Socialutskottets betänkande

1980/81:2

om psykiatrisk hälso- och sjukvård m. m.

Motionsyrkanden

I motion 1979/80:187 av Mårten Werner m. fl. (m) hemställs att riksdagen hos regeringen begär utredning och förslag syftande till en effektivisering av den suicidala preventionen.

I motion 1979/80:423 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs att riksdagen hos regeringen hemställer om åtgärder för att skyndsamt upprätta ett medicinskt-socialt handlingsprogram för den psykiatriska vården och rehabiliteringen och att riktlinjerna i motionen läggs till underlag för handlingsprogrammet.

I motion 1979/80:1031 av Olof Palme m. fl. (s) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motion 1979/80:1030 anförts om försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare.

Motivering till yrkandet finns i motion 1979/80:1030.

I motion 1979/80:1668 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs, såvitt nu är i fråga (yrkande 1), att riksdagen beslutar att hos regeringen hemställa om utredning och förslag till reformerad psykiatrisk lagstiftning med målet att drastiskt bringa ner antalet tvångsomhändertaganden och striktare kontrollera dem i enlighet med vad som i motionen anförs.

Motionen i övrigt (yrkande 2) har behandlats av riksdagen under 1979/80 års riksmöte (SoU 1979/80:32 p. 2).

Bakgrund

I detta avsnitt i betänkandet lämnas vissa uppgifter om utredningar om den psykiska hälsovården samt om den psykiatriska vården m. m.

Socialstyrelsens utredning om den psykiska hälsovården

Med anledning av beslut av 1968 och 1969 års riksdagar över motioner om den psykiska hälsovården (ABU 1968:21, rskr 1968:174 samt SU 1969:133, rskr 1969:333) uppdrog regeringen i april år 1970 åt socialstyrelsen att utreda den psykiska hälsovården. Till slutförande av detta utredningsuppdrag överlämnade socialstyrelsen i november 1978 till socialdepartementet rapporten Psykisk hälsovård 1, forskning, social rapportering, dokumentation och information. Rapporten, som utarbetats av en av socialstyrelsen tillkallad arbetsgrupp för psykisk hälsovård, kommer att kompletteras med

rapporterna Psykisk hälsovård 2 och Psykisk hälsovård 3, i vilka visst material som framtagits under utredningsarbetet kommer att framläggas.

I rapporten Psykisk hälsovård 1, för vilken en kortfattad redogörelse lämnats i utskottets betänkande SoU 1979/80:8 (s. 2–4), konstateras bl. a. att ytterligare forskning behövs för att identifiera riskfaktorer för den psykiska hälsan i olika mänskliga miljöer och hos människan själv samt för att identifiera positiva – hälsofrämjande och livskvalitetshöjande – faktorer. Arbetsgruppen föreslår mot denna bakgrund att stödet för forskning inom vissa angivna basvetenskaper och specialiteter inom sådana generellt ökas. Arbetsgruppen nämner bl. a. psykiatri och andra specialiteter inom medicinen, psykologi och andra beteendevetenskaper samt vissa samhällsvetenskaper. Vidare föreslås i rapporten att forskning inom problemområdena barns, äldres och handikappades livsmiljö och hälsa samt arbetsmiljön och hälsa ges hög prioritet. Arbetsgruppen föreslår dessutom att en skyndsam resursförstärkning m. m. kommer till stånd för vissa etablerade verksamheter och forskningsorgan.

I rapporten framläggs vidare förslag om uppföljning av förändringar i miljö- och hälsoförhållanden (social rapportering) samt om dokumentation och information. Dessa förslag syftar bl. a. till att underlag skall erhållas för insatser, som kan främja den psykiska hälsan.

Rapporten Psykisk hälsovård 1 har remissbehandlats och är f. n. föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet. Vissa frågor som anknyter till de förslag som framförs i rapporten har efter det att den avgavs framförts – och i vissa fall behandlats – i andra sammanhang såsom tillskapandet av fasta resurser för forskning m. m. inom den psykosociala miljömedicinen i form av ett institut för psykosocial miljömedicin.

Inrättandet av institutet för psykosocial miljömedicin

På grundval av förslag i proposition 1979/80:6 godkände riksdagen (SoU 1979/80:23, rskr 1979/80:160) under förra riksmötet att ett institut för psykosocial miljömedicin inrättades den 1 juli 1980. Som allmän målsättning för institutet gäller att institutet skall utveckla, värdera och förmedla kunskaper om psykosociala risksituationer, riskgrupper och riskreaktioner inom områdena allmän social miljö och hälsa, arbetsmiljö och hälsa samt vårdmiljö och hälsa. Verksamheten vid institutet skall omfatta tillämpad forskning, utbildning och vidareutbildning, dokumentation och information samt utredningar, rådgivning och service inom den psykosociala miljömedicinens område.

Riktlinjer för den psykiatriska vården m. m.

Den psykiatriska sjukvårdens omfattning m. m.

Den övervägande delen av *den slutna psykiatriska sjukvården* bedrivs vid inemot 25 lasarett för uteslutande psykiatrisk vård, vilka i huvudsak utgörs av de tidigare statliga och kommunala mentalsjukhusen. Vissa av de tidigare mentalsjukhusen har administrativt anknutits som psykiatriska kliniker till närliggande sjukhus för kroppssjukvård.

Sluten psykiatrisk sjukvård bedrivs även vid kliniker vid lasarett för kroppssjukvård, vilka från början inrättats som psykiatriska kliniker inom dessa lasarett, samt vid sjukhem och enskilda vårdhem.

Vid de tidigare mentalsjukhusen och vid de psykiatriska klinikerna inom kroppssjukvården bedrivs även *öppen psykiatrisk vård.* Sådan vård bedrivs även vid vissa polikliniker och vårdcentraler som har psykiatrer.

Utvecklingen av den slutna vårdens organisation belyses av följande sammanställning av antalet vårdplatser åren 1962 och 1977.

	År 1962	År 1977
Tidigare mentalsjukhus	27 000	21 600
Psykiatriska kliniker vid kroppssjukhus	1 900	4 150
Sjukhem	5 500	5 650
Enskilda vårdhem	1 300	3 000
	35 700	**34 400**

Antalet vårdtillfällen inom den slutna vården har fortgående ökat och medelvårdtiderna för huvuddelen av patienterna har minskat.

Antalet läkarbesök inom den öppna offentliga psykiatriska sjukvården har ökat.

Omstrukturering av hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården pågår en omstrukturering därvid den öppna vården utanför sjukhus ställs i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare.

Grundläggande för den pågående utvecklingen är ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80) som socialstyrelsen presenterade år 1975 (Socialstyrelsen anser 1976:1).

I HS 80 ges ett konkret förslag till vårdstruktur med uppdelning av verksamheterna på primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Den övervägande delen av vården skall lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och vid sjukhem. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården – som skall bedrivas vid länssjukhus (motsvarande nuvarande centrallasarett) och vid länsdelssjukhus (motsvarande nuvarande normallasarett) – samt på regionsjukvården

(vid regionsjukhus).

Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område. Vid sidan av sjukvårdsuppgifterna skall primärvården ha en klar hälsopolitisk inriktning. De hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. Som exempel på åtgärder av nämnda slag redovisar principprogrammet hälsovårdsupplysning, insatser syftande till ökad förståelse för sjukas och handikappades problem, hälsokontroller, skolhälsovård, hälsovård i förskolan, företagshälsovård, förebyggande mödra- och barnhälsovård och familjerådgivning.

I principprogrammet konstateras (s. 97) att en stor del av den förebyggande verksamheten emellertid till sin natur är socialpolitisk och att det ter sig naturligt att en utbyggd primärkommunal socialvård tar på sig ett ökat ansvar för förebyggande åtgärder beträffande den psykiska hälsan.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade i juni 1978 att ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90) skall upprättas. Principprogrammet skall belysa hälso- och sjukvårdssektorns lämpliga framtida omfattning, inriktning, struktur och resurskrav för nämnda tidsperiod och vara avvägt mot begränsningar i samhällsekonomin och tillgången på personal som successivt anges eller förväntas. Utredningsarbetet skall ledas av en styrgrupp med företrädare för staten och Landstingsförbundet. Socialstyrelsen skall svara för det praktiska utredningsarbetet, som beräknas pågå under tidsperioden 1979–1983.

Under utredningsarbetet skall bl. a. beaktas att hälso- och sjukvården inte skall fungera enbart som mottagare av vårdsökande. En utgångspunkt skall vara att hälso- och sjukvården – vid sidan av de traditionella sjukvårdsuppgifterna – utifrån sin kunskap om hälsoproblemens uppkomst och orsaker aktivt arbetar för att samhället som helhet verkar för att bibehålla och förbättra befolkningens fysiska, psykiska och sociala hälsa.

Reform av socialvården (socialtjänsten)

Riksdagen (prop. 1979/80:1, SoU 1979/80:44, rskr 1979/80:385) antog under förra riksmötet en socialtjänstlag, som skall träda i kraft den 1 januari 1982 och då ersätta den nuvarande socialhjälpslagen och annan social vårdlagstiftning. För socialtjänsten – som socialvården i fortsättningen skall kallas – skall helhetssynen bli utmärkande. Helhetssynen beaktar individens totala situation och den enskilde skall således ses i ett vidare socialt sammanhang, där boende- och arbetsförhållanden hör till de viktigaste faktorerna, men där också många andra aspekter kan behöva beaktas. Socialtjänsten skall sträva efter att finna en samlad lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller gruppens totala situation.

Socialstyrelsens riktlinjer för 1980-talets psykiatriska vård

Den psykiatriska vården har varit föremål för utredning inom socialstyrelsen sedan slutet av 1960-talet. Överväganden om den psykiatriska vården har under årens lopp presenterats i en rad skrifter, nämligen år 1970 i skriften Principplan för den psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län (Socialstyrelsen redovisar 1970:16), år 1973 i skriften Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation, år 1976 i skriften Principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet (Socialstyrelsen anser 1976:1) och år 1978 i skriften Förslag till principprogram för psykiatrisk hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen redovisar 1978:5). Skrifterna representerar en successiv utveckling av socialstyrelsens syn på den psykiatriska vårdens innehåll och organisation m. m. I utskottets betänkande SoU 1977/78:42 har lämnats översiktliga redogörelser för innehållet i här nämnda skrifter.

På grundval av det år 1978 framlagda förslaget till principprogram och remissbehandlingen av detsamma har socialstyrelsen i år i skriften Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård (Socialstyrelsen anser 1980:2) redovisat den huvudsakliga inriktning för planeringen av den psykiska hälso- och sjukvården som enligt socialstyrelsen bör gälla på längre sikt. Mera konkret anges riktlinjer inför 1980-talet. Ett grundläggande långsiktigt principprogram för den psykiska hälso- och sjukvården bör enligt socialstyrelsen samordnas med pågående aktiviteter för att utveckla ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000.

De presenterade riktlinjerna omfattar enbart den vuxenpsykiatriska verksamheten med hänsyn till att en parlamentarisk utredning förutskickats, där barn- och ungdomspsykiatrins framtida utveckling kommer att övervägas.

Huvuddragen i utvecklingen av den psykiatriska vården bör enligt de nu presenterade riktlinjerna vara en utveckling mot öppnare vårdformer med decentralisering av resurserna till mindre enheter i människornas närmiljö, minskning av vårdplatsantalet i sluten vård, decentralisering av långtidsvården samt ökad samverkan med socialtjänsten.

Det slås fast att psykiska störningar är komplexa och kan orsakas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer var för sig eller vanligen i förening samt att samhällets stödinsatser kan bestå av medicinska, psykologiska och sociala behandlings- och serviceåtgärder under medverkan av personal med olika kompetens.

Psykiatrins arbetsuppgifter skall omfatta miljö- och individförebyggande insatser, behandling, omvårdnad, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Primärvården förutsätts ha ett totalt ansvar för den primära hälso- och sjukvården inom sitt område. Andra insatser än medicinska insatser, som

kan aktualiseras i anslutning till primärvårdsarbetet, förutsätts socialtjänsten dock i första hand svara för. När det gäller det psykiatriska vårdansvaret bör hälso- och sjukvårdens ansvar begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som i de särskilda fallen bedöms kräva insatser av endera medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samverkan med personal med psykologisk eller social kompetens. Socialtjänsten förutsätts få betydande uppgifter i vården av personer med psykosociala störningar, dels i samarbete med primärvården, dels genom social service, omvårdnad och aktivering av personer med psykiska handikapp.

Samtliga läkare i primärvården förutsätts i framtiden ha viss utbildning i psykiatri. För mera komplicerade psykiatriska vårdbehov förutsätts konsultinsatser från länssjukvårdens psykiatri. På längre sikt är målet att personalresurser för mer kvalificerade psykiatriska arbetsuppgifter skall tillföras primärvårdsorganisationen.

De huvudsakliga psykiatriska arbetsuppgifterna för *länssjukvården* skall omfatta de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och kompetens som primärvården inte förfogar över, inklusive bl. a. psykiatrisk dygnet-runt-vård. Den slutna psykiatriska korttidsvården bör så långt som är praktiskt möjligt samlokaliseras med sluten somatisk korttidsvård.

Den psykiatriska länssjukvården bör organiseras enligt sektoriseringsprincipen innebärande att en klinik eller del därav bör ha ett sammanhållet ansvar för länssjukvårdens hela psykiatriska verksamhet inom ett geografiskt avgränsat område. Inom den sektoriserade enhetens ram bör finnas några psykiatriska team som svarar för mindre betjäningsområden.

Behovet av *regionsjukvård* inom psykiatrin anges vara mycket begränsat. Psykiatrisk regionsjukvård anges bli aktuell framför allt när tillgång till den somatiska regionsjukvårdens resurser erfordras eller vid alldeles speciellt svårbemästrade problem i fråga om diagnostik eller behandling.

