödlighet i missbruk. Vi tror att vi har en förändrad epidemiologi när det gäller många av våra psykiatriska problem, oavsett vilken åldersgrupp vi pratar om.

Inom vårt sjukhus serverar vi 10 av de 33 kommunerna i Skåne. De här kommunerna är egentligen ett helt spektrum av de olika typer av bygd som finns – från ren landsbygd till tungt belastad storstad. Det ställer ganska stora krav på dem som ska befinna sig i samverkan att det är väldigt olika typer av förhållanden – olika typer av epidemiologi, olika typer av befolkning och olika typer av människor som man ska samverka med. Problemen finns naturligtvis, som alltid, just i gränssnitten.

Jag ser att det finns väldigt många goda förutsättningar, goda möjligheter, för samverkan. Möjligheterna bygger, som alltid, på god kunskap, god vilja, ett stort intresse och ett starkt engagemang. Man har gemensamma mål mellan olika verksamheter, gemensamma idéer om vad som ska hända. På de allra flesta ställena inom barnpsykiatri, vuxenpsykiatri och geropsykiatri har man, precis som det sades om Sundsvall, sedan lång tid tillbaka etablerat möten – etablerade träffar och tidpunkter; man vet vilka som ska träffas.

De här möjligheterna finns, men som jag ser det finns det många hinder på många olika nivåer; detta oavsett vilken åldersgrupp vi talar om eftersom det

egentligen är samma typ av grupper av patienter som vi talar om, nämligen de svårast sjuka, de svårast störda, som ofta har multifunktionella problem – multihandikapp, om man vill uttrycka det så. När det gäller barn är det ofta fråga om en kombination av svåra neuropsykiatriska störningar – utagerande beteende eller självskadebeteende i kombination med svår personlighetsstörning – och en väldigt svår social situation. När det gäller vuxna är det naturligtvis huvudsakligen fråga om schizofrenigruppen och kroniska psykoser. Vad gäller de äldre handlar det om demenssjukdomarna. Här finns det många likheter där nätverket ofta fullständigt sviktar. Det är en oerhört komplicerad problematik där alldeles för många på samma gång är inne och rör och styr på samma gång.

Vi har många samverkansnivåer. Jag skulle vilja peka på två exempel på hinder.

Dels gäller det den nationella handlingsplan som tagits upp här. I vår region har vi från professionen under det år som gått över huvud taget inte varit med i någon som helst diskussion med politiker och beslutsfattare kring vad medlen ska användas till och hur man ska tänka runt samverkan. Som divisionschef på det största sjukhuset i Skåne och som representant för psykiatrin tycker jag att det känns ganska deprimerande att vi inte varit med i någon diskussion om den nationella handlingsplanen.

Dels har jag ett litet exempel från en av våra småkommuner, en kommun där samverkan fungerar väldigt väl mellan primärvård och psykiatri och mellan socialtjänst och psykiatri men där man i sina samverkansavtal har beslutat att psykiatrin ska utbilda primärvårdsläkare i kunskap kring depressioner, kring nya kunskapsfält kring det här. Men primärvårdsläkarna hinner aldrig komma till utbildningen, så det hela faller på så enkla saker. Gång på gång bestäms tider, men de har ingen möjlighet att komma eftersom primärvårdsläkarna i sin dagliga verksamhet är överlupna med arbete.

Sedan tänkte jag helt kort säga något om några olika idéer som jag har kring vad man skulle kunna göra. Vi rör oss på så många nivåer här. Naturligtvis finns det en mängd goda exempel från så att säga lägsta möjliga nivå. Där fungerar det ju ofta väldigt bra. En tanke är att man borde anordna regelbundna gemensamma utbildningar mellan huvudmännen och mellan olika verksamheter. Vad Sten Levander förut tog upp är oerhört viktigt; det finns ju en stor kunskapsutveckling på många fält på samma gång. Risken är stor att de går i var sin riktning och att man över huvud taget inte kommunicerar med varandra om vad den här kunskapsutvecklingen egentligen är. Där tror jag att vi måste ha gemensamma utbildningsinsatser.

Jag tror att en tanke för att sprida goda exempel skulle kunna vara att göra ett slags katalog i varje sjukvårdsdistrikt eller region. Den skulle kunna innehålla de goda exempel som finns och visa vilka patienter man samverkar kring och hur exemplet ser ut. Man borde alltså ha en sorts idébank – man kan kalla det så – där man oavsett var man arbetar kan gå in och se och tänka: Jaha, det här jobbar de med. Titta så bra! Det skulle vi också kunna göra.

Varje kommun skulle också behöva göra en systematisk genomgång tillsammans med sina vårdgrannar av vilka områden som det finns problem på när det gäller samverkan, och hur man skulle behöva komma åt dem för att lösa problemen.

Överläkare Konrad Rosman: Jag vill inleda med att tacka för inbjudan. Jag ska försöka belysa ett par aspekter av samverkan och samverkansproblem.

Man kan säga att psykiatrireformen har lika många ansikten som det finns kommuner. Var och en har löst detta på sitt sätt. Bristen på styrning i detta avseende är minst sagt oroande. Precis som det finns – som vi har hört tidigare – s.k. medicinskt ansvariga sjuksköterskor som i kommunen betraktar och har ansvar för medicinhantering så borde det även finnas en boendeansvarig och en sysselsättningsansvarig som kan utpekas. Det är svårt att följa upp det hela och se var ansvaret för olika delfunktioner som en följd av psykiatrireformen ligger någonstans.

I Lund och i delar av Skåne ser vi nu en gigantisk utflyttning av patienter till s.k. privata vårdhem. Den brist på slutenvårdsplatser som psykiatrin har fått erfara har av flera olika skäl, bl.a. ideologiska, lett till en smygprivatisering av den slutna vården. Det är en smygprivatisering som sker kontinuerligt, utan upphandling, många gånger utan insyn osv. Vi har lagt över detta på andra vårdgivare. Varje år skapas nya miljonärer i vårdhemsbranschen på denna patientkategori. I stället borde vi i psykiatrin tillsammans med kommunen ha fortsatt ansvar för denna grupp och kunna implementera nya metoder och följa upp dem på ett klokt sätt.

Problemet som ligger bakom detta fenomen, som jag tror är rätt så nationellt, är som jag tidigare sade bristen på slutenvårdsplatser. Men det är också bristen på boende i våra kommuner. Bygger man inte ut boende för denna grupp så måste den placeras någonstans, och det är oftast den svårast sjuka gruppen som man skickar i väg 20–30 mil från de anhöriga. Det är också 20–30 mil från det ställe som de sedermera ska rehabiliteras tillbaka till. Har då patienten missbruksproblem, vilket många i den här gruppen har, så är karusellen i gång igen när han eller hon kommer tillbaka till sin ursprungsmiljö. Patienten börjar missbruka igen. Ofta kan man inte generalisera det som man har lärt sig i en helt annan miljö till att gälla i den hemmiljö som man sedermera ska vistas i.

Det är gigantiska pengar som forsar ut i denna kanal. I stället borde man låta oss som har den professionella kunskapen bygga ut och hantera frågorna. Detta är en utveckling som har skett utan att någon egentligen har fäst uppmärksamhet vid just detta fenomen.

Vi i psykiatrin måste naturligtvis också betrakta oss själva självkritiskt när det gäller samverkansfrågor. Vi skulle kunna göra ännu mer för kommunerna om kommunerna byggde upp ett större antal boenden. Vi skulle kunna serva dem bättre. Vi skulle kunna ha akutteam för boende i kommunerna på ett helt annat sätt än nu i många delar av Sverige – det är jag övertygad om. Vi skulle kunna hantera medicineringsfrågor i olika typer av gruppboende och kunna hitta former inte bara för integrerade öppenvårdssteam, som det talades om

här i början, utan även för integration vad avser boende för de svårast psykiskt sjuka med de missbruksproblem som de många gånger har.

Nu tvingas vi skriva ut patienterna för tidigt till hyresvärdar, som ibland vräker dem på grund av deras störande beteende. Ibland, i det bättre fallet, lyckas man hitta privata vårdhemsplatser. Det som då händer är att denna grupp börjar missbruka och kriminaliseras i allt större omfattning. Ytterst finns det ett politiskt ansvar för det system som är konstruerat på detta sätt.

Professor och psykiatrichef Frits-Axel Wiesel: Jag vill tacka för inbjudan och för att jag fått möjlighet att prata inför socialutskottet omkring psykiatri i ett Uppsalaperspektiv. Jag kommer från Akademiska sjukhuset, där vi har en samlad psykiatri. Vi har ansvaret för både barn, ungdom och vuxna med subspecialiserad vård. Vi tycker att det är en fördel att ha ett samlat ansvar också när det gäller samverkan.

När jag hör en del av de andra föredragshållarna här så funderar jag på om vi lever i en annan värld i Uppsala. Riktigt så dystert tycker jag nämligen inte att situationen är hos oss. Den ligger nog närmare Ulf Malms framställning. Visst finns det problem, men de är uppenbarligen olika i olika delar av landet.

Låt mig börja med att säga något allmänt om psykiatri i svensk sjukvård. Det är viktigt att poängtera att våra patienter har ett stort lidande. Det är kanske också därför vi samlas här i dag. Vi kan säga att lidandet säkert är större hos psykiatriskt sjuka patienter än hos somatiskt sjuka. Lidandet är ju en psykisk upplevelse, och att vara psykiskt sjuk är att ha störda psykiska upplevelser. Vi kan alltså förstå att våra patienter har det mycket svårt. (*Bild 23*)

Vi har mycket väl utvecklade evidensbaserade metoder inom psykiatri för att lindra patienternas besvär, för att bota och för att rehabilitera. Problemet är huruvida vi verkligen använder dessa evidensbaserade metoder i vår kliniska verksamhet. Det finns svårigheter att transformera forskning och kunskap ut till den praktiska vården. Vi har många hinder bland oss själva inom psykiatrin.

Tittar vi på det hela i ett samhällsperspektiv så finns det all anledning att diskutera psykiatriens ställning i svensk sjukvård. Den är nämligen den mest resurskrävande medicinska disciplinen – om vi tar med depressionssjukdomarna plus psykossjukdomarna. Det finns data från Världshälsoorganisationen som visar att de psykiska sjukdomarna är de mest resurskrävande. Detta märks inte i resursfördelningen till psykiatrisk vård.

Det finns olika svårigheter. Jag har listat några här. Stigmatiseringen är ett stort hinder för våra patienter i rehabiliteringen, men också i samverkan. Fördomarna finns kanske inom psykiatrin, men också hos våra samarbetspartner. På något sätt tar man inte de psykiska sjukdomarna riktigt på allvar. Det kanske inte är så svårt, tänker man, och att man kanske på något sätt kan rycka upp sig. De här föreställningarna är utbredda hos allmänheten, och jag tror att vi ska inse att de även finns bland oss själva.

Ett annat problem är detta med normalitet och sjukdom. Man kan ha beteendestörningar som kan vara kopplade till en normal funktion men också kopplade till en sjukdom. Det är där vårt arbete ligger. Vi ska försöka avgrän-

sa vad som är normalt och vad som är sjukdom. Det är därför vi bedriver diagnostik inom psykiatrin. Som ett exempel kan man ta det som Sten nämnde om social konstruktion. Man hävdar att uppmärksamhetsstörningar hos barn och ungdomar, ADHD, skulle vara en social konstruktion. Det kan man alltså utan vidare hävda inom vårt fält – utan någon kunskap. Man bara gör ett sådant påstående och säger att de beteendestörningar som man ser hos de här barnen är uttryck för normalitet, att de är en social konstruktion och inte uttryck för en sjukdom. Detta säger man trots att vi har mycket kunskap om detta och bevis för att ADHD är ett sjukdomstillstånd. Detta förekommer naturligtvis inte inom thorax- eller neurokirurgin. Det finns en problematik inom psykiatrin i och med att vi har olika skolor. Det är klart att det måste förvirra beslutsfattarna och allmänheten och rubba förtroendet för psykiatrin. Detta gör att vi har en extra problematik jämfört med andra delar av svensk sjukvård.

Jag tycker ändå att det har hänt någonting viktigt inom svensk psykiatri under de tio år som jag har varit psykiatrichef i Uppsala. Vi har ett paradigmskifte. Man kan koppla samman detta med vad Ulf Malm sade – det är konstigt att det pågår så mycket forskning och att man gör så stora ansträngningar för att komma fram till vad sunda förnuftet säger, nämligen att biologin och hjärnan hänger ihop med psykologin och omgivningen. Det är ju så självklart! Men det märkliga är att det inte har varit självklart, och fortfarande inte är det för alla grupper i samhället som sysslar med psykiskt sjuka. Har någon schizofreni så vet man att de biologiska faktorerna är den viktigaste faktorn, men det är klart att de andra faktorerna också spelar roll. Har någon fobi så är det psykologiska det viktigaste som tillsammans med omgivningen utlöser en fobisk reaktion. Men det blir ingen fobisk reaktion om inte hjärnan fungerar. Hjärnan styr nämligen våra upplevelser och lägger basen för dem. Det är självklart att allt hänger samman! Men det har varit svårt att förstå, och tyvärr är det fortfarande svårt inom vår egen profession. (*Bild 24*)

Jag brukar ibland tala om röda-lampan-psykiatrin, dvs. att man tycker att ingen ska bry sig om det som händer i det enskilda rummet mellan terapeuten och patienten. Det är bara något mellan terapeuten och patienten. Detta är ju ett verkligt hinder för samverkan, och det finns fortfarande kvar. Men vi är på väg ut ur det, och på så vis tycker jag att man kan säga att det verkligen har ljusnat under 1990-talet, när vi har kunnat lämna 1970- och 1980-talens ideologiska strider bakom oss.

Nu tänkte jag gå in mer direkt på själva problematiken omkring samverkan. Våra patienter med psykiska funktionshinder eller handikapp är i behov av många hjälpinstanser, t.ex. arbetsförmedling, god man, brukarorganisationer, psykiatrisk sluten- och öppenvård, tandvård, familj och anhöriga, boendestödjare, socialassistenter och biståndshandläggare m.m. I mitten på den bild jag visar här ser vi en figur som ska symbolisera patienten som blivit förvirrad av detta. Men det kanske också kan vara behandlaren, som tänker: Hur ska man kunna klara av alla dessa patienters behov på ett rimligt sätt? (*Bild 25*)

I Uppsala har vi för närvarande löst detta i en komplex organisation. På psykos- och rehabiliteringskliniken, som jag har tagit som ett exempel här, har vi olika typer av samverkansgrupper. Jag tänker inte på något sätt gå igenom dem här, men jag vill bara visa att vi har mer än tio samverkansgrupper för att kunna klara av patienternas behov. Man kan ju fundera på om det är en optimal organisation, och det är också någonting som vi arbetar med. Men detta att vi har så många intressenter för att hjälpa våra patienter har byggts upp successivt. (*Bild 26*)

Detta gäller förstås inte bara psykos- och rehabiliteringskliniken. Vi får samma bild för BUP-verksamheten och även för beroende- och allmänpsykiatri exempelvis. Men samverkansformerna i Uppsala är bäst utvecklade för psykos- och rehabiliteringskliniken och för barn och ungdom.

Hur kan då arbetet med samverkansgrupper yttra sig praktiskt och konkret i projekt? Ett projekt i Uppsala är ett mobilt team som finansierats av kommun och landsting. Det vilar ett ansvar på både kommun och landsting för att hjälpa patienter i såväl eget boende som i gruppboende. Man delar på kostnaderna för projektet som nu löper vidare. (*Bild 27*)

Det finns också ett annat projekt som vi kallar för studentprojektet. Uppsala har förhållandevis många studenter och är ju dessutom landets fjärde största stad. Just de åren då man läser – mellan 20 och 30 – är de år då man ofta insjuknar i psykosjukdom. Vi har lyckats få till stånd en samverkan med kommun, landsting och universitet för att just kunna hjälpa ungdomar att slutföra sina högstudier. Vi trodde kanske inte att man skulle vara så positiv på universitetet, men det har man glädjande nog varit. Man vill gärna hjälpa dessa ungdomar att kunna avsluta sina studier eller att komma fram till att det kanske inte var en bra sak att läsa på universitetet. (*Bild 28*)

Om man ska försöka lista vad som är positivt och negativt omkring samverkan så tycker jag att det har varit en styrka i Uppsala att vi har en central politisk beslutsgrupp för samverkan mellan landsting och kommun. Där gör man upp om resursfördelningar mellan kommun och landsting när det gäller vem som ska ta ansvaret. Sedan kan man därifrån ge direktiv till tjänstemän inom psykiatri och inom socialtjänsten exempelvis. Det har varit en väldig styrka att man har löst resurskonflikterna på den nivån. (*Bild 29*)

Psykiatrireformen var mycket positiv i vårt perspektiv. Det var nämligen den som öppnade ögonen för vikten och behovet av samverkan. Det är därifrån vi har byggt upp mycket av samverkansgrupperna. En viktig sak som man bestämt sig för är att göra en totalinventering av funktionshindrade patienter i hela länet. Uppsala har, som sades från Skåne, både ren landsbygd och storstad. Dessutom finns närheten till Stockholm, som i och för sig kan vara ett problem. Vi har kunnat kartlägga livssituationen för patienterna, vilka boendebehov de har och vilken hjälp med sysselsättning de behöver. Vi fick då en gemensam referensram för kommun och landsting. Detta gjorde vi nämligen tillsammans. Vi finansierade det solidariskt tillsammans. Det har skrivits rapporter, och alla är ense; de här behoven är reella och de måste tillgodoses på det ena eller andra sättet.

Det är en fördel med subspecialisering. Vi har en psykosklinik. Detta är också någonting som kommer fram i nationella riktlinjer för schizofrenins vård och behandling. Vi måste ha ett specialteam – ett psykosteam – med en sammanhållen organisation för slutenvård och öppenvård. Som jag ser det är det ett misstag när man klyver öppen- och slutenvård och sårar dem från varandra, vilket bl.a. sker i Stockholm. Det stämmer också väl överens med vad Ulf presenterade tidigare i dag.

Det positiva med samverkansgrupper är förstås också att man får många synpunkter och vinklingar på patienterna från olika kunskapsområden som är viktiga för patienten. Det negativa med många samverkanspartner är att det tar tid. Det blir många möten och mycket indirekt patientarbete, och det kan kännas frustrerande för dem som jobbar att inte träffa patienten utan i stället sitta i ständiga sammanträden. Så kan det kanske upplevas å ena sidan. Å andra sidan är detta viktigt. Men det är förstås inte positivt med så många sammanträden.

Ett annat problem i Uppsala är att vi har kommundelsnämnder. Det betyder att vi har splittrade resurser. En liten kommundelsnämnd har inte råd att bygga ett boende för enstaka patienter. Då måste man fatta ett övergripande beslut, och det förlänger processen att fatta beslut om boende om det måste upp på högre kommunnivå. Det kan också bli så att man gärna ser att patienten flyttar från området. Vi hade de här problemen i början, men jag tycker att vi har kommit ifrån den problematiken nu.

Ibland kan man tycka att framförhållningen är begränsad, framför allt vad gäller boendeformer. Tyvärr kan det bli så att våra patienter insjuknar i psykos igen och blir vräkt. Då kan de inte gå till landstingets akutmottagning och bli inlagda där. Vår slutenvård klarar inte av att härbärgera patienter bara för boendet – det finns inga möjligheter. Där kan det ibland brista i framförhållningen. Man måste ha tillgång till bostäder i akuta lägen.

Det som också kom fram vid inventeringen var att mer än 50 % av våra patienter klagade på bristande fritidsaktiviteter. Sten var också inne på detta lite grann. Många patienter sitter ensamma och isolerade, och de behöver få hjälp till fritiden. De har nämligen inte alltid förmågan att själva skapa sig en egen fritid.