När det gäller *de f. d. mentalsjukhusen* påpekas det bl. a. att antalet vårdplatser som behöver utnyttjas vid dessa sjukhus successivt kommer att minskas i avsevärd grad. Det anges emellertid att betydande svårigheter föreligger för att i omstruktureringen av den psykiatriska vården snabbt reducera verksamheten vid dessa sjukhus med hänsyn till att det av många uppfattas som en oförsvarlig kapitalförstöring om inte nuvarande byggnader i fortsättningen utnyttjas för psykiatrisk vård och att arbetsmarknadspolitiska och personalpolitiska argument ofta framförs för ett bibehållande av dessa sjukhus med oförändrat antal anställda. Det betonas att det är nödvändigt att finna former för sjukhusens fortsatta utnyttjande som inte försvårar den nödvändiga omstruktureringen av psykiatrin.

I riktlinjerna behandlas i ett särskilt avsnitt behovet av åtgärder för *grupper som ställer speciella krav på den psykiatriska hälso- och sjukvården*, nämligen missbrukare, patienter med åldersdement beteende, invandrare och döva.

För genomförande av riktlinjerna förutskickas i skriften *fortsatt utred-*

ningsarbete om särskilda åtgärder för att förbättra rekryteringen av psykiatrer och en analys av de f. d. mentalsjukhusens framtida funktion m. m. Vidare anges att det för att ett långsiktigt principprogram skall kunna utarbetas krävs ytterligare utredningsinsatser beträffande (1) den långsiktiga fördelningen av arbetsuppgifter mellan psykiatrisk länssjukvård och primärvård samt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, (2) utvärdering av olika psykiatriska vårdmodeller, (3) vård av missbrukare, (4) psykoterapi samt (5) vissa frågor rörande personalen inom den framtida psykiatriska vården.

Utredningsarbete beträffande vissa av dessa delområden har påbörjats inom socialstyrelsen.

Vikten av att stödja forskning betonas, bl. a. såväl medicinsk som tvärvetenskaplig forskning kring de psykiska sjukdomarna.

Självmordsförebyggande verksamhet

Motionen

I motion 1979/80:187 av Mårten Werner m. fl. (m) anförs bl. a. att vi har drygt 2 000 självmord om året, att man räknar med att det årligen görs drygt 20 000 självmordsförsök, att av dem som lyckas i sitt uppsåt 30–40 % har gjort försök tidigare samt att de vanligaste åldrarna härför är 14–44 år. Motionärerna påpekar bl. a. att åtskilliga suicidala (suicidium = självmord) handlingar är ett rop på hjälp – ett sätt att påkalla någon annans intresse eller uppmärksamhet – och att en ökad lyhördhet för den s. k. suicidala kommunikationen är nödvändig om självmord skall förebyggas. Mera omfattande förebyggande verksamhet från samhällets sida skulle enligt motionärerna ge stora möjligheter att rädda liv. Det påpekas att det i vårt land finns kuratorer, präster, "jourhavande människor" m. fl. att vända sig till men att det i Helsingfors praktiseras en SOS-verksamhet som inte har någon motsvarighet i Sverige och att i England och andra engelskspråkiga länder länkrörelsen "The Samaritans" finns för den som har suicidala problem.

Anm. I en artikel i Läkartidningen 1979:48 (s. 4387 och 4388) "Vad skall vi göra med självmordspatienter?" av avdelningsläkaren Tom Lundin beskrivs organisationen "The Samaritans" på följande sätt.

I England och USA finns en organisation som kallar sig "The Samaritans". Den arbetar med suicidprevention och krisintervention. Verksamheten bygger framför allt på volontärer – människor som yrkesarbetar på annat håll men som arbetar 3–6 timmar per vecka för organisationen. Denna arbetar med såväl telefonservice som personliga kontakter. Volontärerna som är t. ex. läkare, sjuksköterskor, socialarbetare, jurister, präster och lärare har en 60 timmar lång utbildning. Organisationen har också psykiatriska konsulter knutna till sig för bedömning av de hjälpsökande som har djupgående personlighetsstörningar eller psykiska sjukdomar.

Denna verksamhet medför att ansvaret för en människa i akut kris läggs på en medmänniska och inte på en sjukvårdsapparat, vilket synes ha mycket goda konsekvenser.

Vissa uppgifter om förekomsten av självmord m. m.

Utredningen (S 1974:09) beträffande sjukvård i livets slutskede (SLS) har i sitt i fjol avgivna huvudbetänkande (SOU 1979:59) I livets slutskede – vilket innehåller förslag till normer och målsättningar för vård av döende – lämnat vissa uppgifter om förekomsten av självmord m. m. (s. 77 och 78). SLS anger att en viss arbetsgrupp håller för sannolikt att det totala antalet fullbordade självmord i vårt land är över 2 000 per år. SLS anför bl. a. följande.

Antalet självmord stiger från 40-årsåldern. I åldrarna 15–44 var under 1975 ungefär vart femte dödsfall självmord. Utvecklingen visar framför allt en ökning av förgiftningar i yngre åldersgrupper. Frånskilda, änkor och änklingar är överrepresenterade, gifta underrepresenterade. Självmord är vanligare i de större städerna än på landsbygden. Detta gäller särskilt förgiftningar, ofta kombinerade med alkohol eller annat missbruk.

Undersökningar efter fullbordade självmord har visat att 25–40 % lidit av en svår psykos. Någon form av psykisk störning förekommer dock vid de flesta självmord, vanligast depressioner och missbruk. Om denna psykiska störning orsakat självmordet eller bara är ett sidofenomen till det råder delade meningar om. Antalet självmordsförsök är okänt men torde årligen vara minst 20 000. Antalet fall som infördes till sjukhus ökade brant under 1960-talet, framför allt förgiftningarna. Iakttagelser, bl. a. från Södersjukhuset i Stockholm, tyder emellertid på att antalet nu sjunkit, möjligen påverkat av en mer restriktiv läkemedelsförskrivning och mindre riskabla preparat.

Det är fler män än kvinnor som begår självmord men fler kvinnor än män som gör självmordsförsök. Sammanlagt gör kvinnor lika många eller fler självmordshandlingar än män. Självmordsförsök är vanligast i åldrarna 15–44 år. Män använder mer aktiva metoder än kvinnor.

Nära 85 % av dem som gjort självmordsförsök dör senare av annan orsak än självmord. De gör således inte om det. Efterundersökningar visar också att 80–95 % är neutrala eller positiva till att de överlevt. Å andra sidan är självmordsförsök den faktor som har det starkaste sambandet med senare död i självmord. Av dem som gjort självmordsförsök dör i genomsnitt 1–2 % årligen under de närmaste 5–10 åren i självmord.

Utredningar m. m.

Socialstyrelsens kartläggning av livshotande förgiftningstillstånd med sömnmedel och lugnande medel

Socialstyrelsen tillsatte år 1973 en arbetsgrupp för att kartlägga livshotande förgiftningstillstånd med sömnmedel och lugnande medel, varvid särskild uppmärksamhet skulle ägnas förekomsten av självmordsförsök och självmord. Arbetsgruppen beräknas nu komma att framlägga resultatet av kartläggningsarbetet under våren 1981 jämte de förslag som detta föranleder.

Boken Människa i kris

I mitten av 1970-talet tog TCO:s sociala yrkesråd (sedermera TCO:s socialpolitiska råd) och Folksams sociala råd initiativ till vissa aktiviteter omkring självmordsproblemet innefattande bl. a. en s. k. hearing med forskare och tjänstemän inom hälso-, sjuk- och socialvård.

I november 1976 utgav de båda råden boken Människa i kris, vilken innehåller både forskarnas bakgrundsmaterial och rådens diskussion om åtgärder. Denna diskussion innefattar förslag såväl när det gäller grundsynen på människor i krissituationer som konkreta förslag när det gäller hälso-, sjuk- och socialvårdens organisation för att hjälpa människor i sådana situationer. Förslagen innebär i huvuddrag följande.

Utbudet av service, stöd och behandling för människor i krissituationer måste göras attraktivare så att det blir en naturlig sak att söka hjälp på ett tidigt stadium då olika problem uppstår. Informationen om samhällets hjälpinsatser måste ökas och intensifieras. Samordnade jourmottagningar omfattande social och medicinsk service, stöd och behandling bör inrättas för akutinsatser. Utbildning i krisbehandling bör införas för olika personalkategorier inom sjuk- och socialvården samt för poliser m. fl.

Underlag för visst vårdprogram

Socialstyrelsens vårdprogramnämnd har gett en arbetsgrupp under ledning av överläkaren Jan Beskow i uppdrag att utarbeta underlag för ett vårdprogram för problemet självmord. Ett förslag till sådant underlag beräknas komma att presenteras av vårdprogramnämnden under hösten 1980 och sändas ut på remiss, innan nämnden tar slutlig ställning till detsamma.

Viss undersökning av suicidförsök

Med stöd av medel som ställts till förfogande av regeringen efter tillstyrkan av delegationen för social forskning igångsattes år 1976 med docenten Johan Cullberg som huvudman undersökningen Suicidförsök – en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie av kommunikationsprocesser. Undersökningen syftar till att ge mera kunskaper om den suicidala personens interaktion (= växelspel) med omgivningen samt till att utvärdera den plats och tyngd som psykologisk-psykiatrisk behandling efter suicidförsöket kommer att inta i patientens totala situation. Härigenom skall kunskaper erhållas för framtida uppläggning av terapeutiska och preventiva program.

Resultat från undersökningen beräknas komma att framläggas under våren 1981.

Undersökning av psykiska kriser orsakade av dödsfall

Med stöd av medel som ställts till förfogande av regeringen efter tillstyrkan av delegationen för social forskning har även igångsatts undersökningen Psykiska kriser – reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall. Avdelningsläkaren Tom Lundin är huvudman för undersökningen. Det anges att undersökningens resultat kan förväntas kunna påverka såväl den psykiatriska akutsjukvården och delar av den somatiska vården som sociala stödåtgärder för människor i kris.

En slutrapport från undersökningen beräknas komma att framläggas hösten 1981.

Tidigare riksdagsbehandling

1975/76 års riksmöte

I en under 1975 års riksmöte väckt motion begärdes att en forsknings- och utredningsgrupp skulle tillsättas med uppgift att analysera begångna självmordshandlingar och att upprätta förslag till åtgärder som syftade till att minska antalet sådana handlingar.

På förslag av socialutskottet i betänkandet SoU 1975/76:21 avslog riksdagen motionen. Utskottet redogjorde i betänkandet för regeringens uppdrag år 1970 åt socialstyrelsen att utreda den psykiska hälsovården, för tillsättandet av socialstyrelsens arbetsgrupp med uppgift att kartlägga livshotande förgiftningstillstånd med sömnmedel och lugnande medel samt för de av TCO:s sociala yrkesråd och Folksams sociala råd påbörjade gemensamma aktiviteterna omkring självmordsproblemet. Utskottet ansåg att något riksdagens initiativ inte var påkallat mot bakgrund av denna utredningsverksamhet m. m.

1976/77 års riksmöte

Dåvarande statsrådet Troedsson besvarade den 8 februari 1977 (prot. 67 s. 23) en interpellation om åtgärder för att förebygga självmord. I interpellationssvaret pekade statsrådet bl. a. på att självmordsförebyggande verksamhet ingår som en naturlig del i den vård som bedrivs vid psykiatriska sjukhus och kliniker, psykiatriska akutmottagningar och vissa på s. k. krisintervention inriktade polikliniker samt vid psykiatriska mottagningar för studenter. Vidare framhöll statsrådet att en förebyggande verksamhet bedrivs även av läkare och övrig sjukvårdspersonal inom andra verksamhetsområden, av personal inom social- och nykterhetsvård samt av lärare och poliser m. fl. I svaret nämndes bl. a. även att av betydelse i detta sammanhang var den omfattande utbyggnaden av vårdcentraler inom landstingen, vilka avsågs bli bemannade med både allmänläkare och

specialister inom olika medicinska verksamhetsområden – bl. a. barn- och ungdomspsykiatri samt allmän psykiatri – och vilka förutsattes nära samarbeta med den primärkommunala socialvården.

Även i två under 1976/77 års riksmöte väckta motioner begärdes åtgärder för förebyggande av självmord.

På förslag av socialutskottet i betänkandet SoU 1976/77:26 avslog riksdagen motionerna.

Utskottet framhöll att utvecklingen inom sjukvården och socialvården innebar att förutsättningarna ökades för att ett bättre stöd skulle kunna ges människor i krissituationer. Med hänsyn härtill och till att en redovisning inom en nära framtid väntades från socialstyrelsens utredningsarbete m. m. beträffande den psykiska hälsovården och beträffande livshotande förgiftningstillstånd med sömnmedel och lugnande medel påkallade motionerna enligt utskottets mening inte någon åtgärd av riksdagen.

Utvecklingen av den psykiatriska vården

Motionerna

I *motion 1979/80:1668* av Lars Werner m. fl. (vpk) anförs bl. a. att en reform av den psykiatriska tvångslagstiftningen är nödvändig redan på grund av det abnormt höga antalet tvångsomhändertaganden, som anges vara en följd dels av en gummiartad utformning av lagstiftningen, dels av en alltför frikostig tillämpning av densamma. En reform av den psykiatriska vårdlagstiftningen är enligt motionärerna dessutom nödvändig på grund av den destruktiva verkan som tvångsomhändertaganden får för behandlingsklimat och behandlingens effekter.

Målsättningen för den utredning som motionärerna begär skall vara att helt avskaffa den psykiatriska tvångslagstiftningens grundläggande delar och ersätta dessa med nya, stramare och till sin effekt långt restriktivare bestämmelser. Uppgiften för utredningen bör, anförs det, vara att komma fram till en lagstiftning som är byggd på följande principer:

a) det totala antalet tvångsomhändertaganden skall drastiskt bringas ner, då det övervägande flertalet av dem är oberättigade eller skadliga,

b) tvångsförfoganden skall tillämpas enbart när fara av omedelbar natur för någons liv och hälsa föreligger,

c) en oberoende rättslig instans skall bedöma alla tvångsförfoganden och – i sådana fall där de skett på grund av fara vid dröjsmål – inom förslagsvis 48 timmar pröva dem,

d) tvångsmedicinering eller annan tvångsbehandling skall vara förbjuden, om den ej sker för att avvärja omedelbar fara för någons liv och hälsa,

e) vårdinstitution skall ej äga att förfoga över patienters tillgångar i annan mån än som framgår av patientens frivilliga önskan eller av gällande lagstiftning.