Ett problem med samverkan är också att den är tidskrävande, som jag tidigare sade.

Jag har satt en parentes omkring en sak här på bilden jag visar. Skälet till parentesen är att jag har skrivit på ett avtal där vi är överens om att kommun och landsting ska samverka och att kommunen ska ha en boendeform för dömda patienter under permission. Så löser vi problemet med att patienterna måste ha träningsboende innan de kan skrivas ut definitivt. Detta ser jag själv som en fjäder i hatten för Uppsala – både för landsting och kommun.

Jag är mycket osäker på nyttan av personliga ombud. Jag delar Ulfs Malms syn på att den s.k. *case manager* ska finnas i behandlingsteamet. Jag vet inte vad det kommer att betyda om man bygger upp ytterligare en samverkansgrupp när det t.ex. i Uppsala län finns nio personliga ombud som ska ta an-

svaret för 1 200 patienter. Jag vet inte hur effektivt det blir. Är det rätt resurs-satsning? Den socialpsykiatriska forskningen ger inte stöd för att detta skulle vara särskilt effektivt.

En annan sak som jag tycker är ett problem för oss i Uppsala är de asylsökande. Vi vet att vi kan hjälpa dessa patienter, men när vi har hjälpt dem åter de tillbaka till sina flyktingförläggningar och återinsjuknar kanske i depression och får suicidtankar. Vår asylpolitik i det här landet skapar psykisk sjukdom! Det verkar inte som om Migrationsverket inser sitt ansvar för de här patienternas situation. Här är jag kritisk. (*Bild 30*)

Detta är ju inte C-läns invånare, utan en annan grupp. Det kan inte vara rimligt att C-läns invånare med sina skattemedel ska försörja de asylsökande. Det är en konstig konstruktion att man ska ha gratis sjukvård upp till 50 000 kr – ett mycket egenartat förfarande. Det borde förstås vara som för all annan riks- och regionvård, nämligen att man betalar från första dagen för de insatser som man får. Vem ska betala för de gömda flyktingarna? Uppenbarligen vill inte Migrationsverket, för flyktingarna är ju här illegalt. Det blir vi inom psykiatrin som får betala för dem, för räkningen hamnar hos oss. Detta är en annan orimlighet i systemet. Vi har problem med detta, och det blir många överläggningar. Man kan säga att de asylsökande tränger undan C-länsinvånarna. De asylsökande betalar inte fullt ut för sin vård och på det viset ställer de till rejäla problem. Vi tycker att detta är en angelägen fråga som måste ses över. Hur ska man ordna situationen för de asylsökande som nu befinner sig i ett orimligt system? Det är förstås i första hand mer en humanitär fråga än en ekonomisk fråga.

Avslutningsvis vill jag säga att samverkan i många stycken fungerar riktigt bra hos oss i Uppsala. Vi har kanaler, vi hittar varandra och vi kan diskutera hur vi ska gå framåt. För att fullfölja samverkan måste vi också fullfölja paradigmskiftet inom psykiatrin enligt de riktlinjer jag nämnde. Socialtjänsten måste se att en helhetssyn innebär att det finns psykisk sjukdom. Inom Uppsala socialtjänst har man inte den attityd som Sten Levander berättade om, utan man ser att det finns psykisk sjukdom som måste beaktas. (*Bild 31*)

Det måste till en förändring i asylpolitiken och på Migrationsverket.

Vi måste även fundera på det personliga ombudet. Är det rätt resurssatsning eller inte? Jag är tveksam.

Ordföranden: Innan jag överlämnar ordet är finns det en praktisk fråga. Vi kommer att publicera den här utfrågningen i riksdagens skriftserie. Det innebär att vi är väldigt tacksamma om vi kan få in de overheadbilder som ni visar eller få kopior på dem. Då kommer de in i en bilaga till denna skrift. Det är bra om ni har möjlighet att lämna in dem.

Då går vi vidare i programmet. Jag lämnar ordet till verksamhetschef Kenth Persson från Regionsjukhuset Karsudden.

Kenth Persson: Jag får tacka för inbjudan att komma hit och prata. Jag vill börja med att kommentera Ulf Malms positiva anslag. Jag står i grunden bakom det synsättet, och det behövs radikala förändringar inom både vård och socialtjänst för att man ska kunna lösa de här problemen. Men i grunden

tillhör jag nog ändå pessimisterna här i samlingen. Jag tycker att vi har stora problem på det här området.

Helt nyligen läste jag i en artikel i Läkartidningen om förändringsarbetet inom medicinkliniken på Södertälje sjukhus. Jag roade mig med att byta ut medicinkliniken eller motsvarande mot psykiatrin, och jag tyckte att det stämde helt och hållet. Det stod ungefär så här: Patienterna inom den slutna vården, dvs. sjukhusvården, har ändrat karaktär. De har allt oftare multipla obotliga och kroniska sjukdomar. Patienter med solitära medicinska problem, för vår del psykiatriska problem, som löses med psykiatrisk behandling, som i sin tur leder till att sjukhusvistelsen kan avbrytas och där patienten går hem utan funktionshinder eller där patienten kan gå hem och inte är i behov av hjälp från utomstående, blir alltmer sällsynta. De finns egentligen inte längre.

Den här beskrivningen av hur slutenvården fungerar är ju i sig ett exempel på att samverkan i alla möjliga former behövs. Det är ganska allmänt vedertaget att det finns ökad somatisk sjuklighet bland våra psykiatriska patienter. Det finns alltså ett stort behov av samordnade resurser mellan somatik och psykiatri, och jag tycker att vi är oerhört dåliga på detta. Våra psykiatriska patienter får inte adekvat somatisk behandling enligt min uppfattning. De lämnas därhän åt ibland läkarlösa psykiatriska öppenvårdsavdelningar. Man hänvisar patienten dit och säger att det finns doktor där. Som Sverige ser ut i dag finns det många psykiatriska mottagningar utan påtaglig medicinsk kompetens enligt min uppfattning.

Det finns naturligtvis även behov av att samverka mellan sjukvård och boende om man ska kunna slussa ut patienterna från slutenvården. De psykiatriska patienterna har ett stort behov av sysselsättning. Det är en önskan från oss som jobbar inom vården, men det är svårt att få till stånd i verkligheten.

Om vi sedan övergår till hur den psykiatriska vården är organiserad i dag, är det ju en allmän trend sedan många år att vi ska jobba i öppna vårdformer. Sedan finns det slutenvårdspsykiatri, dvs. sjukhusbaserad psykiatri, som på något sätt tycks vara av ondo. Jag har själv tidigare hoppat på tåget att man i princip skulle kunna avskaffa slutenvårdsresurserna. I dag är det min uppfattning att patienterna efterfrågar slutenvård, och vi inom vården tycker på något sätt att det inte är riktigt bra. Det är negativt. Det finns något slags negativ klang över slutenvård.

Jag tycker att vi ska vara mer lyhörda för vad våra patienter efterfrågar. Jag är naturligtvis inte förespråkare för att patienter ska vara inlagda på sjukhus i långa tider, men det är ett viktigt komplement till den vård som vi har att erbjuda. Ibland förstår vi oss inte riktigt på våra patienter och vad de egentligen efterfrågar. Vi hörde från Uppsala att man inte kan lägga in patienterna för att de tillhör Invandrarverket osv. Då tycker jag att man lite grann har tappat det som är vårdens syfte. Vi inom psykiatrin har ett särskilt uppdrag att vara humana och hjälpa våra patienter. Det kan faktiskt vara så att de behöver ha slutenvård ett tag.

Jag representerar en utsatt patientgrupp i samhället. Jag jobbar ju på Karuddens sjukhus. Det är Sveriges största sjukhus för rättspsykiatriska patien-

ter. I lagens mening har de en allvarlig psykisk störning. Det är inte alltid vi i vården delar den uppfattningen. Dessutom har de ofta en personlighetsstörning och ett antisocialt förhållningssätt. Det är vanligt att de har missbruksproblem. Det ligger i sakens natur att de åtminstone har begått något brott för att komma till oss. En del av dem är dessutom kriminellt identifierade. Såsom vår lagstiftning fungerar i dag är det egentligen allmänpsykiatriens uppgift att ta hand om de här patienterna. Sedan vet vi som är i vårdvardagen att det sällan fungerar riktigt så här. Men det är faktiskt så att det är allmänpsykiatri som ska ta hand om de här patienterna. Sjukhus av Karsuddens typ är egentligen ett undantag.

Jag vill peka på hur dåligt det fungerar när vi försöker slussa ut de här patienterna till allmänpsykiatri efter ibland flera års vårdtid. Vi tar kontakt med öppenvården, och naturligtvis, höll jag på att säga, hänvisar öppenvården till slutenvården. Och slutenvården hänvisar till öppenvården. Så där kan det hålla på ett tag innan vi till slut får tag i någon i öppenvården som ändå förstår att det är öppenvård vi vill ha för vår patient när vi ska slussa ut honom eller henne.

Sedan kommer nästa problem, nämligen att hänvisa till psykosteamet, missbruksteamet eller något annat team. I klartext är det ingen som vill ta hand om våra patienter. Det finns naturligtvis positiva situationer och det fungerar bra på en del ställen, men jag vill ändå generalisera och säga att detta är ett stort problem. Innan vi går vidare och kräver av socialtjänst och andra att de ska jobba och samverka med oss, måste vi inom psykiatri ta oss i kragen och samverka, och jag tycker inte att vi kan detta. Vi bollar runt patienterna. I klartext är de inte särskilt intressanta för den typ av psykiatri som har växt fram i dag med våra lagstiftares och politikers stöd. Vi har svikit en svår patientgrupp.

Jag vill alltså säga att det är uselt på det här området när det gäller samverkan mellan allmänpsykiatri och rättspsykiatri. Vi har samma uppdrag att ta hand om och hjälpa de här patienterna.

Min förhoppning på vad en sådan här diskussion kan leda till är inte att vi får en ny lagstiftning som kräver av oss att samverka mer och ta mer tid att sitta i möten. Det är många gånger både tråkigt och ointressant. Vad är det som pågår ute i vården? Folk flyr den offentliga vården. De söker sig till hyrbolag och liknande för att kanske få jobba mera med vårdfrågor. Naturligtvis måste det vara en samverkan, men vi håller på att hamna i något slags byråkrati där vården blir samrådsmöten och där de direkta patientkontaktarna faktiskt inte är hälften av en vanlig läkares arbetstid.

Jag hoppas att vi inte hamnar i en sådan situation igen.

Ordföranden: Tack för det. Då har vi hört representanter för de orter och de verksamheter där socialutskottet har gjort studiebesök. Vi övergår nu till att lyssna på andra viktiga intressenter när det gäller just samverkan och psykiatri. Först på den listan finns Socialstyrelsen och docent Claes-Göran Stefansson. Först har vi medicinalrådet Helena Silfverhielm. Varsågod!

Helena Silfverhielm: Även på Socialstyrelsen råder damerna först.

Fru ordförande! Övriga utskottsmedlemmar, mina damer och herrar och kolleger! Jag vill först presentera oss från Socialstyrelsen. Förutom jag själv är det Claes-Göran Stefansson som i första hand har arbetat med utvärderingen av psykiatrireformen. Sedan är det Lars Hellgren som är vår expert i barn- och ungdomspsykiatriska frågor.

På Socialstyrelsen har man det senaste året starkt prioriterat psykiatri. Man har inrättat någonting som heter Psykiatriprogrammet. Det är ett av tre prioriterade områden på Socialstyrelsen. De andra prioriterade områdena är barn- och ungdomsfrågor och missbruksfrågor. Detta har man gjort för att bl.a. stimulera till samverkan inom Socialstyrelsen när det gäller de här frågorna. Samtliga enheter på Socialstyrelsen ska i någon form syssla med psykiatri, missbruk och barn- och ungdomsfrågor. Det perspektivet ska finnas med överallt. Man vill också att samverkan ska öka inte bara inom verket utan mellan verket och andra myndigheter och organisationer.

Vi på Socialstyrelsen anser att det finns väldigt goda förutsättningar för att vi tillsammans ska kunna förbättra förhållandena för psykiatrireformens målgrupp. Vilka är då dessa goda förutsättningar? Det är bl.a. fortsatt implementering av psykiatrireformen, en starkt ställning för patienten och för patientens anhöriga, en starkt rättssäkerhet framför allt när det gäller de tvångsvårdade patienterna och ett starkt samhällsskydd. Sist men inte minst gäller det som bl.a. Ulf Malm var inne på, nämligen ett differentierat evidensbaserat vårdutbud av hög kvalitet som bygger på den enskilda patientens behov.

Här skulle jag vilja göra en kommentar till det Ulf Malm sade. Du sade att här gällde det att lära sig fiska och segla. Men jag tycker att det är viktigt att man lär sig att simma innan man lär sig fiska och segla, annars kan man aldrig gå ut i båten.

Vad finns det då för hinder för att detta ska kunna genomföras? En av psykiatrireformens oväntade konsekvenser var ju transinstitutionaliseringen. Patienterna har inte kommit ut i samhället. De har inte fått tillgång till samma förutsättningar i sina livsvillkor. De finns i alltför hög omfattning kvar på institutioner, men inte i landstingens regi utan i kommunens regi och i privat regi. Detta följer Socialstyrelsen för närvarande upp. Vi tittar bl.a. på hur samverkan mellan primärvård och socialtjänst och psykiatri ser ut för de här patienterna.

Ett annat stort hinder som Sten Levander var inne på är att vi har kunskapen – vi vet hur vi ska behandla de här patienterna – men kunskapen tillämpas inte.

Det finns effektiva vårdprogram, men ute i vården tillämpas de inte i den omfattning som vore möjligt. Sist men inte minst, och anledningen till att vi är här: dålig samverkan och dålig samordning. De här hindren tillsammans måste vi gemensamt hjälpa till att arbeta bort. Claes-Göran kommer att berätta mer om det.

Docent Claes-Göran Stefansson: Tack för att jag fått komma hit. Jag tänker berätta lite om hur läget är för psykiatrireformens målgrupp just så som vi

har samlad kunskap om det i dag. Psykiatrireformens målgrupp, vilken är den? Vi vet att vi har drygt 400 000 förtidspensionerade i Sverige i dag. Vi har 110 000 med psykiatriska diagnoser. Vi har kanske 85 000–95 000 som är förtidspensionerade på grund av diagnoser som ligger nära psykiatrireformen, alltså långtidssjuka. Vi vet att ungefär hälften av denna grupp, ungefär 45 000–50 000, är kända av socialtjänst eller psykiatri vid ett givet ögonblick. Jag ska berätta lite grand om vilka erfarenheter vi har av samverkan kring den gruppen. De här personerna har mångfasetterade behov, både boende, sysselsättning, vård och stöd på olika sätt. Den största andelen, ungefär 75 %, av de här personerna lider av någon schizofrenisjukdom.

Vad vi kan märka är då att i början på psykiatrireformen fanns det en väldigt entusiasm och samverkan mellan olika myndigheter och organisationer. När vi har följt upp det här ser vi att denna samverkan, framför allt vad gäller yrkesinriktad rehabilitering, har minskat över tiden. Försäkringskassa och arbetsmarknadsinstitutioner har dragit sig ur samverkan, som i början var ganska utvecklad ändå. Den dagliga sysselsättningen är fortfarande olöst. Någon sade här – från Uppsala, tror jag – att 50 % av dessa personer inte har något att göra på dagarna. De har ingen fritidssysselsättning. Och vi har märkt att det fortfarande är olöst – problemet med att få en fritidssysselsättning eller daglig sysselsättning med mer eller mindre rehabiliterande inslag. Vi har också i vår uppföljning av psykiatrireformen ansett att rätten till daglig sysselsättning på något sätt bör tillförsäkras gruppen, antingen genom att skrivas in i LSS som en insats eller på annat sätt.

Vi ser också att samverkan kring personer med allvarlig psykisk störning – väldigt svåra fall, oftast personer med psykos och samtidigt missbruk – har svårt att upprätthållas. Det handlar i många fall också om personer inom rättspsykiatrisk vård som ska ut på permission och om att få en samverkan mellan socialtjänst och psykiatri kring dessa personer vid permissionen.

Helena pratade om att vi upptäcker och ser att en ny institutionsvård håller på att utvecklas. Det pågår en undersökning nu. Vi har i Sverige identifierat ungefär 1 150 boenden för psykiskt funktionshindrade personer där boendet kan vara uppblandat med andra grupper. Vi går just nu ut och undersöker vad de här ställena har för innehåll, vilken typ av personal man har och vilka insatser som görs. Preliminära resultat från ungefär 800 klienter i dessa boenden visar att de har en ganska hög funktionsnivå. Vi har frågat efter hur klienterna klarar det dagliga livet. Många klarar det helt själva eller med lite stöd. Men när man frågar varför de befinner sig i det här boendet säger personalen i över 90 % av fallen att det beror på att de inte har något stöd och inte klarar av ett eget boende. Våra slutsatser är då helt preliminärt att de här personerna befinner sig på dessa vårdhem ute i landet därför att något saknas. De skulle eventuellt inte behöva befinna sig där om de hade fått ett tillräckligt och samordnat stöd i ett boende i sin hemkommun.

När vi har gjort undersökningar har vi också sett och fått rapporterat att kommunernas personal, som befinner sig allra närmast de här personerna i stödverksamheter, i särskilda boenden osv., saknar kunskap och stöd för att

lösa de olika sammansatta problem som uppstår. Bland annat är det de medicinska insatserna i boendeformer som man har svårt att få till stånd.

Personliga ombud håller vi på att utveckla tillsammans med länsstyrelserna. Om man ska göra en liten redovisning av hur det ser ut kan man säga att det i dagens läge ser ut på följande sätt: Ansökningstiden gick ut sista oktober. 195 kommuner har beviljats bidrag för 240 ombud till 95 verksamheter. Det är alltså 95 verksamheter och 195 kommuner, och då kan vi ju förstå att många kommuner samverkar i insatserna runt personligt ombud. Vi vet att det förmodligen kommer vara ett femtiotal kommuner som inte kommer att söka pengar för personligt ombud utan tycker att de själva klarar av insatserna. 20–25 verksamheter har kommunerna lagt ut på anbud och de kommer förmodligen att bli entreprenadverksamheter.

Vi finner att samverkan på det lokala planet oftast fungerar mellan personal och personalgrupper, men man måste ha ett övergripande stöd, som vi också har sett exempel på. Det måste finnas samordning och vilja till samverkan uppe i toppen av organisationen och verksamheten. Vi har fått in massor av policydokument och kvalitetssäkringsplaner, men de måste sjösättas. De betyder ingenting om de inte förverkligas.

Slutligen är ett annat projekt som vi håller på med att förbättra tillsynen, och vi tycker alltså att tillsynsmyndigheter, t.ex. länsstyrelser, helst tillsammans med Socialstyrelsens tillsyn bör uppmärksamma just samverkansproblematiken på ett bättre sätt än nu.

Planeringsdirektör Gun-Marie Pettersson, Statens institutionsstyrelse: Ordförande! Statens institutionsstyrelse, SiS, driver 14 behandlingshem för vuxna missbrukare som är tvångsomhändertagna med stöd av LVM. Vi driver 34 behandlingshem för ungdomar som är tvångsomhändertagna med stöd av LVU eller som har dömts till sluten ungdomsvård, de s.k. § 12-hemmen, dvs. särskilda ungdomshem.

Jag har tänkt säga några ord om våra klienters psykiska hälsa, om behovet av psykiatri inom vår verksamhet, om samverkan och kanske lite grand om vad som skulle behövas.