I *motion 1979/80:423* av Lars Werner m. fl. (vpk) anförs bl. a. att det viktigaste behovet i dag inom den psykiatriska vården är ett handlingsprogram som samordnar alla progressiva aktiviteter till en effektiv och obyråkratisk organisation, som är väl anknuten till dagens samhälle och till de problem som finns i samhället. Motionärerna framhåller att Sverige behöver en stor psykiatrisk reform, som dock inte kan och får vara begränsad till den psykiatriska vården. Enligt motionärerna måste reformen – om den skall få en genomgripande kraft – integrera och omfatta övrig vård och övrigt samhällsarbete och inbegripa sjukvårdspersonalens, socialvårdspersonalens, fackföreningarnas samt klient- och handikapporganisationernas arbete. Motionärerna anger vid 15 punkter inslag i handlingsprogrammet som de anser vara viktiga, nämligen en offensiv hälsopolitik, en demokratiserad sjukvård, en avgiftsfri sjukvård, ett förenklat försäkringssystem, en mobilisering av arbetarklassen och dess organisationer i kampen mot drogmissbruket och dess sociala skadeverkningar, en skärpt kontroll av frihetsberövanden, ett ökat stöd till alternativa behandlingsmöjligheter genom fristående organisationer i anknytning till arbetarklassen, en grundlagsfäst rätt till arbete, en avveckling av de stora psykiatriska sjukhusen, en förstärkning av utbildningsinsatserna för alla personalgrupper, ett beaktande av invandrargruppernas behov av psykiatrisk vård, en vettig samordning mellan sjukvården och socialvården, studier av avgränsningsproblemen inom missbruksvården, beaktande av att biologiskt-farmakologiskt inriktad forskning inte ensidigt prioriteras i merit- och anslagshänseende samt ett landstingsansvar för att seriös psykoterapi finns tillgänglig.

Bestämmelser om psykiatrisk vård

Vården vid de sjukhus som drivs av landstingskommunerna och de kommuner som inte tillhör landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) regleras genom bestämmelser i sjukvårdslagen (1962:242) (SjvL) och den till denna lag knutna sjukvårdskungörelsen (1972:676) (SjvK). Bestämmelser som motsvarar sjukvårdslagstiftningens finns beträffande vården vid de statliga sjukhusen – Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset i Uppsala – i för dessa sjukhus utfärdade reglementen. Vården enligt nu nämnda bestämmelser är frivillig och kan inte förenas med tvångsåtgärder.

För de fall psykiskt sjuka måste vårdas oberoende av eget samtycke kan vården beredas enligt bestämmelserna i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV).

LSPV innehåller detaljerade bestämmelser för lagens tillämpning. Sluten psykiatrisk vård får enligt LSPV beredas den som lider av psykisk sjukdom om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och om till följd av sjukdomen en eller flera av fem olika specialindi-

kationer föreligger. Vården får beredas på sjukhus som drivs av staten eller sjukvårdshuvudman. Vid sjukhuset skall finnas överläkare. Vård enligt LSPV bereds huvudsakligen vid de f. d. mentalsjukhusen. För behandling av vissa frågor enligt lagen finns utskrivningsnämnder med särskilda geografiska verksamhetsområden och som besvärsinstans en för riket gemensam psykiatrisk nämnd.

För intagning på sjukhus krävs en ansökan upprättad av vissa närstående till patienten, vissa förtroendemän eller tjänstemän inom kommuns socialvård eller vid dess hälsovårdsnämnd, av polismyndighet, eller av vissa personer som har ett vård- eller tillsynsansvar för den sjuke. Till ansökan skall fogas ett av läkare upprättat vårdintyg i vilket enligt angivna bestämmelser anges att den sjuke är i behov av psykiatrisk vård på sjukhus. Om den sjuke är farlig för sig själv eller andras säkerhet får polismyndighet omhänderta honom. Därvid skall läkare genast undersöka honom för ev. utfärdande av vårdintyg. Utfärdas vårdintyg skall polismyndigheten ansöka om den omhändertagnes intagning på sjukhus. Utfärdas inte vårdintyg eller avslås ansökningen om intagning får den omhändertagne inte längre kvarhållas av polismyndigheten.

Om intagning beslutar överläkaren vid aktuell sjukhusenhet. Intagningsbeslutet får överläkaren delegera till annan läkare. Vanligtvis sker detta till den läkare som är jourhavande. Har patienten intagits skall överläkaren snarast möjligt, dock senast efter tio dagar pröva om patienten skall fortsättningsvis vårdas enligt LSPV. Vid farlighet får i vissa fall med prövning anstå upp till femton dagar. Finner överläkaren att vård inte kan beredas patienten skall denne genast skrivas ut.

Intagning kan även ske om någon av domstol enligt bestämmelser i brottsbalken överlämnats till sluten psykiatrisk vård. Härvid upprättas inte ansökan och vårdintyg, inte heller företar överläkaren särskild prövning av vårdbehovet.

Den som är intagen på sjukhus enligt LSPV får hindras att lämna sjukhuset och i övrigt underkastas nödvändigt tvång. Möjlighet finns även för överläkaren att besluta om brevcensur. Under vårdtiden kan patienten få tillstånd att kortare tid vistas på egen hand utom sjukhusområdet.

Så snart förutsättningar för att bereda patienten vård enligt LSPV inte längre föreligger skall han utskrivas. Detta skall prövas fortlöpande. I stället för utskrivning kan patienten bli utskriven på försök för viss bestämd tid, högst sex månader åt gången. Under utskrivning på försök får patienten ställas under tillsyn samt åläggas att iaktta särskilda föreskrifter. Ansökan om utskrivning och utskrivning på försök får göras av förutom patienten själv vissa närstående, förmyndare eller god man. Om utskrivning och utskrivning på försök liksom om tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet beslutar överläkaren såvida inte patienten intagits på grund av domstols förordnande eller begått brott mot annans personliga säkerhet, för vilket åtal inte väckts, eller överförts från kriminalvårdsanstalt och vid utskrivningen

inte skall återföras dit. I sistnämnda tre fall beslutar utskrivningsnämnden. Har patient utskrivits på försök får överläkaren återinta honom om skäl föreligger. Härvid erfordras inga särskilda handlingar.

Överläkares beslut rörande intagning, tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet, utskrivning på försök och utskrivning får patienten anföra besvär hos utskrivningsnämnden. Över utskrivningsnämnds beslut får med vissa undantag besvär anföras hos psykiatriska nämnden.

Utskrivningsnämnd består av tre ledamöter, nämligen en lagfaren ordförande, en läkare och en lekman. Psykiatriska nämnden består av fem ledamöter, nämligen en lagfaren ordförande, två läkare och två lekmän. Ledamöterna i utskrivningsnämnderna och psykiatriska nämnden förordnas av regeringen.

Utvecklingen av antalet intagningar i sluten psykiatrisk vård mellan åren 1962 och 1976 beslyses i följande sammanställning.

	År 1962	År 1976
Intagningar enligt LSPV och motsv. tidigare lagstiftning:		
nyintagningar	ca 18 000	ca 11 000
återintagningar efter försöksutskrivning	ca 5 000	ca 9 000
Intagningar totalt enligt SjvL och LSPV och motsv. tidigare lagstiftning	ca 47 000	ca 120 000

Utredningar m. m.