Jag börjar med LVM-vården. Vi har 350 vårdplatser och en genomströmning år 2000 på 1 400 inskrivningar. Ca 70 % av klienterna kommer till oss akut, ofta utan någon som helst vårdplanering, och är i mycket dåligt fysiskt och psykiskt skick. Vår egen dokumentation, DOK, för år 2000 visar att en tredjedel av dem som vårdas inom SiS är under 30 år. Nästan samtliga av dessa är tunga narkomaner som börjat med droger i mycket tidiga år. Hälften av de omhändertagna saknar egen bostad. Två tredjedelar anger att de har psykiska problem och närmare hälften har vårdats inom psykiatri. Varannan har upplevt en allvarlig depression, 40 % har haft allvarliga självmordstankar och en tredjedel har försökt ta sitt liv. De unga missbrukarna har vårdats inom psykiatri i ungefär samma omfattning som de äldre. Det här är bilden av männen. Bilden av kvinnorna är ännu dystrare.

De missbrukare som också har psykiatriska problem har svårt att få vård inom psykiatri om de är utagerande, dvs. våldsamma, aggressiva eller all-

mänt stökiga. Kenth Persson var inne på det. De tillhör allmänpsykiatrin, men allmänpsykiatrin klarar inte av dem. I stället blir de LVM-ade, som vi säger, när de också har blivit grava missbrukare ute i samhället.

När det gäller missbrukarvården behöver ansvarsfördelningen tydliggöras mellan SiS och landstingen inom främst två områden: avgiftning, som är hälso- och sjukvård – jag ska återkomma till det senare – och resurser för psykiatriskt störda missbrukare. Här ställs det stora krav på samarbete mellan psykiatrin och dels LVM-hemmen lokalt, dels klienternas hemlandsting eftersom vi har 14 LVM-hem och klienterna kommer från olika delar av landet.

Jag går över till ungdomsvården. I Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande som kom 1998 skissades ett system för samarbete mellan BUP, socialtjänsten och SiS eller annan institution, alltså HVB-hem. Vad man föreslog var behandlingsråd där BUP och socialtjänsten tillsammans skulle ansvara för en vårdplan för den unge inför institutionsplacering och där det inom varje landsting skulle utses en patientansvarig – denne skulle vara legitimerad, antingen läkare eller psykolog – vars uppgift skulle vara att ha kontakt med § 12-hemmen och med HVB-hemmen ute i landstinget och ansvara för att den vårdplan som var gjord från början skulle genomföras. Syftet var att garantera att ungdomar som behöver psykiatrisk hjälp också får det när de är på institution.

Det blev ingen proposition av detta, men det har lett till väldigt mycket diskussioner ute i landet inom barnpsykiatrin, inom socialtjänsten och hos oss. Det har funnits ambitioner på många håll inom barnpsykiatrin att också i praktiken arbeta på detta vis. Det har fallit på resurser. BUP har ofta hört av sig till oss och velat jobba så här, men de har velat att SiS betalar.

SiS har i dag 680 vårdplatser, ca 1 200 inskrivningar per år, akutavdelningar, utredningsavdelningar och behandlingsavdelningar som är differentierade på ålder, på kön, utifrån problembild och ibland också vårdinnehåll. Vår egen dokumentation, ADAD, liksom en del undersökningar visar att ca 50 % av ungdomarna har dokumenterade psykiska problem som kräver insatser. Det här är nu inget tyckande. Det är inte bara barnen själva som anser att de behöver det, utan det finns forskning som visar detta. Flickorna har större behov än pojkarna. Flickorna mår allmänt sett sämre än pojkarna när de kommer till oss.

Inom SiS har vi tvingats till en dubbel strategi. Vi strävar efter att BUP ska bidra med resurser för ungdomar som behöver detta. Vi strävar efter att bygga egna resurser för ungdomar som vi har hos oss. Det blir en fråga för oss om inte bara samverkan utan framför allt arbetsfördelning mellan BUP och SiS, en arbetsfördelning som bäst gagnar ungdomar med behov och utifrån ett så effektivt resursutnyttjande som möjligt i samhället. Vi arbetar både lokalt, dvs. varje institution försöker etablera kontakt med närmaste BUP-klinik, och centralt med Landstingsförbundet. Observera att detta gäller inom ungdomsvården. Inom vuxenvården är intresset väldigt litet.

Vi har för länge sedan formulerat vårt behov när det gäller hjälp från psykiatrin för våra ungdomar, och kort kan det sammanfattas i vissa bedömningar

och utredningar, vissa behandlande insatser som t.ex. medicinering, inläggning akut, ibland terapi och ibland handledning och konsultation. Allmänt kan man säga att SiS anser att det behövs flera behandlingsplatser inom BUP, dvs. slutenvårdsplatser. De räcker inte till i dag. Utvecklingen går dessvärre, som vi vet, åt motsatt håll, nu senast här i Stockholm när man lade ned Västerängskliniken i något slags from förhoppning om att man klarar dessa klienter i öppenvården. De står naturligtvis i den långa kö som vi har in till SiS just nu. Det behövs också rättspsykiatrisk vård för ungdomar under pågående verkställighet av sluten ungdomsvård. Det är ungdomarnas behov.

Som jag nämnde har vi ett samarbete med Landstingsförbundet, och vi har gjort en gemensam kartläggning av hur det ser ut i landet i dag inom ungdomsvården. Vi har ringat in problematiken. Vi ville fokusera på det som kan förbättras, och vi ville hitta de s.k. knäckfrågorna. Vi har gjort en kartläggning som faktiskt blev helt klar i går, och vi kommer att lämna ett exemplar till er, som vi har skrivit under tillsammans. Det är Gunilla Román, som sitter här borta, som har varit huvudansvarig tillsammans med Margareta Wihlborg på SiS. Den här kartläggningen visar att BUP väldigt tydligt säger att man i princip enbart kan erbjuda akuta insatser till socialtjänstens ungdomar som vistas på institution. Man har svårt att klara utagerande beteende, ibland även i kombination med missbruk, i heldygnsvård. I vissa fall kan man över huvud taget inte erbjuda någon heldygnsvård. Att ungdomarna sedan inte är hemmahörande i det egna landstinget är ytterligare en komplikation.

Både våra institutionschefer ute i landet och landstingen talar om bristen på resurser. Man talar om ansvarsfrågan: Vad är SiS ansvar och vad är psykiatrians ansvar? Gränsdragningen kommer alltid att vara lite diffus. Den kan bli bättre. För landstingens del uppstår också frågan: Varför ska vi hjälpa klienter inom SiS; ni har ju egna läkare? Vi har egna läkare därför att landstinget inte har hjälpt oss. Det finns också självfallet kulturskillnader mellan hälso- och sjukvården och SiS.

Det ges också öppningar till samarbete i de här enkätsvaren. Det finns ett stort intresse både från vår sida och från landstingen lokalt. Man talar om att vi behöver avtal direkt med landstingen i stället för med enskilda privata läkare. Vi har i dag konsultläkare på alla våra institutioner.

Vi kommer att arbeta vidare med resultaten i den här enkäten, analysera dem och försöka hitta bättre vägar. Vi har ett stort samarbete med Landstinget i Växjö, där vi diskuterar att öppna en gemensam institution.

Då kommer vi till behovet av åtgärder. Det finns alltså en faktisk resursbrist inom barnpsykiatri, och det gäller inte bara slutenvårdsplatser. Samtidigt är det helt klart att vi har ungdomar hos oss som tillhör barnpsykiatri. Vi har en fallbeskrivning som jag också kommer att överlämna till er där det väldigt tydligt framgår att detta är klienter som inte är socialtjänstens ansvar utan borde vara psykiatrians ansvar.

Men jag tror ändå på framtiden och är förhoppningsfull. Jag tycker att vi bör kunna hitta en arbetsfördelning – vi arbetar på det – och på flera håll i landet är det möjligt. Vi har också pågående forsknings- och utvecklingspro-

jekt där vi tar fram olika sjukdomsprofiler på de ungdomar vi har, som gör att vi kan bestämma vems ansvaret är. På vissa håll kommer det att krävas order uppifrån, hur de nu ska se ut, för att BUP alls ska ta sitt ansvar.

Och SiS behöver ett tydligare mandat att fortsätta det vårdarbete som redan görs när det gäller utagerande ungdomar som också har psykiatriska problem. Vi har en målgrupp som faller mellan alla stolar. Det är en liten grupp, men nog så svår. Det gäller en liten grupp ungdomar som under lång tid måste låsas in, som inte kan behandlas i grupp och som är farliga. En del av dem är utvecklingsstörda och tillhör alltså LSS personkrets också. De är ungdomar som tidigare var inlåsta enligt omsorgslagen. I dag finns de hos oss. Vi har varken mandat, kunskap eller resurser för dem.

Avgiftningen av missbrukare är ett kapitel för sig. Där behöver vi nu inom SiS ta ställning till hur vi ska gå vidare. Bakgrunden är att landstingen inte tar det ansvar man har enligt hälso- och sjukvårdslagen, varken på vuxen- eller ungdomssidan, när det gäller avgiftning. Inom vuxenvården har vi för länge sedan fått ta ansvar för avgiftningen av våra klienter i dess helhet. Klinikerna klarar inte patienter som är utagerande, men det finns ett problem till. Man kan inte behålla klienterna med tvång. Det innebär att om man är LVM-ad och vandrar ifrån kliniken, oberoende i vilket skick man är, så kommer man till oss. Här finns det två vägar att gå, som vi ser det: Antingen ge oss ett tydligt ansvar, mandat och medel för avgiftning inom LVM för de klienter som finns hos oss att bygga upp egen hälso- och sjukvård – vilket vi redan gör – eller ge klinikerna möjlighet att hålla kvar patienterna enligt LVM.

Inom ungdomsvården är problemen ökande, med tanke på att missbruket bland våra ungdomar faktiskt är stort. Vi måste välja väg inom SiS, och det är en politisk fråga. Ge SiS ansvar, mandat och medel att avgifta även ungdomarna, eller ge hälso- och sjukvården möjlighet att låsa dörren med stöd av LVU! LPT har visat sig klart otillräckligt som tvång i de här fallen. Hälso- och sjukvården är en väldigt frivillig inrättning, och man kan diskutera hur ett utvidgat tvång med stöd av de här lagarna skulle se ut i den världen. I praktiken tror jag att det är vi som kommer att ha klienterna, så ge oss mandat och resurser!

Avdelningschef Ulf Bley: Ordförande, utskottsledamöter, mina damer och herrar! Psykiatri är ju en oerhört viktig del i sjukvården, och genom att sjukvården är ett stort åtagande för landstingen är det här också en viktig angelägenhet för Landstingsförbundet. Vi sysselsätter oss med detta på många olika sätt, och kanske främst just genom att på olika sätt underlätta samverkan. Jag ska börja med att ge en grundläggande bild av hur vi ser på förutsättningarna för samverkan.

Ibland kan det vara bra att titta tillbaka lite grand i tiden. Jag tänker mig att man ser de skillnader på hur vi talade om samverkan mellan huvudmän och de problem som finns mellan olika vårdgivare nu och för tio år sedan.

Om vi tänker oss två delvis överlappande rektanglar som föreställer kommun och landsting – eller någonting annat – så är det ibland så att det finns glipor däremellan. Personer som behöver få hjälp faller mellan stolarna, eller

ingen bryr sig om dem. Ibland har det varit så att man helt enkelt har sammanfallande ansvar. Flera aktörer har ansvar för samma personer, och det kan också resultera i precis samma sak, nämligen att ingen känner att just de har ansvaret. För tio år sedan löste vi det med de stora gesternas politik, vill jag påstå. Det var yviga förändringar, och vi såg huvudmannaskapsförändringar. Man baxade ett block åt sidan och försökte täcka igen en glipa, precis som på nästa bild. Ofta löste det ett problem och skapade ett annat. Man tog också stora idéer i anspråk när det gällde finansiering. Det talades om sjukförsäkring och sjukvård på den tiden. Det man gjorde var att lösa små problem med att göra stora förändringar.

Nu gör vi på ett annat sätt. Erfarenheterna tycker jag visar att det ofta handlar om att definiera rollerna. Det är viktigt att olika aktörer har tydliga roller och tydliga ansvarsområden. Med nödvändighet kommer det alltid att leda till att några personer kanske ändå faller mellan stolarna. Men det kan lösas genom att man försöker hjälpas åt. Man kan lägga pengar i en gemensam pott eller arbeta i samverkansprojekt. För att vara lite konkret ser jag då t.ex. Socsamförsöken på Hisingen som ett gott exempel på att försöka hitta nya och otraditionella lösningar på problem för enskilda människor. Landstingsförbundet har på olika sätt uttryckt att vi är för ökade möjligheter för landsting och regioner att samverka med andra aktörer på de sätt man finner lämpliga lokalt och regionalt, och då har vi jämfört med Finsam, Socsam och liknande arrangemang. Jag vill bara uppmärksamma utskottet på att vi gärna ser ökade möjligheter för att finna en väg till samverkan.

När det gäller psykiatrin kan vi inte sticka under stol med att det finns problem. När vi lyssnar med företrädare från landstingen är det ett oerhört tryck på vården. Resurserna har minskat. Man ser resursbrist, och det gäller kanske inte alltid bara pengar utan också personal. Kompetensförsörjning är ett problem. Om vi tittar framåt kan det också vara växande. Det finns platsbrist i slutenvården som hänger ihop med de strukturförändringar som har skett. Det ger nya problem. Man har svårt att differentiera vårdutbudet så att det passar till olika patientgrupper. Nya målgrupper har kommit till. Bland dem ser vi utlandsfödda, och i den gruppen finns också asylsökande. Som en liten bisats kan jag väl säga att detta är ett stort problem. I våra kontakter med regeringen har vi svårigheter att komma till en vettig överenskommelse när det gäller kostnaderna för de asylsökandes sjukvård.

Den rättspsykiatriska vården ökar. Det är också ett problem. Många vittnar om svårigheter att finna tid för att utveckla sin egen verksamhet och ta in den nya kunskap som finns och få den applicerad i verksamheten. Arbetsmiljön är ett problem på många platser. Bilden innehåller många dystra fakta.

Det sätt som vi ser för att ta sig ur detta är i många stycken samverkan. Ibland kan man beskriva samverkan som ett problem. Det finns helt enkelt svårigheter att jobba ihop. Men vi kan också se det som möjligheter för att lösa många av de svårigheter vi har.

Det är viktigt att se till att de som jobbar inom psykiatrin kan få behålla sin optimism och stolthet över sitt arbete. För att kunna vara stolt över det man

gör är det viktigt att man får veta att det ger något resultat. Därför handlar många av våra engagemang om att förbättra möjligheterna till uppföljning inom psykiatrin. Vi måste ju veta att de här insatserna ger resultat för de enskilda patienterna och klienterna. För att känna sig stolt måste man veta att man har lyckats. Det måste man kunna mäta på något vis.

Mycket handlar också om att förändra arbetssätten och tydliggöra uppdragen. Det är flera som har varit inne på det. Just när det handlar om samverkan tror jag att man måste vara väldigt tydlig med vad jag ska göra och vad andra ska göra.

Rättspsykiatrin är ett särskilt kapitel. Det finns svårigheter för landstingen. Vi ser brister i samverkan med andra här. Det är en verksamhet som landstingen inte kan styra över själva. Det är domstolsbeslut som avgör vilka personer som kommer in och när. Det gör att detta är svårare än annan vård. Ur Karsuddens perspektiv var det svårt att få en fungerande kontakt med andra inom psykiatrin. Det visar att det nog är bra att se rättspsykiatrin som en del av den psykiatriska vården i dess helhet. Det är bra att den finns där som en del av den psykiatriska specialistvården så att den inte ses som någonting särskilt. Däremot måste man få tillräckliga resurser. Då är det viktigt att Psykansvarskommittén kommer fram till att landstingen får rimlig ersättning för detta.

Samverkan med SiS haltar på en del håll. Jag tycker att den här rapporten som vi just har tagit fram är ett väldigt viktigt och positivt steg för att kartlägga hur det ser ut. Det är klart att det ibland har varit svårt för en psykklinik att svara upp mot SiS önskemål när man inte ens vet om att ett behandlingshem har öppnats. Vi måste helt enkelt tala bättre med varandra för att det ska fungera bättre.

Sedan har vi den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Det arbetet tycker vi generellt sett fungerar bra. Vi arbetar med kontaktpersoner från alla landsting och ser hur man arbetar med sina handlingsplaner. Det finns ett stort engagemang för detta. Även om många tycker att det här är sådant som man har hört förr och att den tyngdpunktsförskjutning i vården som det här ska ge upphov till har man pratat om förr, ser man ändå att detta är en viktig sak att fortsätta att arbeta med. De pengar som kommer kan möjligen underlätta processen. Sedan är det klart att det hanteras på lite olika sätt i olika landsting. Vår kontaktyta mot de största medlemmarna, som Skåne och Stockholm, ger inte samma tydliga bild som vi har mot en mindre medlem. I större organisationer kan det kanske vara svårt att kommunicera hela delen av hur det här arbetet sker. Men detta med handlingsplanen är viktigt, och den fungerar i stort sett bra.

Låt mig sammanfattningsvis avsluta med några punkter. Samverkan är naturlig för oss. Vi jobbar mycket ihop med Kommunförbundet. Det är också någonting som inte hade varit aktuellt för tio år sedan. Vi har en gemensam politisk beredning för vård och omsorg. Det ger en helt ny grund för att utveckla nya projekt. Ni kommer att få höra lite mer om detta från Kommunförbundets företrädare. Utvecklingen av psykiatrin över tid är positiv, dvs.

riktningen i de förändringar som sker med en normalitetstanke i grunden. Den är bra. Samverkan, som vi ser att man försöker med på väldigt många håll, är också någonting gott. Men psykiatri är en del av sjukvården, och sjukvården är i stort underfinansierad. Vi behöver bara titta på hur ekonomin går ihop i Sveriges landsting och regioner. Det är klart att det också slår igenom på psykiatri. Det behövs ytterligare pengar. Det är ett av våra delbudskap.

Ordföranden: Tack för det. Då lämnar jag ordet till Svenska Kommunförbundet och direktör Britta Rundström.

Britta Rundström: Tack för det. De förväntningar som nu kan finnas på att Kommunförbundet ska ha en annan uppfattning än Landstingsförbundet kommer på skam. Det känns ganska skönt att få säga det.

Jag inbillar mig att nu när socialutskottet har varit ute och besökt en rad kommuner är det slutenpsykiatri som man har besökt. Det gjorde man väl för att man ville skaffa sig mer kunskap inom just det området. Jag vill understryka att vårdtiden för de människor som vi nu pratar om är 27 dagar. Det är medelvårdtiden för patienter med psykiska sjukdomar. Det säger sig nästan självt att människorna behöver mycket stöd efter det. De behöver stöd både av psykiatri och socialtjänsten. Det måste ske parallellt. Det går inte att göra det var för sig. Det är väl i den processen som vi kan känna att det inte riktigt fungerar tillräckligt tillfredsställande.

De strukturer som vi har i dag tillåter att man kan samarbeta, men de skapar inget incitament för att samarbeta. Det är inte så att man tjänar på att göra rätt saker. Självklart tjänar den enskilde på det, men organisationen som sådan tjänar inte på att man gör rätt saker. Det man berättade från Uppsala är ju ett lysande exempel på att det faktiskt går när man vill. När man lägger upp det här på ett bra sätt går det också att göra detta på ett bra sätt.

Men det finns människor som inte riktigt ser detta med samverkan och samarbete. Dessutom ges möjligheter att välja bort människor och patienter, som man beskriver från Karsudden. Man kan också uppleva att man väljer bort ute i kommuner. Man ställer olika diagnoser, och man säger att man bara kan vissa diagnoser. Så väljer man bort vissa delar. Det kan innebära att de som är svårast sjuka, som skulle behöva mest stöd och hjälp, blir bortvalda. Det är inte bra att vi har system som stöder detta.

Vi har hört från Institutionsstyrelsen, och det är också omvittnat, att vi har haft stora bekymmer inom det här området med samarbetet. Vi arbetar under olika lagstiftningar. Kommunerna arbetar under socialtjänstlagen som är en ideologisk lagstiftning, medan sjukvården arbetar under hälso- och sjukvårdslagen inom det här området, och det är en professionell lagstiftning. Det här skapar lite olika synsätt på det. Det skapar problem för kommunerna. Vid många tillfällen finns det saker som kommunerna inte kan. När det leder till att vi inte kan samarbeta tillräckligt bra leder det i sin tur till att barnen i stället blir omhändertagna enligt LVU, vilket kanske inte skulle ske om vi kunde samarbeta på ett bättre sätt inom kommunen och ungdomspsykiatri.

Det frågas också om de personliga ombudet. Det pågår en försöksverksamhet här. De här personliga ombuden har säkerligen varit bra för en del

personer. I den utvärdering som är gjord har det också visat sig att det har minskat kostnaderna för landstingen och ökat kostnaderna för den kommunala sfären. Men man skulle också kunna säga så att när det fungerar som bäst, såsom Uppsala visar på, behövs inga personliga ombud. Kommunerna har faktiskt ansvaret att se till att människor får sina behov tillgodosedda. Det är egentligen bara när det inte fungerar som de här personliga ombuden skulle kunna vara till något stöd.

Är det då så att Kommunförbundet och Landstingsförbundet kan göra någonting för att stödja och hjälpa kommuner och landsting? Självklart är det så att vi både kan och vill ge ett sådant stöd. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har tillsammans tillsatt en politisk beredning, Vård- och omsorgsberedningen, med politiker som kommer från både kommuner och landsting. De driver några projekt som handlar om samverkan och samarbete.

Bland annat bedrivs det ett projekt som gäller barn och ungdomar med behov av särskilt stöd. Det riktar sig till två målgrupper. Det är barn med problem som koncentrationssvårigheter, rastlöshet och oro som har en neuropsykiatrisk diagnos. Det är den ena målgruppen. Den andra målgruppen är ungdomar med aggressiva och utagerande beteenden. Det bedrivs massor med bra arbete inom detta redan nu. Det måste man understryka. Den här dagen har ju nästan bara beskrivit alla de problem som finns. Det är klart att vi ska visa på problem, men det pågår ju massor med bra arbete också. Och det är viktigt att understryka. Man kommer att lyfta fram de arbeten som pågår för att visa hur man skulle kunna göra för att lyckas. Det kommer man också att visa i en skrift. Samtidigt pågår också ett projekt om samverkan kring vuxna personer med psykisk ohälsa. Där kommer man att göra samma sak.

För närvarande utarbetas en sida på Internet där man också ska kunna gå in och se vilka goda exempel som finns. Vad finns det som vi skulle kunna ta efter? Det var någon som efterlyste detta. Man undrade varför det inte fanns. Men det är alltså på gång.

För att vi ska kunna bli bättre på detta tror vi att det skulle vara väldigt bra om beslutet blev det som det finns förslag om i Samverkansutredningen, nämligen att man tillåter att det blir gemensamma nämnder ute i landet. I den utredning som Socsam kommer att lämna över nu har man visat att det behövs gemensamma politiska åtgärder för att det ska bli riktigt bra. Det måste ha företräde att politiker är eniga om att detta är bra och att så här ska det gå till. Om kommuner och landsting på den lokala nivån får möjlighet att ingå i en gemensam nämnd och använda gemensamma resurser, tror vi att det skulle kunna lösa en stor del av de problem som man i dag kan låta var och en behandla för sig. Vi tror att den mer intensiva samverkan som vi har börjat arbeta med på Svenska Kommunförbundet också leder ut till avnämarna.

Det finns ett annat projekt som vi också nyligen har avslutat. Det gäller medicinskt färdigbehandlade, och inte minst medicinskt färdigbehandling i den här gruppen av människor. Vi vill gärna ändra begreppet till utskrivningsklara. Det vill vi göra för såväl de äldre som för de psykiskt sjuka. Anledningen är att det inte alls är säkert att människor är medicinskt färdigbe-

handlade i och med att de ska lämna slutenvården. De kan vara utskrivningsklara. Det är också meningen att man ska ta ett nytt ansvar för dem.

När människor är utskrivningsklara menar vi att man också ska ha gjort en gemensam vårdplanering. Jag tror att det är viktigt att man inte tappar ordet gemensam. Alla måste veta vad som ska hända med den personen efteråt och vem som har ansvar för olika saker. Vad ska den öppna psykiatri göra? Vilken sysselsättning och daglig verksamhet ska ske? Vilket boende behöver den här personen? Vad behöver den här personen för andra saker? Allt detta ska vara färdigt innan man går ifrån slutenvården, innan man är utskrivningsklar.

Vi föreslår också att betalningsansvaret ska inträda efter 30 dagar, och vi vill ju gärna att man följer detta och ser hur det blir. I dag är det 90 dagar. Man skulle ju kunna tycka att det är bra för kommunerna, men det är ett bekymmer att eftersom vårdtiden bara är 27 dagar är det alldeles för många som tycker att det inte är lönt att vårdplanera. Och då släpps människor bara ut. Det värsta som kan hända är att man inte gör en gemensam vårdplanering för dessa människor inför fortsättningen.

Förbundsordförande Jan-Olof Forsén: Ärade åhörare! Tack för inbjudan att komma hit! Den som ni pratar om är jag. Det är jag som har erfarenhet av psykiatrisk vård och av att vara kund där.

Jag ska bara nämna att RSMH bildades redan 1967. Vi har ungefär 150 lokalföreningar och ca 10 000 medlemmar, så vi är ganska väl spridda ute i landet. Vi har också distrikt i varje län.

Sjösättandet av psykiatireformen och resultatet av den är en viktig sak. Jag brukar säga: Nu är vi kartlagda. Nu finns vi. Nu är vi ett problem, och ett problem som man måste samverka kring.

Jag vill förtydliga en sak när det gäller gränser och gråzoner. Det finns fortfarande en gråzon. Ett exempel som jag tror kommer att ge nya problem är det faktum att man har upptäckt att övergången från ungdomspsykiatrisk vård till vuxenpsykiatrisk vård vid 18 års ålder har varit och är ett problem. Vad gör man då? Jo, man ändrar det hela och sätter in två gränser, dvs. mellan 16 och 25 år. Då kommer man att få två nya problemområden – ett när man går från 15 till 16 år och ett när man går från 25 till 26 år. Detta har fått mig att fundera över gränser och att man egentligen ska öppna dem och se helheter.

Då ska man också samverka över gränserna – det tror jag är den enda lösningen. Det blir nämligen alltid ett svartepetterspel. Oavsett de modeller med fyrkanter som vi såg här så var det några som ramlade emellan. Och de som ramlar emellan är oftast de som har de största behoven och de som prioriteringsutredarna har visat att man egentligen ska tänka på först.

Det har pratats mycket om utskrivning här. Jag brukar säga att inskrivningen är oplanerad, men att utskrivningen banne mig ska vara planerad. Ju kortare vårdtider man har, desto viktigare är det att sätta i gång med vårdplaneringen så tidigt som möjligt för att komma i ett sammanhang som är självvalt.

Det pratas om samverkan här. Det som jag har hört om hittills är naturligtvis samverkan mellan olika myndigheter. Då brukar jag säga: Okej för att samverka *om*. Det kan då gälla samverkan mellan två huvudmän. Om man säger samverka *kring* så kanske det är flera huvudmän som på något sätt samverkar. Frits-Axel visade en bild med ett antal olika komponenter som kunde vara inblandade. Det är väl också bra, men det viktiga är samverkan *med*. Figuren i mitten på bilden måste på något sätt vara med i det hela i en självvald situation. Man måste få med den enskilde. Man ska inte prata ihop sig om detta innan man möter den enskilde, utan man ska samverka *med*.

I det sammanhanget, när det gäller att samverka *med*, så tycker vi att det personliga ombudet, som t.ex. har till uppgift att se till att det sker en samverkan, också skulle kunna vara ett stöd och en katalysator vid denna samverkan. Det är nämligen just bristen på samverkan som gör att det behövs personliga ombud. Personliga ombud ska inte utföra de olika myndigheternas jobb, men de ska se till att det blir en samverkan. Det viktiga är då att vara en katalysator och att stå på den enskildes sida. Dessutom ska ombuden finnas med som ett stöd vid mötet med ett antal myndigheter. Det är inte så lätt att uttrycka sin vilja, och dessutom måste patienten få betänketid när det gäller de alternativ som kan erbjudas. Det tycker jag är att sätta patienten i centrum, som alla pratar om. Själv är jag för gammal för att ha varit med om samverkan, och det kan jag ju ingenting göra åt. Men jag hoppas på en framtid där patienten sätts i centrum.

Det pratas också om individuella vårdplaner. Jag tycker att det borde pratas om individuella planer med uttrycklig betoning på *individuella*. Det finns nämligen inga patentröslningar, utan vi är alla olika som människor och det är egentligen olika lösningar som leder framåt.

Det har även pratats mycket om socialtjänstlagen. Där står att man ska få leva som andra. När det gäller vår grupp brukar jag säga: Får vi först leva *med* andra så kan vi sedan prata om att leva *som* andra.

Kontinuitet är A och O när det gäller den här gruppen. Jag tycker inte alls att det är bra att man flyttar till vårdhem i Småland och Skåne, långt ifrån sina hem. Det pratas om vårdmiljonärer. Jag vill ha "vårdmiljonärer" – sådana som tänker på hur vårdmiljön ska vara, hur den ska se ut och i vilket sammanhang den ska finnas.

Någon sa: Frisk – det tror jag inte på! Jag vet inte vad jag ska kalla mig själv. Jag har varit schizofren norrman eller manodepressiv svensk och jag har befunnit mig i alla psykosens världar. Jag vet inte hur många som blir friska och hur frisk man blir, och vi ska inte heller prata om det. Men vi jobbar med ett annat begrepp som kom fram vid en konferens, nämligen ordet återhämtning. Pratar man om ordet återhämtning så kan det röra sig om 80, 90 eller 100 %. Då är det lättare. Det viktigaste som vården trots allt ska stå för när jag som enskild individ har de här bekymren är att ge mig ett hopp. Det ska finnas en möjlighet till återhämtning – om den sedan blir till 100 % eller inte vet inte jag.

Den bild med segelbåten som visades är precis den bild som jag själv har börjat använda. Förut tyckte jag att psykiatrin var som en stor oljetanker. Den var väldigt trögstyrd, och om det kom en korrigerande så dröjde det flera år innan man såg någon effekt. Det vore bra med mindre segelbåtar i stället, där den enskilde är den som bestämmer kursen och där båten är lite lättroilig. Man ska också ta hänsyn till väder och vind – det kan vara att man tar hänsyn till omgivningen och de förutsättningar som finns samt att man också får stöd i båten.

Jag har sagt att det inte går att forska på sunt förnuft. Men det har tagit 40 år att inse att det är det bästa vi har.

Förbundsjurist Anders Printz: Ordförande och deltagare! Innan vi gick hit i dag sade jag till Jan-Olof: Om vi ska dela på de här tio minuterna så kommer jag att ha två kvar när det blir min tur. Och så blev det!

Jag ska ändå försöka ringa in lite av vilka problem som vi tycker att vi ser när det gäller samverkan i dag. Jag tänkte också kommentera det förslag till ny betalningsansvarslagen som Landstingsförbundet och Kommunförbundet har gjort inom ramen för samverkansarbetet kring medicinskt färdigbehandlade patienter. Jag kommer att prata om samverkan i individperspektiv, och inte i verksamhetsperspektiv.

Vad är det då som inte funkar? Mycket handlar om att huvudmännen inte förstår varandras kompetens. Framför allt använder man inte patienten och patientens närstående som en resurs och som det som man ska samverka omkring. När det gäller det första så tycker jag att man ser många exempel här i dag på hur man tycker att de andra huvudmännen inte har tillräckligt mycket kunskap eller inte arbetar på ett sätt som är evidensbaserat eller som fungerar. Det är just det synsättet som är ett stort problem och som till sist drabbar patienterna.

Det finns en tendens i vårdplaneringsarbetet att psykiatrin beställer insatser från kommunen. Man gör en vårdplanering, ofta helt på egen hand, och säger sedan att kommunen ska stå för boende, stöd till boende eller sysselsättning osv. Det är ett arbetssätt som nästan alltid leder till att kommunen blir sur och kränkt och att patienten kommer i kläm. Den gemensamma vårdplanering som vi är i så stort behov av kommer då inte till stånd.

Det finns anledning att prata ganska mycket om betalningsansvarslagen och de bekymmer som den har gett. Den drabbar nämligen i hög grad hela psykiatrins verksamhet och samverkan mellan kommun och landsting, inte bara kring medicinskt färdigbehandlade patienter. Det gör att man ser samverkan kronologiskt. Det finns en rad exempel där kommunen säger: Vi vill inte delta i ett utskrivningsarbete av en rättspsykiatrisk patient därför att patienten inte är medicinskt färdigbehandlad. Vi har inget ansvar – vårt ansvar har inte inträtt än. Det finns också exempel – även om de nog är färre i det här sammanhanget – där man från psykiatrin säger: De här patienterna är medicinskt färdigbehandlade, och inte välkomna till den psykiatriska akutmottagningen. Man tänker sig att ens ansvar börja gälla vid ett visst datum och att

den andra huvudmannens ansvar då tar slut. I stället borde man tänka: Vi har ansvaret hela tiden, men för olika saker.

Därför tycker vi att det förslag som har lagts fram kring en ny betalningsansvarslag av Landstingsförbundet och Kommunförbundet är oerhört viktigt eftersom man där utgår från en gemensam vårdplanering. Vi tycker också att det finns ett tydligt patientperspektiv i förslaget och att man lyfter fram patientens roll. Ändå är vi inte helt nöjda. Vi tycker att det i lagen när det gäller vårdplaneringen, som ska vara avgörande för betalningsansvaret, måste framgå huruvida patienten har varit närvarande vid vårdplaneringen och hans eller hennes inställning till den.

Jag tror att detta kommer att gå ut på en remissrunda till från regeringen. Då kommer vi att påstå detta. Om det inte blir någon förändring så hoppas vi att socialutskottet kommer att se till att den förändringen kommer ifall det skulle vara så att detta blir den nya betalningsansvarslagen.

Sammanfattningsvis vill jag alltså säga att gemensam vårdplanering med patienten och dennes närstående i centrum är lösningen på detta. Man måste också ha ett tydligt individperspektiv och sätta den som det gäller i centrum.

Förbundsordförande Rakel Lundgren: Ärade åhörare och deltagare! Vi tackar för att vi har fått komma hit. Vi tycker att det är väldigt trevligt!

Jag är ordförande för Schizofreniförbundet. Fram till i våras hette förbundet Riks-IFS. Vi arbetar för psykiatrireformens målgrupp – de långvarigt allvarligt psykiskt funktionshindrade. Den målgruppen har Claes-Göran Stefansson från Socialstyrelsen beskrivit mycket bra och mycket väl, så det behöver inte jag göra. Men det är alltså den målgrupp som vi arbetar för.

I vårt förbund har vi 5 000 medlemmar och 75 föreningar ute i landet. Det är mest anhöriga som är medlemmar. Det är ett mycket ungt förbund – den första föreningen bildades 1977 och förbundet bildades för knappt 15 år sedan.

När ni hörde professor Levanders beskrivning av denna målgrupp så förstår ni att det inte är så lätt att vara anhörig. Det är den målgrupp som han beskrev som vi arbetar för, och det är för den målgruppen och dess anhöriga som jag talar.

Men vår målgrupp omfattar inte enbart de utagerande. Den omfattar även dem som ligger hemma i sina sängar. Det gäller dem som inte tar sig upp och som inte kommer sig för att göra någonting – de som inte orkar. Det gäller dem som besöker sina föräldrar nästan dagligen fast de har en egen bostad och möjligen också sysselsättning. Det vilar ett stort ansvar på de anhöriga. För vem eller vilka får träda in när samhället sviktar? Jo, det är de anhöriga i den mån de orkar och inte ger upp – fastän det dröjer väldigt länge innan man ger upp.

Vad menar man med samverkan på organisatorisk nivå och på individnivå? Som vi uppfattar det beror det helt på vilka personer som jobbar i verksamheterna och i organisationerna. Vi tycker att samverkan är A och O.

Men ni förstår ju hur förvirrande det kan vara för den drabbade när det ena dagen kommer en från landstiget, från den öppna vården, och säger en sak

och när det den andra dagen kommer en från kommunen och säger en annan sak. Ovanpå detta har man också oss anhöriga som tjatar. Vi kan vara ganska besvärliga. Vi blir väldigt frustrerade och förvirrade, vi också. Vi känner inte igen allt fagert tal om alla projekt. Det är väldigt få ställen som också anhöriga och drabbade tycker är bra.

Vi vill ha en fungerande, öppen psykiatrisk vård som bedriver psykiatrisk vård och behandling. Om den psykiatriska öppenvården fungerar mycket bra, då behövs det inte så många platser inom den slutna vården. Men vi vill ha en mellanvårdsform, en korttidsvård som man kan uppsöka när man mår dåligt. Det inträffar då och då. Man behöver kanske inte läggas in, men man klarar inte sin egen vardag.

Vi tycker också att det ska finnas ett ordentligt boende och boendestöd. Det handlar om biståndsbedömning, men den bedömningen gäller ju inte dag från dag, vilket det ofta gör för psykiskt funktionshindrade. Man sviktat från den ena dagen till den andra.

Detta med personligt ombud är någonting som vi hälsar med tillfredsställelse. Det har också bedrivits tio olika försöksverksamheter i samband med psykiatireformen. Vi anser att de har fallit ut bra. Nu säger man från verksamheterna att ett personligt ombud skulle vara någon sorts behandling. Men det är inte alls någon behandling. Ett personligt ombud ska vara fristående från alla myndigheter, och han eller hon ska samordna med myndigheterna. Ni vet ju själva hur lätt det är att samordna i er egen vardag om ni har att göra med olika myndigheter. Och hur tror ni då att det är för dem som inte kan tolka verkligheten ordentligt?

Vi upplever att samverkan inte fungerar inom organisationerna, inte inom socialnämndens område, inte inom landstingens område och inte inom sjukhusens område, lika lite som det fungerar mellan de olika organisationerna. Jag undrar: Vet folk som jobbar på golvet vad samverkan är? Det är en fråga som jag tycker att man ska kunna studera i gemensamma utbildningar, som det också har talats om här.

Det handlar, som sagt, om individer. Jag tycker att Britta Rundström från Kommunförbundet beskrev detta väldigt bra. Så ni kan lyssna på henne.

I Gävleborgs län har det gjorts en utvärdering av psykiatireformen. Den har resulterat i en bok med titeln *Styra sitt liv* som kan köpas på Kommentus förlag. Jag vill rekommendera den boken.

När det gäller samverkan mellan organisationer och de anhöriga och drabbade ska man ha klart för sig att det inte är så lätt. Våra organisationer har inte pengar. Det kostar att samverka och att driva en organisation. Vår organisation drivs bara med hjälp av frivilliga insatser. Jag arbetar frivilligt liksom många andra med mig i olika föreningar och styrelser.

Jag tycker att samverkan ska förekomma på alla nivåer, i alla verksamheter. Samverkan måste ske i verkligheten och komma de drabbade till del. Vårt förbund tycker att man står långt ifrån Agenda 22, FN:s standardregler om delaktighet och medbestämmande i samhället. Tack för mig.

Mikael Sjöberg: Jag vill börja med det som Frits-Axel Wiesel inledde med, att patienterna har ett stort lidande. De flesta av dessa patienter har dessutom mycket svårt att företräda sig själva, och det gäller i de flesta situationer.