Utredningar om LSPV m. m.

En inom socialstyrelsen tillsatt arbetsgrupp inledde år 1973 en översyn av LSPV. Översynsarbetet som i betydande utsträckning avsåg frågor om ökad rättssäkerhet för patienter inom den psykiatriska vården redovisades år 1977 i skriften Lag om viss psykiatrisk vård, förslag (Socialstyrelsen redovisar 1977:14), med förslag till ny lagstiftning om psykiatrisk vård oberoende av patientens samtycke. Förslaget överlämnades till regeringen.

Efter remissbehandling av förslaget ingick detsamma i arbetsmaterialet för en särskild arbetsgrupp inom regeringskansliet, vilken socialministern hösten 1977 tillsatt för att ta fram ett beslutsunderlag i frågor om vård utan samtycke inom social- och sjukvård m.m. Denna arbetsgrupp överlämnade år 1978 till socialministern rapporten (Ds S 1978:8) Vård utan samtycke inom socialvård och sjukvård. Arbetsgruppen föreslog ändringar i LSPV som i huvudsak innebar att en ny intagningsgrund, som särskilt skulle gälla missbrukare, skulle införas i LSPV så att tvånget mot vuxna skulle kunna mönstras ut ur sociallagstiftningen. Arbetsgruppen ansåg att det fanns behov av att låta en allsidigt sammansatt kommitté med parlamentarisk förankring överväga bl. a. de lagförslag som socialstyrelsens arbetsgrupp lagt fram och som inte behandlats i rapporten.

På grundval av förslagen i ovannämnda rapport framlades i propositionen 1979/80:1 om socialtjänsten förslag om införande i LSPV av en ny intagningsgrund särskilt gällande missbrukare. Vidare föreslogs vissa andra ändringar i LSPV.I propositionen framhölls att de föreslagna reglerna om vård utan samtycke av vuxna missbrukare inte skulle uppfattas som definitiva. Det förutskickades att en kommitté med parlamentarisk förankring skulle tillsättas för fortsatt översyn av lagstiftningen om vård mot den enskildes vilja. I det av riksdagen (rskr 1979/80:142) godkända betänkande SoU 1979/80:24, vilket avgavs under det propositionen behandlades av socialutskottet, föreslog utskottet bl. a. att det förutskickade utredningsarbetet skulle ges större bredd och ske i form av en parlamentariskt sammansatt beredning. I sitt likaledes av riksdagen (rskr 1979/80:385) godkända betänkande SoU 1979/80:44 om socialtjänsten m. m. avstyrktes det i propositionen framlagda förslaget till ändringar i LSPV. Utskottet föreslog att den begärda parlamentariska beredningen skulle få i uppdrag att ytterligare utreda frågan om vård utan samtycke av vuxna missbrukare och att utredningsarbetet skulle bedrivas så att ett förslag kunde läggas fram i sådan tid att en ny lagstiftning skulle kunna träda i kraft samtidigt med att socialtjänstreformen träder i kraft, vilket utskottet föreslog ske den 1 januari 1982.

Den begärda parlamentariska beredningen – för översyn av reglerna om vård oberoende av samtycke inom socialtjänst- och sjukvårdslagstiftningen m. m. – tillkallades sommaren 1980. I direktiven för beredningens arbete (Dir. 1980:45) framhålls bl. a. att det är angeläget att LSPV ses över i sin helhet och inte bara med avseende på missbruksvården. Önskemål har bl. a., anförs det, framställts från flera håll om preciseringar av de yttringar av psykisk sjukdom som skall grunda rätt till vård enligt LSPV. Det är viktigt, påpekas det, att dessa preciseringar står i överensstämmelse med allmänt vedertagna etiska principer såväl nationellt som internationellt. Beredningen har antagit benämningen socialberedningen (S 1980:07).

Utredningar om den psykiatriska vårdens innehåll och organisation m.m.

I ett föregående avsnitt i betänkandet har lämnats en redogörelse för utredningsarbete om den psykiatriska vårdens innehåll och organisation m. m.

I propositionen 1979/80:1 om socialtjänsten förutskickades det att en parlamentariskt sammansatt kommitté skulle tillkallas för att bl. a. göra en översyn av frågan om huvudmannaskapet för den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) samt överväga hur denna verksamhet och familjerådgivningen kan organiseras på lämpligaste sätt. I betänkandet SoU 1979/80:44 (s. 72 och 73) framförde utskottet vissa synpunkter på den

förutskickade översynen m. m.

Statsrådet Holm har sedermera erhållit regeringens bemyndigande att tillkalla en kommitté för att utreda hur den verksamhet som bedrivs inom PBU och den kommunala familjerådgivningen skulle kunna samordnas inbördes och med andra verksamheter med näraliggande arbetsuppgifter (Dir. 1980:60).

Tidigare riksdagsbehandling

Utskottet behandlade under 1979/80 års riksmöte en motion som bl. a. syftade till att hälso- och sjukvården skulle göras mera offensiv och inrikta sig på förebyggande arbete i samhällsmiljön m. m. och att all sjukvård skulle ställas under landstingens huvudmannaskap m. m. På förslag av utskottet i betänkandet SoU 1979/80:13 avslog riksdagen motionen. Utskottet hänvisade bl. a. till pågående strukturförändring inom sjukvården med bl. a. ökade uppgifter för primärvården att aktivt medverka i skyddet mot miljöfaktorer som hotar hälsan. Vidare hänvisade utskottet till att den år 1975 tillkallade hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (1975:04) i betänkandet (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården bl. a. föreslagit att sjukvårdshuvudmännen skall ha ett vidgat ansvar för hälso- och sjukvården.

I motioner som väckts under de senaste åren har begärts utredningar om och ändringar av den psykiatriska vårdens innehåll m. m. På förslag av socialutskottet i betänkandena SoU 1975:5, 1975/76:34, 1976/77:26, 1977/78:42 och 1979/80:8 har riksdagen avslagit motionerna. Utskottet har erinrat om socialstyrelsens utredningsverksamhet om den psykiatriska vården.

I en av de motioner som behandlades i ovannämnda betänkande SoU 1977/78:42 togs även upp fråga om minimering av tvånget inom den psykiatriska vården. Utskottet hänvisade beträffande denna fråga till beredningen inom regeringskansliet av socialsyrelsens förslag till ny lagstiftning om viss psykiatrisk vård.

Psykiatrisk vård för invandrare

Motionen

I motion 1979/80:1030 av Olof Palme m. fl. (s) påpekas bl. a. att – trots att invandrarnas psykiska problem många gånger är speciellt svåra till följd av de påfrestningar som omställningen till förhållandena i ett annat land innebär – invandrarnas förutsättningar att få del av den psykiatriska vården är begränsade, särskilt med hänsyn till att psykoterapeutisk och psykiatrisk behandling såväl för en korrekt diagnostik som för en framgångsrik terapi är starkt beroende av en god språkförbindelse mellan patient och vårdpersonal. Motionärerna anför vidare bl. a. följande.