Dessutom är det mycket sällan som dessa patienter beskrivs som medborgare när man lyssnar på både politiker och tjänstemän. När en person går in i patientrollen är det som att han eller hon lämnar medborgarrollen någon annanstans. Det perspektivet måste vi bära med oss. Dessa människor är fortfarande medborgare i sina kommuner och har de rättigheter som medborgarskapet ger. De har också rättigheten att bli bemötta med respekt.

En fråga som man måste ställa sig är: Hur ser det ut i dag för de personer som vi här talar om? Hur ser deras vardag ut? Hur bemöts de av samhället? Svaret på dessa frågor finns ju tyvärr inte i bestämd form singularis. Vi är många som skulle önska att det fanns ett enkelt svar och en enkel paragraf som Socialdepartementet skulle kunna formulera för att lösa problemen, men så ser inte dessa problem, denna verksamhet och dessa människors situation ut. Svaret är snarare väldigt diversifierat. Det beror på var man bor, på vilka problem man har, på vilken bakgrund man har, på vilken personal som man råkar träffa för tillfället.

Vi kan konstatera att det på många håll finns problem inom den här verksamheten. Vi har hört en del mörka, andra mindre mörka beskrivningar här i dag, och det kan vi få också från andra ställen.

Vi ska också komma ihåg att väldigt mycket är bra. På en lång rad platser runtom i landet kan man besöka verksamheter inom kommuner, landsting och den statliga sektorn där man faktiskt med stolthet och raka ryggar kan möta såväl patienter som anhöriga och medborgare. Det perspektivet får vi inte glömma bort.

Under lång tid har det skett förändringar inom den här verksamheten. Det sker givetvis inom all verksamhet inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Inom psykiatrin har förändringarna ibland baserats på politiska beslut, ibland på ny kunskap inom professionen och ändrat arbetssätt, ibland på förändrade värderingar bland personalen inom professionen. Som ett exempel kan jag nämna att det inte är sällan som det glöms bort att de stora utflyttningarna från mentalsjukhusen skedde före psykiatrireformen.

Jag vet inte hur många sammanträden som jag har varit på där deltagare har haft bilden av att det var psykiatrireformen som tömde mentalsjukhusen, att ett riksdagsbeslut såg till att antalet patienter under en oerhört kort tid gick ned från 30 000 till 7 000. Det sägs mycket sällan att det var en långsam förändring baserad på en lång rad händelser, värderingsförskjutningar, ny kunskap och politiska beslut.

Det har hänt mycket som är positivt under åren. De flesta förändringar känner ni säkert till. Socialtjänstlagen ändrades 1982. Handikappreformen har genomförts. Psykiatrireformen var kanske den största enskilda förändringen. Handikappreformen som kom därefter har också stor betydelse inom det här området. Parallellt med detta har kunskapen ökat inom denna sektor. Jag är glad om också enigheten har blivit större inom professionen.

Inte sällan är det just inom psykiatrin tydligt att man som statstjänsteman möter en läkargrupp som är betydligt mera splittrad i sin bild än vad de andra läkargrupperna är – detta inte sagt som någonting negativt, men det är definitivt någonting som påverkar mitt och många andras arbete.

Hur ser det då ut just nu? Ja, regeringen studerar och försöker också agera när det behövs. Nyligen har flera initiativ tagits. Den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvård lyfte fram psykiatrin som ett av de tre prioriterade vårdområdena. Primärvården, sjukvårdsinsatser i äldreomsorgen och psykiatrin är ju de tre vårdområdena. Det säger väl någonting om regeringens syn på betydelsen av förstärkningar inom detta område.

Samverkansutredningen har lämnat sitt betänkande. Det planeras en proposition nästa år. Kommunförbundets och Landstingsförbundets utredning om medicinskt färdigbehandlade är en mycket viktig pusselbit. Den har gått ut på remiss, bl.a. till RSMH som troligen har fått den i dag – den skickades ut i går.

Verksamheten med personligt ombud är någonting som vi kommer att följa mycket nogsamt. Vi tror att detta är en verksamhet som kommer att vara betydelsefull. Den kommer naturligtvis att följas upp. Socialstyrelsen har det uppdraget. När vi får dessa uppföljningar och utvärderingar får vi se om formen är den rätta eller om det finns anledning till justering.

Hur ser då framtiden ut? Svaret på den frågan är ju givetvis bara möjligt att ge när framtiden har inträffat, men jag vill ändå lyfta fram några faktorer. Det är inte tid för nya, stora lagstiftningsprojekt. De problem som har lyfts fram här kommer inte att lösas av klubbslag i regeringssammanträdesrummet eller i riksdagens kammare. Det är snarare de små, men ack så viktiga, besluten i kommuner och landsting som avgör hur framtiden kommer att se ut. Den framtiden kommer att avgöras i väldigt stor utsträckning av hur man lyckas med samverkan mellan olika aktörer. Det handlar alltså om samverkan inom landstingen, inom psykiatrin men också mellan landsting och kommuner.

Jag måste ändå säga att det har hänt väldigt mycket under de senaste åren. När det gjordes olika nedslag i verksamheterna 1998 och 1999 var det förvånansvärt många som inte hade kommit i gång med att hantera den nya situationen. Psykiatrireformen var ju knappast ny då.

Gör man däremot nedslag i dag och diskuterar med kommunpolitiker och landstingspolitiker finns det en helt annan medvetenhet, en helt annan kunskap både på hög tjänstemannanivå i kommuner och inom politiska församlingar. Men man vaknade sent, det ska vi vara medvetna om. Det är det som vi har att hantera här och nu. På många ställen har man just kommit i gång på ett kvalificerat sätt.

Vi kan också konstatera att man på många håll fortfarande är intresserad av att leta efter fel hos den andra aktören som man ska samverka med. Det finns en oerhört stor fascination hos vissa över att leta efter dessa fel, fast det tycks ändå fungera på andra håll. Tydligen finns det metoder. Det som är positivt utifrån vårt perspektiv är att vi ser att de falangerna, de verksamheterna sprider sig. Det goda exemplets makt får ändå genomslag.

Den nationella handlingsplanens genomförande i landstingen och kommunerna är väldigt centralt. Här har Socialstyrelsen en betydelsefull roll som uppföljare och utvärderare av den verksamheten. Vi har sannerligen försökt att avsätta stora resurser för att verkligen klara av att följa upp och utvärdera hur det arbetet går.

Till sist vill jag också lyfta fram Socialstyrelsens allmänna förstärkningar inom det här området. Det är inte bara så att regeringen prioriterar detta, utan jag vet också att Socialstyrelsen lyfter fram dessa frågor. Jag tror att det är nödvändigt att lyfta fram dem ytterligare i debatten, men också att få kvalificerat beslutsunderlag till regering och riksdag, om det visar sig att det behövs fattas beslut.

Leif Carlson (m): Jag tänkte rikta frågan till Socialdepartementet och huvudmännen. Det har ju varit en väldigt intressant föredragning, fast kanske inte så upplyftande. Här har vi hört både pessimism och optimism. Man har talat om behov av radikala förändringar. Det är optimistiskt att det sker förändringar inom vetenskapen. Men jag får en känsla av att pessimismen överväger.

Under många år har man pratat mycket om det som ändå är den basala förutsättningen, dvs. samordningen. Man har inte talat så mycket om resurser, för sådana finns tydligen, men man kan tydligen inte samordna dem och man kan inte använda sig av sin kunskap. De kommer inte till användning för patienternas del. Det är samma problem som har ältats i årtal. Tydligen händer det väldigt lite.

Det handlar om vem som är betalningsansvarig, om att man har betalningsregler som möjliggör ett svartepettspel, om hur samutbildningar anordnas, om att man drar ned på platser utan att det korresponderar mot bostäder hos den andra huvudmannen, om att man har revirstrider, om att man hänvisar till varandra – antingen har man inget ansvar, eller också tar man inte sitt ansvar.

Det är uppenbart att det finns stora problem på ledningsnivå och huvudmannanivå. Nere på golvet, ute i verksamheterna har människor under många år strävat efter att samverka, och de gör det också rätt så bra, om de får möjlighet. Men de hindras ofta av nivåer högre upp som inte ens klarar samutbildningar och som inte har samma syn på problemen.

Efter att ha hört detta i så många år upplever jag det som oerhört otillfredsställande. Det är inte acceptabelt. Det är alldeles för många kockar och för mycket diskussion som gör att ingenting händer. Det måste alltså finnas något avgörande strukturellt som hindrar att man samverkar och samordnar resurser.

Jag vill då ställa en fråga till Socialdepartementet och särskilt till huvudmännen, som år efter år har talat om samordning: Vad avser man att göra rent konkret åt de rent världsliga problemen som ju faktiskt är mindre organisatoriska problem som man borde kunna lösa för att skapa de incitament till samordning som det har talats om och där man borde kunna använda den kunskap som finns för att hjälpa de sjuka? Trots det som Mikael Sjöberg sade, finns det inte behov av ändringar i lagstiftningen som skulle göra att samordningen

fungerade på ett annat sätt, så att den löper av sig själv i stället för att man ägnar sig åt sammanträden som mer handlar om navelskåderi?

Britta Rundström: Det går inte att förneka, det som du säger om att problemen har funnits under rätt många år. Men det är också viktigt att inse att förändringar tar tid. Det är processer som människor ska gå igenom såväl på ledningsnivå som nere på golvet. Om man ska genomföra någon förändring nu är det att skapa möjligheter för den gemensamma nämnden så att den kan samordna sina resurser. Man ska inte kunna tippa kostnaderna från den ena till den andra. Att det finns en svartepetter gynnar inte detta. Det som behövs är en gemensam nämnd. Men jag tror inte att man ska fatta beslut om att alla ska ha en sådan nämnd. Det viktiga är att man skapar möjligheter att ingå i en gemensam nämnd.

Ulf Bley: Man kan säga att det länge har funnits en massa brister. Å andra sidan kanske vi har skapat en del av dessa samarbetsbrister genom den process som vi vill ha. Det var lättare att samverka när många psykiatriska patienter var inlåsta på sjukhus. Då var det inte så många som skulle samverka. Nu försöker vi att ge patienterna möjlighet att leva ett normalt liv. Då blir det mer komplexa insatser som måste till och fler som är inblandade. Det blir krångligare, kan man säga.

När det gäller sjukvård, socialtjänst och andra aktörer handlar det mycket om kulturfrågor. Det handlar egentligen inte så mycket om huvudmannaskap, utan det handlar om olika professioner som bär med sig lite olika saker i bagaget och om mänskliga relationer. Det är nog inte på den stora, övergripande lagstiftningsnivån som problemen finns. Man måste hjälpas åt för att göra samverkan möjlig på ett mikropplan.

Man måste också komma ihåg att 90-talets ekonomiska kris har slagit hårt mot sjukvård, kommuner och landsting. Det är klart att det spelar roll att man har varit tvungen att fokusera på budget och sådana saker under ett antal år. Lösa vårdfrågor har man fått göra efter det att man har funderat på budgeten. Så säger verksamhetscheferna. Det är många saker som har spelat in här.

Mikael Sjöberg: Jag vill bara understryka att när jag sade att det inte är aktuellt med några stora lagstiftningsprojekt menade jag radikala förändringar, huvudmannaskapsförändringar eller helt nya inriktningar på denna verksamhet. Däremot lämnar jag öppet för att regeringen kan återkomma till riksdagen med propositioner, bl.a. baserade på Samverkansutredningens betänkande. Det innehåller just förslaget om en gemensam nämnd.

Det finns en utredning från Kommunförbundet och Landstingsförbundet om betalningsansvar och medicinskt färdigbehandlade som gick ut på remiss i går. Där håller jag också öppet för att regeringen kommer tillbaka till riksdagen med en proposition. Om det handlar om att identifiera de hinder som finns av den här karaktären tycker jag att vi ska vara öppna för behov av lagstiftning. Nu får både remissrundan och propositionsarbetet utvisa exakt vilka delar som vi i så fall behöver återkomma med till riksdagen.

Leif Carlson: Jag har bara en kort kommentar. Den finns en frustration både hos patienter och hos de som är verksamma. Jag började att arbeta i

sjukvården i slutet av 60-talet. Jag kom med i en social centralnämnd 1976. Efter det har jag arbetat många år i riksdagen. Förändringar tar tid, saades det här. Det har gått 30 år, och man möter fortfarande samma bild. Det är frustrerande. Att träffas 2011 och 2021 och föra samma diskussion tycker jag känns något skrämmande.

Chatrine Pålsson (kd): Jag vill börja med att tacka för alla engagerade inlägg, en del mer provokativa än andra, och det är ju också spännande.

Jag vill ställa några frågor. Jag börjar med att rikta mig till Sten Levander. Vilka personalgrupper anser du att det är brist på i dag och som vi behöver se över dimensionen på för att de psykiskt sjuka ska få ett riktigt omhändertagande? Det gäller alltså inte bara inom landstinget utan generellt.

Min nästa fråga vill jag ställa till Konrad Rosman. Hur stort tror du att behovet är av ökade vårdplatser, inte bara på sjukhus utan även inom särskilda boenden?

Den tredje frågan vill jag ställa till Kimmy Lindholm, Lena Eidevall och Sten Levander. Riksdagen fattade ett beslut 1997, det s.k. prioriteringsbeslutet där det anges att grupp 1 består av kroniskt sjuka med nedsatt autonomi. Hur tycker ni att det beslutet har gagnat de psykiskt sjuka människorna?

Den sista frågan är: Hur kan man förebygga psykisk sjukdom? Jag ställer frågan till kvinnan – jag ber om ursäkt för att jag har glömt namnet – som är barnpsykiater. Varför ökar våra barns ohälsa på det psykiska området?

Sten Levander: När det gäller personalkategorier kan vi i Malmö inte rekrytera psykiatrer, och det kan man inte någonstans i landet utom på några enstaka orter. Det råder en stor psykiaterbrist, och det handlar om planeringsmissar. Hela den negativa attityden till psykiatri som länge har funnits i Regeringskansliet och som delvis har illustrerats här i dag har haft konsekvenser. Det var ingen slump att Margot Wallström nämnde tio negativa omdömen om psykiatrin av tio möjliga.

Det andra problemet är den stora sjuksköterskebristen. Det tredje problemet är eftervårdspersonal. Där skulle vi önska fler kategorier av personal med olika kompetenser, t.ex. socialpedagoger och liknande. Man skulle behöva korttidsutbilda dem i olika typer av psykoterapeutiska tekniker, bl.a. kognitiv beteendeterapi. Där är det en oerhörd brist. Man har gjort en planeringsmiss, i första hand när det gäller utbildning av psykologer, sjuksköterskor och mentalskötare. De kan fungera alldeles utmärkt i en sådan verksamhet, och de är väldigt nödvändiga om man ska nå behandlingsresultat. Det som fungerar för den svårt sjuka gruppen är ju multimodala behandlingsprogram där många olika typer av kompetenser samlas och samverkar kring en person.

Jag vill också kommentera det förebyggande arbetet. I våras kom regeringen med ett program, underskrivet av justitieministern och statsministern. Där står det inte ett pip om förebyggande åtgärder som skulle förhindra rekrytering till SiS. Nästan alla som hamnar inom SiS har ju begått brott. Om man har ett brottspreventivt arbete som startar med riskgrupper och problemindivider för barn under tio år får man effekt, det vet vi. Sådana studier finns som

visar att dessa åtgärder är kostnadseffektiva. I den 70-sidiga utredningen som regeringen har presterat finns det inte ett pip om detta, och det är trist.

Konrad Rosman: Det är naturligtvis oerhört svårt att approximera hur många slutenvårdsplatser som egentligen behövs. Det beror på hur man ser på de platser som nu finns på de privata vårdhemmen och på de platser som har skapats inom rättspsykiatri. Våra tillkortakommanden när det gäller slutenvårdsplatser inom den ordinarie psykiatri får som konsekvens att patienterna skrivs ut för tidigt och ibland begår brott därför att man inte kan färdigvårda dem inom den slutna vården. Dock tror jag att en utökning med 20 % av slutenvårdsplatserna skulle behövas ur ett lundaperspektiv.

Jag approximerar, om jag tittar utifrån Lund, att det skulle behövas en ökning på 20–25 %.

Ordföranden: Sedan handlade det om prioriteringsbeslutet.

Lena Eidevall: Jag tror att man kan säga att ideologiskt har den sortens beslut betydelse, men ideologin har inte påverkat våra resurser särskilt mycket. Jag tror att jag är en av rätt många företrädare här som under en rad år har sagt att det är okej, att vi kan skära ned och vi kan förändra vården. Vi har varit övertygade om att öppnare vårdformer och annorlunda arbetssätt skulle lösa problemen. I dag har vi en situation där det visar sig att det behövdes både–och, inte antingen–eller. Det är sent att upptäcka det. Men så är det.

Jag tror att WHO:s arbete har haft en mycket större *impact* – och har det just nu – där vi faktiskt finns med på listan över de tyngsta och mest belastande diagnoserna i världen och att det börjar få ett genomslag.

Sten Levander: När det gäller prioriteringsbeslutet är svaret på frågan att det inte märks.

Ing-Marie Wieselgren: I Uppsala tror jag att just den här utredningen hade betydelse för de ställningstaganden som gjordes i samband med vår omorganisation, där man faktiskt prioriterade de svårast sjuka och skapade en organisation som skulle passa människor med psykosjukdom extra bra.

Ordföranden: Den sista frågan från Chatrine Pålsson handlade om det förebyggande arbetet, och den riktades till Lena Eidevall.

Lena Eidevall: Frågan gällde egentligen den ökande psykiska ohälsan hos barn och ungdomar. Det finns naturligtvis oerhört mycket tankar och teorier om det. En av dem, som jag tror att många omfattar, är att det egentligen inte i första hand handlar om en ökning av ohälsa utan om ett ökat kunskapsfält. Vi vet faktiskt en massa saker som vi inte hade en aning om – vi ville inte tro på det eller vi ville inte göra någonting annat.

Här tycker jag, till skillnad mot en del andra företrädare, att det har gått hand i hand med kunskapsutvecklingen inom socialtjänst, inom somatisk sjukvård och inom psykiatrisk vård, att vi samtidigt har börjat se på barn och ungdomar på ett helt annat sätt och sett att väldigt mycket av de kroniska och svåra psykiatriska tillstånden börjar oerhört tidigt.

En komplikation är att samtidigt som vi har den här gruppen som vi pratar om i dag, har kunskapen ökat väldigt mycket om andra grupper, som vi inte fokuserar så mycket på i dag, nämligen depressionssjukdomar och tvångstill-

stånd, både hos vuxna och hos barn och ungdomar, som naturligtvis tar väldigt mycket av våra resurser. Vi glömmer bort att prata om allt, så ofta blir det så att vi pratar om ett område, och då är det som om det var på ett annat sätt. Men om man tar allt detta på en gång kan man förstå varför det inte riktigt räcker till fast vi försöker.

Kenneth Johansson (c): Jag har en fråga som gäller rättspsykiatri, kanske närmast till Kenth Persson, Karsudden, och departementets företrädare. Jag har också en fråga som handlar om mångfald till Jan-Olof Forsén från RSMH.

När det gäller rättspsykiatri är en bild som beskrivs, och som har kommit fram delvis i dag och också vid andra besök, att det krävs en betydligt mer utvecklad samordning över landet. Efter domslut som har gjorts handlar det mer om att man tvingas leta med ljus och lykta efter *en* plats, inte efter en *lämplig* plats. Det är naturligtvis inte acceptabelt. Psykansvarskommittén, att beslut och finansiering hänger ihop, hoppas i alla fall jag ska bli resultatet.

Min fråga till Kenth Persson och departementets företrädare är om de instämmer i den här bilden och vad de anser att man i så fall kan göra för att se till att vi får en bättre samordning över landet.