Vi har tidigare förordat en försöksverksamhet med särskilda invandrarpolitiska åtgärder i två primärkommuner. På samma sätt förordar vi en särskild försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare inom ett landstingsområde med hög andel invandrade innevånare. Verksamheten bör bedrivas med tvåspråkig personal. Möjligheterna att öka vårdens kvalitet genom en koncentration till en viss klinik bör övervägas. På skilda håll har redan i dag påbörjats viss psykoterapeutrisk och psykiatrisk verksamhet särskilt för invandrare. Skäl talar för att de av oss förordade försöken byggs upp med en sådan redan påbörjad verksamhet som bas. Eftersom försöksresultaten blir av värde för den psykiska hälsovården i hela landet bör verksamheten genomföras med statligt stöd.

Med hänvisning till det anförda föreslår vi att riksdagen beslutar uppdra åt regeringen att uppta förhandlingar med företrädare för landstingen om försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare. Resultatet av dessa överläggningar i vad gäller verksamhetens förläggning, inriktning och finansiering bör snarast föreläggas riksdagen som förslag till statsunderstödda försök med psykiatrisk vård för invandrare.

Vissa vidtagna åtgärder för invandrare inom den psykiatriska vården m. m.

I yttranden över motion 1979/80:1031, som utskottet inhämtat från socialstyrelsen och statens invandrarverk, har dessa myndigheter lämnat uppgifter om följande särskilda åtgärder för invandrare inom den psykiatriska vården m. m.

Socialstyrelsen anför.

Socialstyrelsen har varit engagerad i en del olika försöksverksamheter avsedda att ge förbättrad psykiatrisk vård åt invandrare. Erfarenheterna från dessa projekt har över lag varit positiva.

Av särskilt intresse just nu är ett FoU-projekt "Förbättrad psykiatrisk vård åt finskspråkiga invandrare i Kopparbergs län". Syftet är att utveckla och pröva en modell för organisation av psykiatrisk hjälp åt finska invandrare i länet i form av ett rörligt socialpsykiatriskt vårdteam. Projektet skall också ge underlag för en bedömning av det psykiatriska vårdbehov och sjukdomspanorama som visar sig då förbättrade vårdmöjligheter erbjudes. Socialstyrelsen stöder projektet, som planeras pågå i tre år. F. n. föreligger svårigheter att engagera en finsktalande psykiater.

Statens invandrarverk (SIV) anför.

Det finns redan en numera permanentad verksamhet med psykoterapeutiska behandlingsresurser för invandrare med finska, serbokroatiska och grekiska som modersmål inom Stockholms läns landsting. Erfarenheterna därifrån är med säkerhet till viss mån generaliserbara. T. ex. har det dolda behovet av dylik verksamhet tydligt kommit i dagen. Många patienter har under lång tid varit föremål för åtgärder från socialvård och kroppssjukvård, men först genom tillgången på tvåspråkig personal har det varit möjligt att få fram de verkliga problemen. Erfarenheterna från Stockholms landsting och de arbetsmodeller som valts måste emellertid ses mot bakgrunden av de förhållanden som råder med stor invandrartäthet och mycket stor vårdap-

parat. Utformningen av speciella vårdinsatser för invandrare måste anpassas till lokala förutsättningar. Erfarenheterna från Stockholms läns landsting kan därför bara till vissa delar överföras till övriga landet och försöksverksamhet behövs också inom andra landstingsområden.

SIV har sedan en längre tid haft kontakter med Östergötlands läns landsting angående invandrarbefolkningens situation inom den psykiatriska vårdsektorn. Från landstingets sida har man visat intresse för frågan. Man avser att i samband med den pågående omorganisationen av den psykiatriska vården med övergång till regionala öppenvårdsmottagningar försöka hitta en lämplig modell för att knyta personal med språk- och kulturkompetens till verksamheten.

Landstinget har också i samarbete med Norrköpings kommun, arbetsförmedlingen och länsarbetsnämnden avsatt särskilda utbildningsplatser på landstingets vårdyrkesskola för invandrare. Där har beredskapsarbetande invandrarungdom kunnat erbjudas utbildningsplatser till barnvårdare och sjukvårdsbiträden. Redan anställd personal med invandrarbakgrund på Norrköpings lasarett, vilka saknat grundutbildning, har också på detta sätt kunnat erbjudas utbildningsplatser.

Skolöverstyrelsen och invandrarverket har ett gemensamt projekt med förstärkta SYO-insatser för invandrarungdom bl. a. i Motala. Landstinget avser att i samarbete med SYO-assistenten försöka stimulera invandrarungdom att söka till gymnasieskolans vårdlinje på landstingets vårdyrkesskola. Man är här beredd att överväga någon form av kvotering för elever med kunskap i invandrarspråk.

Vid Linköpings universitet inleds för närvarande ett projekt med anknytning till detta problemområde. Projektet är förlagt till regionssjukhuset i Linköping och kallas Kommunikationssvårigheter inom sjukvården.

Utredningar m. m.

Socialstyrelsens och statens invandrarverks arbetsgrupp

Socialstyrelsen och statens invandrarverk har i en gemensam arbetsgrupp utrett möjligheterna att främja den psykiatriska vården av invandrare och flyktingar. Arbetsgruppens överväganden presenterades år 1979 i rapporten Invandrares psykiska problem.

Arbetsgruppen ansåg att en ökad satsning på tvåspråkig personal är den viktigaste åtgärden när det gäller att förbättra den psykiatriska vården för invandrare. Arbetsgruppen föreslog bl. a. att tvåspråkig personal knyts till en eller flera av de psykiatriska och barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna i de landsting som har en hög andel invandrare, att invandrare som vårdas lång tid på psykiatriskt sjukhus och som har språksvårigheter ges möjlighet till kontakt med landsmän bland vårdpersonalen och bland övriga patienter, att tolkservicen utökas och förbättras inom hälso- och sjukvården med beaktande av de alldeles speciella krav som ställs på den psykiatriska tolkningen samt att sjukvårdspersonalen får utbildning i invandrarfrågor såväl under grund- som under vidareutbildningen.

Socialstyrelsens riktlinjer för 1980-talets psykiatriska vård

I avsnittet i skriften Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård om behovet av åtgärder för vissa grupper som ställer speciella krav på den psykiatriska hälso- och sjukvården anför socialstyrelsen beträffande invandrare och psykiatrisk vård följande.

Speciella krav måste ställas på den psykiatriska vård som bereds invandrare. Psykiska och somatiska besvär hos invandrare kan många gånger förebyggas genom åtgärder i samhället t. ex. i skolan och arbetsmarknaden. Även vårdinstitutioner utanför den specialiserade psykiatriska vården kan ta hand om och hjälpa invandrare att bearbeta sina psykiska problem. Det gäller socialtjänsten, primärsjukvården, arbetsvården, m. fl.

För de stora invandrargruppernas behov, särskilt de finsktalande, bör tvåspråkig vårdpersonal – antingen läkare, psykolog, kurator eller sjuksköterska – knytas till de ordinarie psykiatriska teamen vid länssjukhus i län med hög andel invandrare. Motsvarande behov finns för den enbart finsktalande svenska befolkningen i Norrbotten. För de små invandrargrupperna bör man i stället utnyttja arvodesanställd kliniskt utbildad personal som helst tillhör invandrargruppen. Emellertid får detta krav inte tillgodoses på bekostnad av yrkeskompetensen.