När det gäller RSMH skulle jag vilja ställa en fråga. Det finns en fjärdedel i den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvård, och det är tillgänglighet och mångfald. Det handlar om att stimulera alternativa driftsformer. Då är min fundering om ni utifrån ett patientperspektiv kan se om det sker någon utveckling av de alternativa driftsformerna just inom psykiatri, och ni får också gärna reflektera över om det finns för- och nackdelar, som ni ser det, just ur ert perspektiv.

Kenth Persson: Jag vet inte om jag riktigt förstod frågan när det gäller samordning över landet. De rättspsykiatriska kliniker som finns i dag har tagit itu med frågan och försöker finna former för samordning. Jag kan tänka mig att vissa tillstånd är så pass sällsynta och svårbehandlade att man kanske behöver satsa på den vårdformen på enstaka ställen.

Problemet i dag är inte, som jag ser det, samordning inom rättspsykiatri, utan problemet är att finna bra samverkansformer lokalt mellan allmänpsykiatri och rättspsykiatri, som jag ser som en specialiserad del av allmänpsykiatri. Jag vet inte om det var svar på frågan.

Kenneth Johansson (c): Det är svar i den bemärkelsen att du då inte delar den uppfattning jag har fått från annat håll, att det behövs en bättre samverkan över landet. Du säger att det fungerar. Det är också ett svar.

Mikael Sjöberg: Jag instämmer i det tidigare svaret. Spontant vill jag svara på frågan – om inte också jag missförstår det hela, så att det sedan utkristalliserar sig något annat – att det nog snarare är just i fråga om behovet inom psykiatri, mellan de olika delarna, som de största problemen finns. Jag känner inte till frågeställningen om samordningsproblem inom landet.

Sten Levander: Jag är rätt aktiv i rättspsykiatri, och jag instämmer helt i Kenth Perssons och Socialdepartementets åsikt att det inte finns några problem när det gäller samordning av den specialiserade vården; den fungerar bra. Problemet är att lämna över till allmänpsykiatri på hemorten. Det beror

på att allmänpsykiatri i stor utsträckning fortfarande är avspecialiserad. För att sköta de här patienterna krävs kompetens, dvs. subspecialisering. Innan vi får en sådan subspecialisering accepterad ute i den allmänna psykiatri har vi kvar det här problemet. Då kan vi inte lämna över, och då får rättspsykiatri så gott det går försöka slussa ut sina egna patienter. Det är inte bra.

Vi behöver få en subspecialisering inom psykiatri när det gäller psykosvården och när det gäller den rättspsykiatriska vården i närområdet.

Jan-Olof Forsén: Vi tar inte ställning till om det är från privat eller offentligt som det kommer saker. På hemmaplan var vi först med att dra i gång ett boende i en ekonomisk förening ihop med Schizofreniförbundet, och det fortlever, fastän kommunen har 14 egna alternativ. Vi fick vara lite föregångare där, och det tog kommunen ad notam. Däruppe kallar vi det inte boendestödjare, utan boendehandledare, som vi tycker är ett bättre ord.

Det som är problemet är naturligtvis de privata vårdhemmen i Småland och Skåne, som är långtifrån hemorten och som gör det väldigt svårt med samverkan och också gör det väldigt svårt för dem som är där. De behöver få ett stöd, t.ex. genom att de personliga ombuden kan få en möjlighet där. De personliga ombuden är kopplade till den kommun där de finns, och dessa personer är så långt från sin hemkommun att det är ett särskilt problem med hur de ska få stöd. De behöver det också, för annars blir de lätt bortglömda och kommer utanför dagordningen.

Jag har tänkt på det här med gemensam pott och gemensam nämnd. Är det inte så på Gotland att det redan är både landsting och kommun, att det är ett och samma? Det är inte utan problem därför att det är löst, så man kan titta lite på Gotland och se vad som kan bli nästa steg när man har funnit den politiska lösningen. Man kan åka till Gotland och få höra vad det är för problem som då dyker upp.

Det som över huvud taget är viktigt är självvalda lösningar, att det finns någonting att välja på, att det finns ett smörgåsbord. Det ska vara precis som när man ska byta boende och far och tittar på området, i affärer osv. Den möjligheten borde finnas i en självvald miljö, att man har alternativ. Det är inte alltid så. Vi som intresseorganisation får se upp, så att det inte är vi som driver de här grejerna, så att vi blir utförare. Däremot kan vi kanske vara med och påverka innehåll och annat. Vi bet oss själva i baken när vi höll på med något som hette Vallmotorp, som vi försökte utveckla och fick lägga ned. Vi kan ha idéer, men jag tror att vi förstör organisationen om vi blir utförare.

Lotta N Hedström (mp): Jag är rädd att min fråga är ganska grannlaga, och jag ställer den till Socialstyrelsen, som ansvarig myndighet.

När jag har lyssnat här och försökt strukturera vilka kontaktytor som finns som objekt för samverkan visar det sig vara hemskt mycket. Jag har nio punkter, och jag vet inte alls om det är heltäckande. Jag skulle önska någon form av prioriteringstanke från Socialstyrelsen, eftersom man som politiker har att handskas med prioriteringar.

Vilket av följande samverkansområden är det viktigaste? Jag rabblar det som jag har förstått av dagen.

Det första är den institutionella nivån, dvs. landsting, kommun och övriga. Bland övriga har nämnts t.ex. universitet, kriminalvård och Migrationsverket.

Är det samverkan mellan somatik och psykiatri?

Är det samverkan mellan öppenvården och slutenvården, t.ex. runt utskrivningar eller nyinskrivningar?

Det fjärde området är inom psykiatri själv – det har ju berörts på olika sätt. Det gäller samverkan mellan rättspsykiatri och barn och ungdom, allmän psykiatri och möjligheten till subspecialiseringar.

Det femte området är specifikt viktiga områden, som boende, rehabilitering, daglig sysselsättning och fritid.

Den sjätte punkten är samverkan mellan det förebyggande i vid bemärkelse och vården i stort, så att människor inte blir psykiskt sjuka. Det är alltså två väldigt ospecifika men stora områden.

Det sjunde området är mellan anhöriga och vården.

Det åttonde är samverkan mellan de privata vårdgivarna och den offentliga vården.

Det nionde och sista området, vilket jag spontant känner skulle kunna vara nyckeln – det är det jag önskar att Socialstyrelsen verifierar eller avfärdar – är runt och med patienten i sådana här vårdteam. Det är egentligen den bild som vi såg från Uppsala, med patienten med en massa cirklar runt, en pågående, successiv, kontinuerlig samverkan, oavsett i vilken situation patienten är.

Vilket av de här områdena tycker Socialstyrelsen är det viktigaste och det primära?

Helena Silfverhielm: Av de nio som nämndes i ganska rask takt – jag hann inte anteckna – skulle jag, för att göra det riktigt enkelt för mig, vilja prioritera den sista. Jag tycker att det stämmer. All samverkan måste utgå från, med, av och kring patienten. Sedan är det väldigt svårt att prioritera mellan de övriga åtta punkterna. Det är ju inte eller–eller, utan det är och–eller, och det får avgöras i varje enskilt fall hur samverkan ska se ut.

Så skulle jag vilja svara. Jag hoppas att Claes-Göran Stefansson tycker likadant.

Lars Hellgren: Jag som är barnpsykiater tycker att den självklart första prioriteringsgrunden måste vara det förebyggande arbetet, för att slippa få en så stor population som psykiatriska vårdtagare. Det är väldigt lätt att säga, men det är svårare att göra.

Rolf Olsson (v): Jag har två frågor. Den första frågan tänkte jag ställa till Uppsala och Sundsvall i första hand, utifrån att vi har fått bilder bl.a. från Lund–Malmö-området. Lena Eidevall gav en bild av att hon saknade en levande diskussion om hur medlen från psykiatrisatsningen, i enlighet med intentionerna i den nationella handlingsplanen, ska användas lokalt och regionalt, och att verksamhetsansvariga inte dras med aktivt i sådana här diskussioner – det borde naturligtvis vara en viktig förutsättning för att nå framgång.

Jag uppfattade av Landstingsförbundets Ulf Bley att det fanns helt andra erfarenheter från andra delar av landet, och jag tyckte att det var viktigt att få

lite mer belyst just från Sundsvall och Uppsala om det förekommer sådana diskussioner där.

Jag skulle också vilja höra av företrädarna för intresseorganisationerna om de är indragna i sådana diskussioner kring de nya resurserna. Det är också en viktig del. Det var fråga nr 1.

Fråga nr 2 handlar om en av de särskilt utsatta grupperna, som av många har bedömts som särskilt utsatt, bl.a. i den utvärdering som gjordes av psykiatrireformen. Det är gruppen med s.k. dubbel diagnos, dvs. missbruk och psykiatrisk sjukdom. Några har berört den gruppen. Jag uppfattade att det för den gruppen ansågs väldigt centralt just med sammanhållen vård och samverkan. De för väldigt illa när det splittrades. Jag skulle vilja veta lite hur bilden ser ut ute i landet, om det finns goda exempel på arbete med denna grupp.

Det är i första hand de olika verksamhetsföreträdarna som jag skulle vilja ställa den frågan till.

Kimmy Lindholm: I Sundsvall har vi deltagit i de här diskussionerna och framfört önskemål, så det finns en lista på sådant som vi vill ha. Det är ett ungdomspsykiatriskt team, med de två gränserna 16 och 25 år. Vi behöver resurser för ätstörningsgruppen vad gäller slutenvård. Andra psykiskt funktionshindrade och äldre finns med på den här listan. Vårt bekymmer och vår oro är att pengarna har ramlat ned i några svarta hål, men det har jag inte hört någonting om vidare.

När det gäller dubbel diagnoser finns det samverkan med en av kommunerna, Sundsvalls kommun, som är den största och kanske har de största problemen med missbrukare. Man har ordnat speciella boenden och ett speciellt boendestödsteam för just den gruppen, men där finns onekligen mycket mer att utveckla.

Frits-Axel Wiesel: Vad gäller just de extra medlen har vi i Uppsala gjort en prioriteringsplan, och vi har fått utarbeta ett förslag till våra politiker hur de pengarna skulle användas.

Vad som kan hända är att på högre tjänstemannanivå, dvs. ovanför verksamhetsnivån, ändrar tjänstemännen saker och ting. Det ledde till en del intensiva diskussioner i Uppsala. Det uppstår ibland en konkurrenssituation mellan centralt placerade tjänstemän och verksamhetsföreträdare, vilket politikerna kanske inte alltid känner till. Då löste vi frågan. Vi fick kontakt med politikerna, och vi fick en prioritering som vi hade önskat från början i samråd med politikerna tidigare.

Vad gäller dubbel diagnosfrågan ber jag Ing-Marie Wieselgren kommentera den.

Ing-Marie Wieselgren: Även den gruppen är en väldigt stor grupp, och dubbel diagnos kan vara missbruk med väldigt många olika saker. När det gäller just missbruk och psykos har vi sagt att man i våra rehabteam är välkommen även om man har en dubbel diagnos. Vi har också gjort en gemensam grupp – det är en av de här samverkansgrupperna – med kommunen kring just dubbel diagnoser. Kommunen har ett speciellt boende och en grupp som vi samverkar med på olika ställen.

Det går att göra mycket. Det finns också exempel från Västerås, där man har haft något som man kallar spindelprojektet, där man har jobbat väldigt tätt tillsammans med socialtjänsten. Det är väl det man behöver göra, och det behöver vara ett väldigt konkret arbete. Där måste samverkan verkligen ske nere på den nivå där personerna finns.

Jan-Olof Forsén: De här försvarsmiljarderna – eller kanonpengarna, som en del säger – har vi varit intresserade av. Jag och dåvarande ordföranden i Schizofreniförbundet – vi bor båda i Västerbotten – uppvaktade landstinget i februari och visste då att årets pengar försvann i svarta hål, men för framtiden skulle det finnas avtal och planering. Vi blev lovade att de skulle återkomma, men jag har inte sett röken av dem.

Vi har ett förbundsråd i slutet på november och har bett, eftersom de kommer från samtliga län, att man ska försöka ta reda på vad som hände, var avtalen finns och hur de ser ut. Vi är intresserade. Det fanns en diskussion, i samband med Landstingsförbundets kontaktnät, om att vi skulle uttrycka någon form av ilska eller poängbedömning: Hur blev det med de här pengarna? Det är ganska viktigt. Vi vet inte i dag. Jag tror att vi knappast har varit med någonstans.

Ordföranden: Vill någon från Lund eller Malmö kommentera detta med dubbeldiagnoser?

Sten Levander: Då vill jag lämna över till Bengt Sternebring, som är chefsöverläkare på beroendekliniken och just ska bli enhetschef för en dubbeldiagnosverksamhet.

Bengt Sternebring: Från Malmös horisont håller vi på att arbeta med de riktigt svåra dubbla diagnoserna. Det är ju också en definitionsak, med dem som har en GAF-score, som Ulf Malm pratade om, som ligger lågt ned. Där har vi ett samarbete på gång mellan socialtjänsten, sjukvården, anhöriga och brukarorganisationerna, som sitter med i vårt arbetsutskott. Det ska bli en boendeform och en öppenvårdsverksamhet.

Vi har också andra former av verksamheter för dubbeldiagnoser i södra Sverige. Jönköping har kommit ganska långt, och Lund håller också på att starta.

Konrad Rosman: Jag kommenterar gärna detta med dubbeldiagnos. Vi har startat i Lund, och vi har tidigare haft den typen av verksamhet i Trelleborg. Detta är en patientpopulation som är i ständigt ökande. Jag tror att alla psykiatriska verksamheter måste avsätta medel för den här gruppen. Det görs nu i Lund i samråd med kommunen, där vi också har särskilda boenden för den här gruppen. Den är starkt expanderande.

Där borde vi verkligen tala lite mer om profylaktiska åtgärder, hur vi kan förhindra att allvarligt psykiskt sjuka börjar missbruka. Då kommer vi åter in på frågorna kring slutenvård, sysselsättning och boende redan tidigt i processen när man drabbas av en sjukdom.

Gun-Marie Pettersson: Jag måste säga väldigt tydligt när det gäller SiS, LVM och dubbeldiagnoser, att vi har alltså de svåraste klienterna. Vi sitter med svartepetter. Det finns ganska litet intresse hos både kommuner och

landsting för de svåraste hos oss. Sedan har vi goda exempel när det gäller gruppen under, dvs. missbrukare med psykiatriska problem men inte riktigt så svåra psykiatriska problem. Där har vi också familje- och nätverksarbete och mycket kontakt med framför allt kommunerna och i viss mån landstingen. Men vi sitter alltså med svartepetter i den här målgruppen – det kan man nog säga.

Catherine Persson (s): Det var just dubbeldiagnoserna som jag skulle vilja fråga lite mer om. Konrad Rosman svarade en del på det. Jag skulle vilja fortsätta på det Gun-Marie Pettersson sade tidigare.

Jag har upplevt via SiS verksamhet att det finns ett väldigt litet intresse från psykiatrin när det gäller dubbeldiagnospatienterna där. Är det för svårt, eller väljer man bort detta därför att det är brist på resurser? Eller har man själv selekterat därför att man har ett intresse och tar någonting annat? Det är ett jättebekymmer i dag att man väljer bort de här patienterna, för det är de som behöver oss bäst, om jag nu får prioritera. Jag skulle vilja att de fick lite mer utrymme.

Jag skulle också vilja ställa en annan fråga. Vi har allt från de verksamheter som beskrivs som väldigt positiva till rena eländesbeskrivningar av psykiatrin. Precis som i vården i övrigt behöver vi människor som vill arbeta i psykiatrin i framtiden. Då är min fråga till Landstingsförbundet och Kommunförbundet men också till verksamhetscheferna: Hur jobbar ni i dag? Det är faktiskt så att psykiatrin är en lysande framtidsbransch. Där finns massor av utmaningar att bara hugga tag i, som det skulle vara jätteroligt att jobba med. Hur gör ni där? Det går inte att som psykiatriöverläkare säga att det bara är skit – då vill ingen jobba där.

Konrad Rosman: Detta har ju varit ett stigande problem de senaste åren. Epidemiologin springer ibland ifrån de metoder som har utvecklats inom psykiatrin. Men sedan ska vi också säga att detta är en mycket besvärlig patientgrupp, där den traditionella psykiatriska mottagningen har stora tillkortakommanden. När det gäller klassisk kontorspsykiatri är detta en patientgrupp som inte kommer på mottagningstider, och om de kommer till mottagningen kommer när de inte har tid. Ibland är de påverkade och ställer till, och folk är rädda för dem osv.

Vad vi försöker göra är att arbeta fram nya metoder, vilket kräver interna prioriteringar som kan vara rätt svåra att driva igenom med moderna metoder, som inte faller alla på läppen i en traditionell psykiatri. Detta arbete drivs mycket hårt från vår sida, för att hitta metoder, definitivt. Det är den svårast sjuka gruppen.

Sten Levander: Det finns ju många ställen där vi har psykiatri och komplicerade tillstånd. Jag kan nämna fängelser. Just i dag avslutar vi en genomgång av 200 svåra våldsbrottslingar vid riksmottagningen på Kumlafängelset, där vi har gjort psykiatrisk diagnostik och en massa annat på dem för att se vad det är för människor. Där är det kvintupeldiagnoser, vanligtvis, alltså fem olika separata psykiatriska diagnoser. Jag tror inte att jag har träffat någon som har varit utan psykiatrisk diagnos.

Samtidigt är det här ett område som är terra incognita för den vanliga psykiatrin, därför att den är avspecialiserad och fungerar med geografiskt totalansvar för ett visst område. Det betyder att man inte utvecklar någon subspecialisering. För att hantera de här patienterna måste man veta vad man gör. Man måste skaffa sig kompetens, erfarenhet, lära av andra som kan jobbet, få någon sorts trygghet och uppleva att det är ett roligt och spännande arbete. Det finns inga sådana platser i Sverige i dag – vi saknar ju detta.

Kriminalvården har valt att inte ha någon psykiatri. De har nästan inga psykiatrer i verksamhet, utan de har somatiska läkare. Problemet är att de borde ha en kriminalvård psykiatri, men de kan inte bygga in den i sin egen verksamhet, för det har aldrig fungerat någonstans. Det blir en särpsykiatri, dit ett sediment av dåligt fungerande läkare söker sig.

Det måste vara allmänpsykiatrin som servar de enheter som har psykiatriska patienter av det här komplexa, utagerande slaget som kräver särskild kompetens. Detta har vi inga strukturer för, och det är ingen belöning i det för dem som försöker heller.

Ett problem här är den s.k. normaliseringsprincipen, som innebär att de som sitter i fängelse eller på SiS och blir sjuka ska söka den vanliga sjukvården, dvs. att man får prata med en mentalskötare på en sektorsmottagning. Det fyller ju ingen funktion över huvud taget. Vi borde i stället ha myndighetsansvar. SiS och kriminalvården ska köpa tjänster inte av enskilda läkare utan av psykiatrin, och allmänpsykiatrin ska vara en stor, diversifierad verksamhet som innehåller dels den vanliga psykiatrin, dels en rad typer av subspecialiserad verksamhet för speciella tillstånd som kräver speciell kompetens. Dit hör hela den här gruppen av utagerande personlighetsstörningar och alla komplikationer därtill, med missbruk, psykosinsjuknanden och andra sociala problem som lagrar sig ovanpå detta.

Här tror jag att man måste tänka om. Normaliseringsprincipen ska bort och ersättas av samarbetsavtal med betalningsansvar från de enheter – SiS, kriminalvården osv. – som behöver hjälp av psykiatrin, och den stora allmänpsykiatrin ska vara så subspecialiserad att vi kan serva. Då kommer det att fungera. Då kan vi rekrytera. Annars blir det som det är just nu: katastrof.

Britta Rundström: Jag tänkte försöka svara på frågan om vad intresseorganisationerna gör för att försöka anställa mer folk, vilket ju behövs i framtiden. Kommunförbundet har sett att det kommer att saknas 570 000 människor bara i den kommunala verksamheten. Det gäller då "mjuka" verksamheter, och det är givetvis bland lärarna samt inom vården och omsorgen som de stora grupperna finns och där detta är den ena delen.

Kommunförbundet fick förra året i uppdrag av samtliga kommunstyrelsers ordförande att arbeta kraftfullt med just frågan om personalförsörjningen. Det har lett till att vi har dragit i gång ett ganska stort projekt, som inleddes med att vi skulle försöka ändra attityderna till arbetsgivarna. Det var det uppdrag vi fick. Man såg nämligen att ingen ville arbeta i den offentliga sektorn. Efterhand kom vi på att det kanske ligger något i att man inte vill arbeta där, att vi kanske inte är tillräckligt goda arbetsgivare. Därför har vi till att börja med

sagt att vi måste hjälpa kommunerna att bli goda arbetsgivare. Vi kommer nu att erbjuda ungefär 70 kommuner ett direkt stöd, först till ledarskapsutveckling och sedan till att kunna certifiera sig i någonting som heter Investors in People. Det ska vara ett verktyg för att hjälpa arbetsgivarna att genomföra det man tänkt genomföra och att känna igen sig i de målsättningar som finns och som ska genomsyra hela organisationen, där de som arbetar också kan känna att de kan påverka sin egen situation. Det ska också vara ett verktyg för att visa att man blir den goda arbetsgivaren, att man gör det som man själv har tänkt sig att man ska göra. Om man blir den här goda arbetsgivaren ska det i nästa omgång leda till, tror vi, att de som arbetar i organisationen blir de bästa ambassadörerna för att man skulle vilja arbeta inom den offentliga sektorn.

Det är ju inte så att vi inte anställer människor. De senaste åren har kommunerna anställt över 70 000 nya medarbetare. Men vi läser också i medierna att det finns för få behöriga lärare. För närvarande är det inom vårdsektorn 55 % som inte har någon som helst vårdutbildning. En del av dessa är precis de som hamnar inom boendestödet i psykiatri. De grupper vi skulle behöva – socialpedagoger och vad de nu skulle kunna ha för utbildning – finns över huvud taget inte att få tag på. Vi tycker själva att det är ett bekymmer. Inom sjukvården skulle ingen drömma om att anställa en läkare som inte är utbildad läkare eller en sjuksköterska som inte är utbildad sjuksköterska. Men på den här nivån anställer man människor som inte har den adekvata vårdutbildningen. Det här är ett oerhört problem. Därför tror vi att nästa steg är att vi måste hjälpa till att utbilda de människor som vi kan anställa och som inte har någon utbildning. De resurserna har inte kommunerna. Vi visade också i handlingsplanen att om vi bara skulle försöka få upp nivån inte på dem som ska gå i pension de tio närmaste åren utan de andra skulle det handla om en kostnad på någonstans mellan 12 och 15 miljarder kronor. Vi pekar då på, och vi hoppas att Socialstyrelsen nu ska hjälpa oss med det, att de andra system som finns runtomkring, hos AMS osv., måste hjälpa till så att man kan utnyttja detta. Det ska inte vara så att man måste vara arbetslös för att kunna utnyttja de här systemen. Här måste vi ändra så att de hjälps åt.

Dessutom kommer Kommunförbundet nu att starta en s.k. e-tidning. Vi kommer att starta en databas där alla ungdomar från 7:e klass och uppåt kommer att finnas med, och det kommer att vara en professionell tidning där de lokala kommunerna kommer att kunna annonsera – inte om de offentliga jobben, utan beskriva vad det är att arbeta i vården. Man kan alltså rikta sig till unga människor och låta dem se att det här faktiskt är positiva arbeten.

Ordföranden: Jag har nu några ytterligare som ska få kommentera den här frågan; sedan har jag tre frågeställare på min lista. Jag avser att avsluta den här utfrågningen som planerat kl. 13.15, och det innebär att jag hoppas att vi kan ställa korta, konkreta frågor och lämna korta, konkreta svar. Då kommer vi att hinna med alla frågeställningarna. Men först, innan vi går vidare på frågelistan, finns det en kommentar från Uppsala som jag antar handlar om detta med dubbeldiagnoser.

Ing-Marie Wieselgren: Jag vill bara förstärka detta med att det finns specifika metoder att arbeta med den här gruppen i dag. Det saknas alltså inte kunskap, men vi behöver ta till oss den. Det behöver vara specialteam och speciella platser. Det är också väldigt viktigt att vi jobbar förebyggande. Jag tror att man behöver ta in det här mer inom barn- och ungdomspsykiatri. Ungdomar i dag knarkar och super alldeles för mycket, och det kommer att skapa stora problem framöver.

Låt mig också bara kort hänga på det här senaste: Rent konkret tror jag att vi måste synas mycket mer i samhället om vi ska vara attraktiva för ungdomar, både när det gäller att söka vård hos oss och att söka arbete hos oss. Vi måste visa att vi finns. Vi skulle behöva barnprogram som inte bara handlade om Bob Byggare utan också om Polly Psykolog och Siv Skötare. Vi behöver komma ut i skolorna och synas. Jag tror att vi måste ta emot pryoelever, även om vi tidigare har sagt att vi inte kan ta emot elever på grund av säkerhet och sekretess. Men de kommer inte att komma till oss om de inte har fått se vår verksamhet och fått se att vi har metoder i dag som kan hjälpa människor. Jag tror nämligen att ungdomar framöver också kommer att vara intresserade av yrken där man kan ge en bra hjälp till medmänniskor.

Gun-Marie Pettersson: Jag har en kommentar till Sten Levander, som sade att det var katastrof inom LVM-vården. Jag skulle inte vilja säga att det är en katastrof. Vi har en ganska bra differentiering, och även om det saknas strukturer för samarbete med allmänpsykiatri – för det gör det; de är väldigt ointresserade – har vi egna heltidsanställda läkare på de ställen som har de svåraste klienterna i dag. Problemet är att det blir fel när vi anställer heltidsanställda läkare till det som landstinget har ansvar för – såvida man nu inte bestämmer sig för att vi ska ha det så i samhället. Det är alltså en politisk fråga.

Frits-Axel Wiesel: Jag skulle också vilja kommentera detta. Man kan subspecialisera verksamheten, och på sina håll i landet har man gjort detta. Som jag ser det måste man då i paradigmskiftet lämna sektorspsykiatri. Det tror jag är grundläggande. Det är grunden för att kunna utveckla subspecialiseringen. Vad sedan gäller rekrytering och utveckling av nya områden för psykiatri måste vi komma ihåg att de flesta ställen i landet sedan 80-talet har fått 20 % mindre resurser. Men kraven på vad vi ska göra ökar hela tiden. SiS är ett nytt krav plötsligt. Det kanske inte handlar om ovilja, men det handlar om en resursbrist: Hur mycket kan vi göra med 20 % mindre resurser i dag än i går?

Ordföranden: Lena Eidevall vill också kommentera detta. Det får bli den sista kommentaren runt denna fråga.

Lena Eidevall: Jag ska säga något jättkort om personalförsörjning. Vi ser det som en av de absolut viktigaste frågorna för oss att jobba med de närmaste åren. Vi utbildar vårdambassadörer. Jag vågar påstå att av de 850 som är anställda i min division är i stort sett alla oerhört glada över att jobba med psykiatri och utmärkta vårdambassadörer varje dag. Det här är ett tillfälle där vi har möjlighet att lyfta upp problem. Det är ett unikt tillfälle, tycker jag. I

vanliga fall jobbar vi heltid med att alltid vara entusiastiska och att alltid tala för vår vara.

Ordföranden: Då har jag tre frågeställare på listan. Ska detta fungera måste det vara korta frågor och korta svar.

Chris Heister (m): Jag vill knyta an till det sista som handlar om SiS verksamhet. Jag skulle vilja fråga till Gun-Marie Pettersson: Hur har er verksamhet påverkats av att ni har fått ett nytt åtagande när det gäller LSU? Har de ungdomar som är föremål för LSU en annan komplex situation än de som "sitter" på grund av LVM-lagen när det gäller er verksamhet?

Sedan har du varit väldigt tydlig när det gäller synen på vad huvudmännen Landstingsförbundet och Kommunförbundet behöver för att kunna driva en bra verksamhet. Den verksamhet som SiS driver var ju tidigare, åtminstone när det gäller LVM, landstingens ansvarsområde. Det skulle vara intressant att höra vad Kommunförbundet och Landstingsförbundet tycker om SiS verksamhet och vad ni har för diskussioner om att möta upp mot de krav och önskemål som SiS har för att kunna bedriva en bra verksamhet för de ungdomar som kanske är mer utsatta än några andra när det gäller det här området. Det var två frågor inom den första frågan.

Min andra fråga rör det som Jan-Olof Forsén tog upp och som ingen egentligen har kommenterat, vilket jag skulle vilja att man gjorde. Det gäller den gränsdragning vid 18 år som också vi har mött mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Jan-Olof säger att han är rädd att man får ytterligare problem om man har en gränsdragning vid 16 år och en vid 25 år. Jag skulle vilja att man från verksamhetens sida tog upp den handsken och kommenterade detta. Det var de två frågor jag hade.

Ordföranden: För att vi ska gå i land med detta rent tidsmässigt tänker jag släppa fram de andra två frågeställarna också, så får vi försöka samordna svaren i slutskedet.

Lars Gustafsson (kd): Jag ska fatta mig mycket kort och ställa frågan sålunda: Ett antal talare har anfört att missbrukssituationer mycket tydligt finns hos de här patientgrupperna. Det har också påpekats att det finns problem inom rättspsykiatri och problem med vårdplatser inom rättsvården. Då undrar jag: Socialdepartementet bereder nu en proposition om en handlingsplan för narkotika. Kommer ni där att beakta de synpunkter som här har framkommit?

Elisebeht Markström (s): Jag kan haka på Chris Heisters fråga och utvidga den till Socialdepartementet. Kan man tänka sig framöver att SiS ska bygga upp en egen verksamhet kring det vi nu har talat om, eller ska landstingen fortsatt ha ansvaret? Kort och koncist.

Gun-Marie Pettersson: Vi har alltså tre verksamhetsområden varav två inom ungdomsvården, nämligen LVU och LSU. LSU har ju vuxit och blivit väldigt mycket större än vad man hade tänkt sig. Det har inneburit väldigt mycket för ungdomsvården. Du ställde frågan vad det har inneburit för LVM-vården. Det har inneburit att vi har konverterat allt som går att konvertera från LVM till ungdomsvård. De institutioner som tidigare har jobbat med yngre

missbrukare som är tvångsomhändertagna enligt LVM har fått börja arbeta med äldre missbrukare inom ungdomsvården. Det har också påverkat innehållet en del, eftersom vi naturligtvis har fått något mer kriminalitet i och med LSU. Med vårdplanering, vårdinnehåll och metoder kommer det att betyda en hel del. Men för LVM betyder det mindre platser – bara 14 hem och mindre möjligheter att differentiera.

Ordföranden: Tack! Sedan riktades frågan också till Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Ulf Bley: Det som har framkommit om brister i samarbete mellan psykiatrin i landstingen och på SiS institutioner är sant. Vi tycker att det första steg som tagits med en gemensam kartläggning är väldigt värdefullt. Det finns nu inte tid att fördjupa sig, men i den kartläggningen finns både ett antal konkreta problem och också en massa möjligheter. Vi ska analysera det här gemensamt och gå vidare med det. Jag kan också nämna, vad gäller goda exempel på det här området, att det anordnas en konferens i Örebro i januari där vi, Socialstyrelsen, SiS och Kommunförbundet är med och arrangerar. Det handlar om dubbel diagnoser och den biten.

Det finns saker att göra i samverkan mellan SiS och landstingen, men det jobbar vi på.

Britta Rundström: Jag kan understryka det Ulf säger. När samverkan mellan kommun och landsting inte fungerar tillräckligt bra hamnar en del av ungdomarna hos SiS. Kommunerna är inte speciellt nöjda med SiS. Det är dyrt, man höjer priserna och det är inte alltid man lyckas. Jag förstår att det är besvärligt på SiS också. De ungdomar som kommer dit kommer förmodligen dit väldigt sent. Det beror inte bara på kommunerna, utan det är också så att LSU har tagit väldigt många platser så att det finns väldigt få LVM-platser. Ungdomar står faktiskt i kö där, även om man skulle vilja att de kom dit. Men som sagt: En bättre samverkan, ett bättre arbete och ett nytänkande om arbetet kring de här ungdomarna tror jag skulle vara bättre än att de hamnar på de här slutenvårdsplatserna.

Ordföranden: Sedan var det frågan om detta med åldersgränserna.

Ing-Marie Wieselgren: Jag skulle föreslå att man i stället för att göra nya gränser tar bort gränserna, att man tittar på den enskilda personens behov i stället för den kronologiska åldern. Om jag får ge ett exempel tänker jag mig ett psykoteam som tar hand om alla psykoser och där man hör till denna enhet. Sedan kan man inom den verksamheten ha några som är specialister på ungdomar och några på lite äldre, dvs. att vi mer subspecialiserar i stället för att åldersindela.

Ordföranden: Tack för det! Då lämnar jag ordet till Mikael Sjöberg, både när det gäller SiS-frågan och detta med narkotika.

Mikael Sjöberg: Jag ska försöka att vara kort. Vad gäller den narkotikapolitiska handlingsplanen är redan det här perspektivet ett av de frågeområden som vi jobbar med. Självklart tar vi också med oss synpunkter härifrån. Det är faktiskt en av orsakerna till att vi är fyra stycken från Socialdepartementet här

i dag. Vi tyckte att det här var ett utmärkt tillfälle att lyssna av hela det här frågekomplexet, som är minst sagt just komplext.

Vad gäller SiS är det självklart så att landsting och kommuner ska ta sitt ansvar. Sedan ska vi nog vara väldigt medvetna om, och oerhört tacksamma för, att vi har en myndighet som i den här mycket besvärliga terrängen ändå lyckas hantera denna besvärliga situation så pass bra som man gör. Givetvis är det ibland tveksamt om det är statens ansvar eller en viss myndighets ansvar, men till sist sitter ju SiS med den här problemsituationen och måste då hantera den, vilket vi tycker att man gör på ett föredömligt sätt. Men det är kommuner och landsting som har ansvaret.

Ordföranden: Tack för det! Då har vi genomfört dagens program. Jag ska be att få tacka alla er som har kommit hit och bjudit på er kunskap och er erfarenhet. Det har varit en mycket intressant och lärorik förmiddag. Jag känner att vi kunde ha fortsatt några timmar till, men det ska vi inte. Vi har en tidsbudget också. Tack så hemskt mycket! Utfrågningen är avslutad.

Bild 1

Docent Ulf Malm
Neurovetenskapliga institutionen Göteborgs Universitet
Sahlgrenska Universitetsjukhuset
ulf.malm@neuro.gu.se

INTEGRERAD PSYKIATRI

Evidensbaserad

Riksdagen 2001-11-13

Bild 2

INTEGRERAD PSYKIATRI

EN KOSTNADSNEUTRAL METODIK

Man fick bättre resultat för den
summa pengar som vård, social
service och sjukersättning för
patienterna ändå skulle ha kostat

Bild 3



Det är möjligt nu.

Bild 4

**EVIDENSBASERAD
INTEGRERAD
PSYKIATRI**

Guldevidens

OTP



Bild 5



Bild 6

OTP-projektet genomfördes 1994-2000

**A TWO YEAR CONTROLLED STUDY OF
INTEGRATED CARE IN SCHIZOPHRENIA**

**A TWO-YEAR CONTROLLED STUDY OF
CONSUMER SATISFACTION IN SCHIZOPHRENIA**

**COMPUTER-AIDED OUTCOME REPORTING IN
PSYCHIATRY**

Bild 7

EVIDENSBASERAD PSYKIATRI

- Bästa forskningsevidens ”synnerlig vikt vid patientnära forskning”
- Klinikerns experterfarenhet
- Patientens värderingar

När ovanstående tre element är integrerade kan gemensamt beslutade behandlingsmetoder få optimal effekt och leda till optimal livkvalitet

Bild 8

GULDEVIDENS

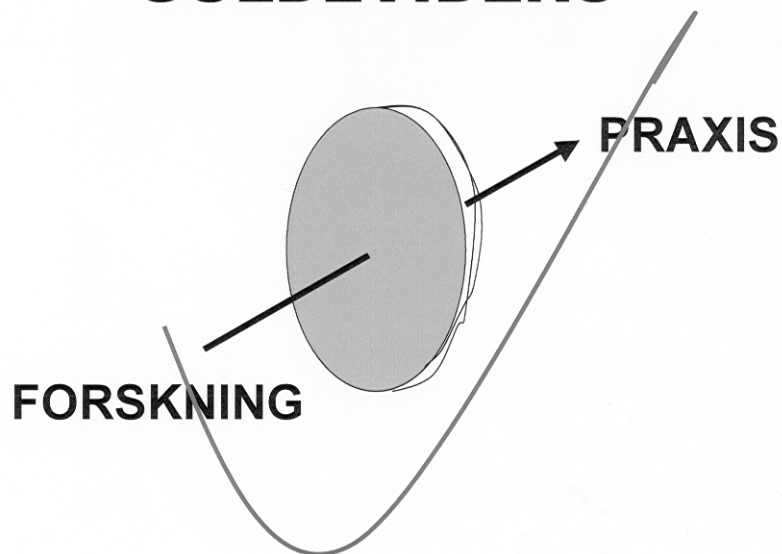


Bild 9

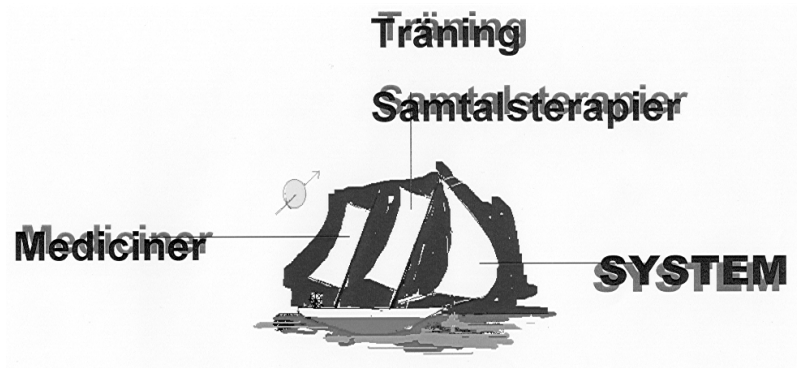


Bild 10

**Behandling och rehabilitering kan
liknas vid en seglats som
genomförs av case managern,
läkaren och klienten, med resten
av resursgruppen som besättning**

**Klienten bestämmer
seglatsens mål**

Bild 11

SOCIAL FUNKTION

Både den förbättrade sociala funktionen och högre brukartillfredsställelse är statistiskt säkerställda

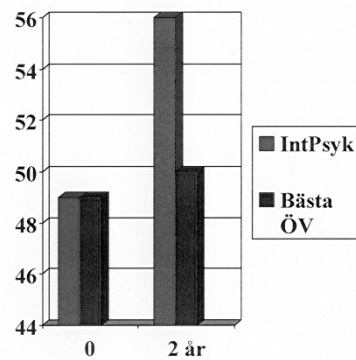


Bild 12

BRUKARTILLFREDSSTÄLLELSE

Både den högre brukartillfredsställelsen och förbättrad social funktion är statistiskt säkerställda

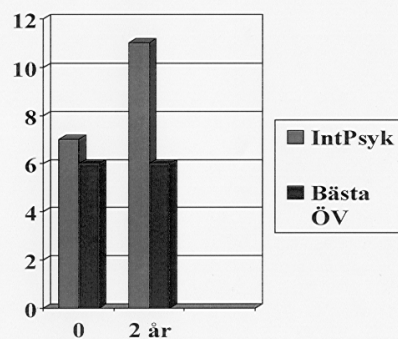


Bild 13

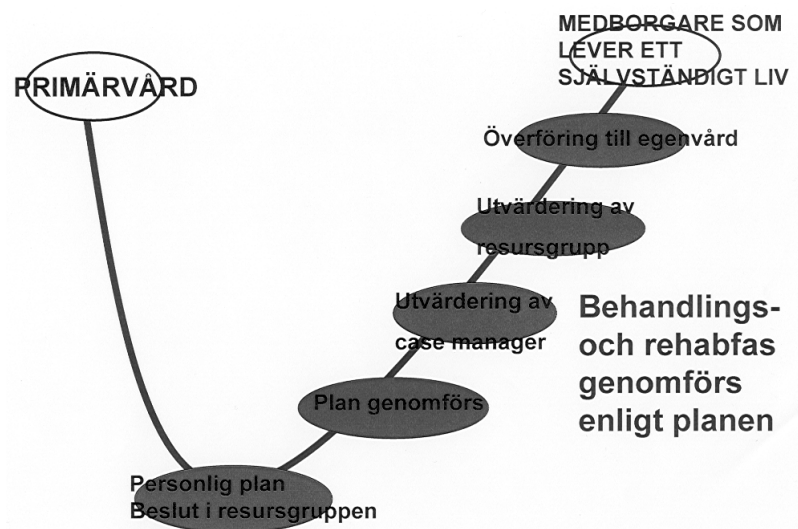


Bild 14

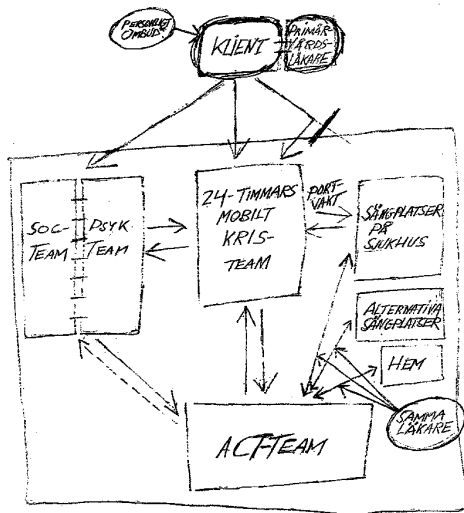
INTEGRERAD PSYKIATRI

Vad hjälper extra?

Klanen//Resursgruppen
 Planen för personlig
 utveckling
 Gemensamma beslut
 Lär ut problemlösning
 Träning kommunikation
 Stresshantering
 Psykoterapi av kognitiv
 typ

- Det är en effektiv form av inläring att skaffa sig nya intryck genom social interaktion med andra människor

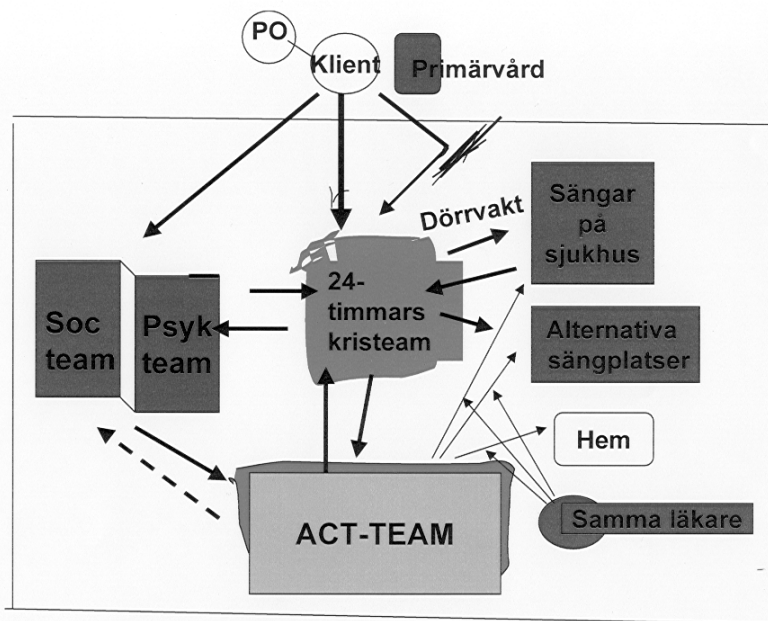
Bild 15



Skiss över ett
samlat
utföraransvar
på systemnivå,
förankrat i
evidensbaserad
psykiatri

(pers komm
John Hoult
26/05/2000)

Bild 16



Resursgrupp kan bli:

Klanan som hjälper när själen är sjuk

(Dagens Nyheter Ledare 21 aug 2001)

INTEGRERAD PSYKIATRI

EN KOSTNADSNEUTRAL METODIK

Man fick alltså bättre resultat
för den summa pengar som
vård, social service och
sjukersättning för patienterna
ändå skulle ha kostat

BESLUTSMILJÖANALYS AV PSYKIATRIOMRÅDET I SVERIGE

Nationell nivå
Lokal nivå
Sjukvården
Socialtjänsten
Den enskilda patienten
Det sociala nätverket

Analysen har visat att det behövs ett radikalt omtänkande både vad gäller vårdens och socialtjänstens organisation såväl som av innehållet i vården.

(Larsson och Malm 2001)

SAMVERKAN

" Det är dock svårt för vården att själva ta initiativ till de radikala och strukturella förändringar som krävs."

Riksdagen, regeringen och Socialstyrelsen är de beslutsfattare som måste ta initiativ till lagstiftning, informations-spridning och utbildning för att det skall gå att genomföra en integrerad psykiatri. En gemensam nämnd på den politiska nivån kan vara ett lämpligt första steg. Den gemensamma synen och organisationen måste dock finnas även på den utförande nivån. Små samlade sömlösa enheter under samma ekonomiska och organisatoriska tak enligt "Hoult"-skissen om en enda ansvarspunkt skulle kunna vara ett möjligt första steg. Som också vore ett evidensbaserat steg.

Bild 21

På basen av patientnära evidensbaserad forskning finns det goda nyheter om psykiatriområdet på individnivå. Vad göra på systemnivå som vården inte kan göra själv? Hur skulle Regering, Riksdag och Socialstyrelsen kunna underlätta seglatsen? De i toppen måste peka ut samverkan med hela handen!

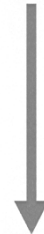
- Mål: Lär klienten att segla och fiska själv=bli frisk
- Tydliga incentiv: dessa skall stödja case managern och små (men ändå rätt stora) segelbåtar, som ingår i självständiga enheter med ett samlat administrativt ansvar
- Kvalitetsutveckling: resultatuppföljning och positionering med en datorstödd teknologi på enhetsnivå



Min reaktion: äntligen har forskningen på biomolekylär-, individ- och systemnivå bekräftat det sunda förnuftet

Bild 22

Informationsfoldern INTEGRERAD PSYKIATRI Det är möjligt nu. Det skulle inte kosta mer.



Där går det att läsa mer om metodiken Integrerad Psykiatri, case managern, resursgruppen, krisplaner och OTP-forskningsprojektet mm

PSYKIATRI I SVENSK SJUKVÅRD

Patienterna har ett stort lidande

Utredning för diagnostik och vård för att

- lindra
- bota
- rehabilitera

med evidensbaserade metoder

I ett samhällsperspektiv är de psykiska sjukdomarna de mest resurskrävande

Svårigheter:

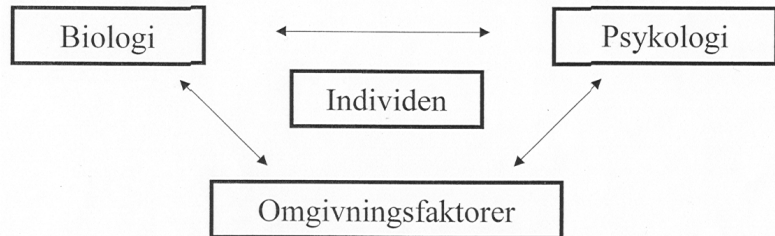
Stigmatisering – fördomar

Normalitet – sjukdom

Olika skolor

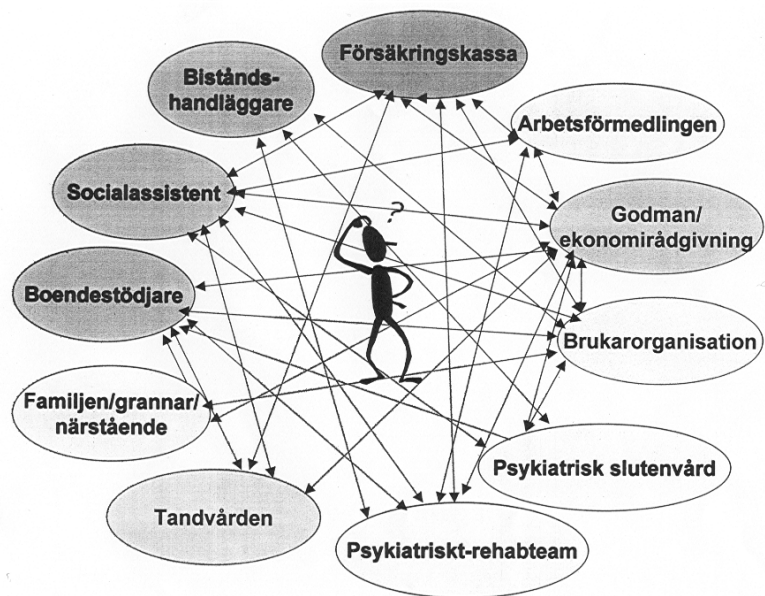
Paradigmskifte i Psykiatri

Psykiska funktioner är ett samspel mellan



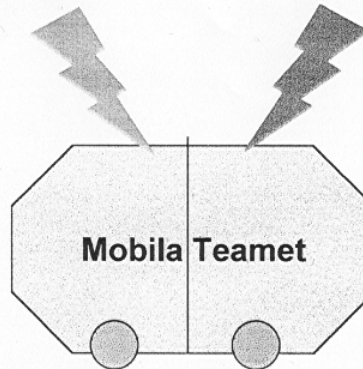
Psykiatri är en medicinsk specialitet som arbetar utifrån ett naturvetenskapligt och hermeneutiskt förhållningssätt. Dualismen strider mot erfarenhet och vetenskap.

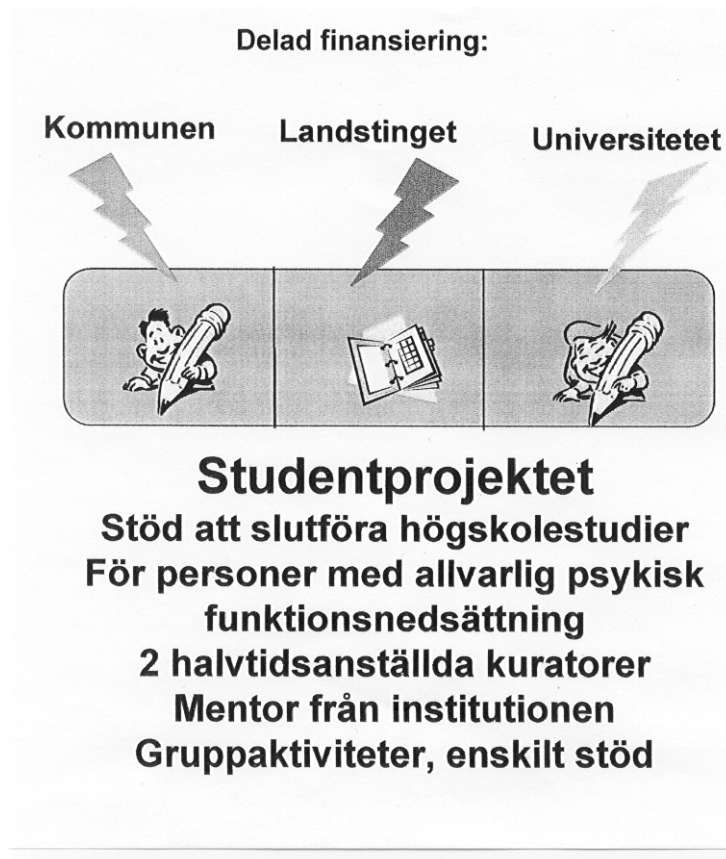
Bild 25



Psykos-och rehabiliteringskliniken

- **Psykiatriledningsgruppen** (Uppsala kommun+Psykos- och rehab)
- **Samverkansgrupper** (östra, västra och norra Uppsala)
Konsultation och i vissa fall erbjuds handledning från psykiatriin
- **Samverkansgrupp på chefsnivå**
Rehab Norr och Svartbäckens kommunal träffas två gånger per termin
- **Gamla Uppsala kommunal och Rehab Norr** träffas två gånger per termin
- **DD-dignosgrupp** Norras "ROS-grupp"
- **Västra Samverkansgruppen för psykiatri på chefsnivå**
- **Gottsunda DD-grupp**
- **Eriksbergs planeringsgrupp för samverkansdagar**, en eftermiddag/termin
- En grupp som arbetar med att **förhindra vräkningar**
- **Krisgrupp** Psykos- och rehabiliteringskliniken, Eriksbergs kommunal och Allmänpsykiatriska kliniken
- **Luthagen Planeringsgrupp** för samverkan kommer att starta i höst. Krisgrupp. Luthagens kommunal och allmänpsykiatriska kliniken.
- **Psykiskt funktionshinder i kombination missbruksproblematik (DD-diagnos):**

Delad finansiering:**Kommunen****Landstinget****kvällar och helger****2 bilar med 2 personal****sjuusköterskor och skötare****åker hem till oavsett boendeform****förlängning av både landstingets
och kommunens insatser**



PSYKOS/SCHIZOFRENI-VÅRD I SAMVERKAN MED KOMMUNEN

Positivt:	- Central politisk beslutsgrupp landsting/kommun
	- Psykiatrireformen
	- Inventering – funktionshindrade, livssituation/behov
	- Subspecialisering
	- Sammanhållen vårdorganisation
	- Samverkansgrupper
Negativt:	Många samverkansparter
	Splittrade resurser inom kommunen
	Begränsad framförhållning ex bostad
	Försummat fritidsaktiviteter
	Tidskrävande
	(Dömda)
Personligt ombud osäker resurssatsning	

ASYLSÖKANDE

Positivt: - Att vi kan hjälpa patienterna

Negativt:

- Asylpolitik – skapar psykisk sjukdom
- Migrationsverket
- Tränger undan vård för C-länsinvånare
- Överbeläggningar

SLUTSATSER

Samverkan fungerar bra i många stycken

Psykiatrin måste fullfölja sitt paradigmskifte

**Socialtjänsten måste se klienten/patienten
i centrum med helhetssyn**

**Asylpolitiken och Migrationsverket
måste förändras**

Personligt ombud

1993/94:URD1	FÖRSVARsutskottet Uppföljning av vapenstölder och vapenförvaring i försvaret
1993/94:URD2	KULTURUTSKOTTET Bevakning vid centralmuseerna. En kartläggning
1993/94:URD3	FÖRSVARsutskottet Kommunal beredskap – läge och problem
1993/94:URD4	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Varför ökar antalet förtidspensionärer? – regelförändringar, yrkesförändringar och arbetslöshet 1980–1993
1993/94:URD5	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Samhällsinformation – regeringens och riksdagens roller
1993/94:URD6	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Samhällsinformation i riksdagen
1994/95:URD1	RIKSDAGENS UTSKOTT, utvärderingsgruppen: Utskottens roll och inflytande vid några utländska parlament – Förekommer uppföljning och utvärdering?
1994/95:URD2	LAGUTSKOTTET Kunskapen om konsumentköplagen hos konsumenter och detaljister
1995/96:URD1	UTBILDNINGSUTSKOTTET Påverkas lärarutbildningen av läroplanen?
1995/96:URD2	KONSTITUTIONSUTSKOTTETS seminarium den 7 mars 1996 KU:s granskning – juridik och/eller politik?
1995/96:URD3	UTBILDNINGSUTSKOTTET Åtgärder mot främlingsfientlighet och rasism i skolan Studenternas rörlighet mellan högskolorna efter 1993 års reform

1996/97:URD1	NÄRINGSUTSKOTTET Energiomställningsprogrammen
1996/97:URD2	UTBILDNINGSUTSKOTTET Den nya organisationen för universitetens och högskolornas lokalförsörjning – en uppföljning
1996/97:URD3	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Arbetslivsinriktad rehabilitering – En jämförande studie av anställdas och arbetslösas arbetslivsinriktade rehabilitering
1996/97:URD4	UTBILDNINGSUTSKOTTET Grundläggande högskoleutbildning Former för politik och planering
1996/97:URD5	UTBILDNINGSUTSKOTTET Hur går det för forskningen? Samarbetet mellan vissa forskningsstiftelser och statliga forsk- ningsstiftelser och statliga forskningsfinansierande organ
1997/98:URD1	SOCIALUTSKOTTET Assistansersättningen Hur fungerar assistansersättningen för personer med stora funk- tionshinder?
1997/98:URD2	NÄRINGSUTSKOTTET Statens stöd till forskning och utveckling av informationsteknik inom det näringspolitiska området – uppföljning av satsningar 1993–1996
1997/98:URD3	UTBILDNINGSUTSKOTTET Planering av högskoleutbildning – vad är önskvärt och vad är möjligt?
1997/98:URD4	NÄRINGSUTSKOTTET Statens finansiering av teknisk FoU
1997/98:URD5	NÄRINGSUTSKOTTET Datoriseringen vid Patent- och registreringsverket

1998/99:URD1	BOSTADSUTSKOTTET Statligt stöd till lokala investeringsprogram för en ekologiskt hållbar utveckling – Uppföljning av den hittillsvarande fördelningen av ramanslaget E1 under statsbudgetens utgiftsområde 18
1998/99:URD2	UTBILDNINGSUTSKOTTET Pedagogisk utbildning för högskolans lärare Undervisningen om alkohol, narkotika och tobak (ANT) i skolan
1998/99:URD3	UTRIKESUTSKOTTET Sveriges uppföljning av två FN-konferenser under 1990-talet – FN:s konferens om miljö och utveckling, UNCED, i Rio de Janeiro, 1992 – FN:s kvinnokonferens i Peking, 1995
1998/99:URD4	UTRIKESUTSKOTTET En uppföljning och utvärdering av FN:s världskonferenser under 1990-talet – Regering, riksdag, myndigheter och frivilligorganisationer på nya internationella arenor – vem har makten över svensk utrikespolitik i FN-frågor?
1998/99:URD5	UTRIKESUTSKOTTET Internationell konflikthantering Quo vadit Europa? – freden, säkerheten och demokratin inför 2000-talet Paneldiskussion med Natos generalsekreterare Javier Solana Mänskliga rättigheter i interna konflikter och det civila samhällets roll
1998/99:URD6	SOCIALUTSKOTTET Läkemedel i framtiden
1999/2000:URD1	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Konstitutionsutskottets seminarium den 23 Mars 2000 Skall makten delas?
2000/01:URD1	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning om mångfald och konkurrens inom den den 23 maj 2000
2000/01:URD2	FINANSUTSKOTTET Statens styrning och resultatuppföljning av Finansinspektionens verksamhet
2000/01:URD3	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Offentlig utfrågning angående Fördelningen av den politiska makten – kommunal självstyrelse?
2000/01:URD4	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning om att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicidala beteenden, den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa den 20 mars 2001

SVERIGES
RIKSDAG

Beställningar:

Riksdagens tryckeriexpedition, 100 12 Stockholm

Tel 08-786 58 10

Fax 08-786 61 76