Bristen på vårdpersonal med nödvändiga språkkunskaper och kännedom om invandrargruppen kan göra det nödvändigt att personalens kunskaper måste tillvaratas inom flera vårdinstitutioner och över stora geografiska områden. Det är därför nödvändigt att tillämpa olika modeller när det gäller psykiatrisk vård för invandrare.

Om tvåspråkig utbildad personal inte finns tillgänglig får man rekrytera och internutbilda kontaktpersoner som får stödja invandrarfamiljer under handledning av kliniskt utbildad personal. Det är också angeläget att etablera samarbete mellan hälso- och sjukvården och lokala invandrarorganisationer. Den kommunala invandrarbyrån och socialtjänsten besitter i många fall kunskaper om invandrarkulturen. Dessa kunskaper bör tas till vara i vårdarbetet.

Vid sluten vård bör allt göras för att bryta invandrarnas språkliga, kulturella och sociala isolering. Patienten bör få tillgång till tidningar och böcker på eget språk. Vidare måste ordnas kontakt med anhöriga, med vårdpersonal och med patienter som talar samma språk, samt vid behov med företrädare för patienters olika religioner.

Invandrarens egna önskemål bör vara vägledande när tolk skall anlitas. För att god vård skall kunna ges måste också krav ställas på tolkningens kvalitet.

Hälso- och sjukvårdsutredningen

Hälso- och sjukvårdsutredningen har i betänkandet (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården lagt fram förslag till en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården i form av en hälso- och sjukvårdslag. I 2 § i lagförslaget läggs fast de övergripande målen för hälso- och sjukvården. Dessa mål är att hälso- och sjukvården skall främja en god hälsa hos hela befolkningen och att hälso- och sjukvården skall erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor. Dessa

mål skall enligt utredningen bl. a. innebära att den som ansvarar för hälso- och sjukvården så långt det är möjligt skall inrätta sin verksamhet så att betydelsen av t. ex. geografiska eller språkliga och kulturella olikheter kan begränsas.

Remissbehandlingen av betänkandet har nyligen avslutats.

Viss svensk-finsk arbetsgrupp

Vid överläggningar i februari 1979 mellan representanter för socialdepartementet och finska social- och hälsovårdsministeriet beslutade parterna att rekommendera tillskapandet av en gemensam arbetsgrupp med syfte att belysa möjligheterna att förbättra de finskspråkiga invandrarnas situation inom den svenska hälso- och socialvården. Arbetsgruppen skulle bl. a. kartlägga de faktiska problem invandrarna främst på grund av språksvårigheter kunde ställas inför inom hälso- och socialvården.

Arbetsgruppen konstituerades sedermera – för svensk del med stöd av ett bemyndigande av regeringen i september 1979.

Remissyttranden

Utskottet har inhämtat yttranden över motion 1979/80:1031 från socialstyrelsen, statens invandrarverk och Landstingsförbundet.

Ställningstaganden till motionsförslagen

Remissinstanserna ställer sig positiva till motionsförslagen.

Socialstyrelsen framhåller att myndigheten i olika sammanhang har uppmärksammat problemet för invandrare att få en adekvat psykiatrisk vård i Sverige. En av orsakerna härtill anser socialstyrelsen vara de språksvårigheter en invandrare har att kämpa med och som gör att han drar sig för att söka kontakt med sjukvården för att få hjälp med sina psykiska besvär. Socialstyrelsen påpekar att myndigheten i sina riktlinjer för 1980-talets psykiatriska vård framhållit att speciella krav måste ställas på den psykiatriska vård som bereds invandrare.

Socialstyrelsen anser det vara väsentligt att man prövar olika modeller för att ge förbättrad psykiatrisk vård åt invandrare, vilka modeller kan anpassas efter de skilda behov och förhållanden som föreligger i olika regioner. Socialstyrelsen finner förslaget att initiera olika försöksverksamheter med psykiatrisk vård för invandrare positivt och värt allt stöd. Socialstyrelsen framhåller vikten av att de psykiatriska hjälpinsatser som kan komma i fråga om möjligt ges på invandrarnas eget språk.

Statens invandrarverk (SIV) anför bl. a. att invandrarnas behov av psykiatrisk vård – bl. a. av de skäl som nämns i motionen – sannolikt är större

än vad som gäller för den infödda svenska befolkningen. SIV instämmer helt i motionens syfte.

SIV instämmer vidare med motionen i att det kan vara en fördel att försöksverksamheten knyts till ett landsting, som redan har en påbörjad verksamhet, eller i varje fall väl genomtänkta planer på att starta en verksamhet för att tillgodose invandrares behov av psykiatrisk service. SIV pekar härvid på Östergötlands läns landsting som lämpligt för en försöksverksamhet. Det framhålls att andelen invandrare inom Östergötlands landstingsområde motsvarar i stort sett sammansättningen i landet både i fråga om antalet och i fråga om invandrargrupper.

SIV tillstyrker att riksdagen hemställer att regeringen upptar förhandlingar med företrädare för landstinget om att med statligt stöd genomföra en försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare.

Landstingsförbundet framhåller att hälso- och sjukvården är under uppbyggnad i fråga om primärvården, som skall tillgodose medborgarnas behov av grundläggande hälso- och vårdinsatser, och att psykiatrin är under omstrukturering mot öppnare vårdformer och en mera samhällsanknuten verksamhet, men lider samtidigt av svår personalbrist. För båda dessa verksamheter gäller, påpekas det, att de i ett mera utvecklat skede kommer att på ett annat sätt än i dag svara mot befolkningens vårdbehov, alltså även invandrares.

Landstingsförbundet påpekar att viss försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare bedrivits inom bl. a. Stockholms läns landsting men att ytterligare kunskapsuppbyggnad på detta område emellertid är önskvärd.

Landstingsförbundet anför vidare bl. a.

Ett sätt att stödja den önskvärda utveckling mot bättre vårdinsatser för invandrare kan vara att som riksdagsmotionen anför börja en särskild försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare. Härigenom skulle man kunna belysa åtgärder av både vårdpolitisk och personalpolitisk betydelse i arbetet med att söka skapa en bättre psykisk hälsa hos invandrare. Förslaget förutsätter en överenskommelse med intresserad sjukvårdshuvudman om att starta en försöksverksamhet. Förbundet är för sin del berett att medverka i sådana diskussioner.

Synpunkter på stödinsatser för invandrare m. m.

Statens invandrarverk (SIV) anför bl. a. följande.

Det psykiska vårdbehovet för invandrare har, i likhet med vad som gäller för den övriga befolkningen, ofta anknytning till den sociala situationen.

På arbetsmarknaden återfinns invandrare ofta i branscher och arbetsmiljöer, där man haft svårt att rekrytera svensk arbetskraft. Det rör sig i stor utsträckning om konjunkturkänsliga branscher. Även invandrarnas kortare anställningstider gör att de har större risk att bli arbetslösa. Man finner också att utländska medborgare har en högre arbetslöshet, speciellt då ungdomarna.

Undersökningar på ett antal orter i landet visar att bland de barn som blir föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen utgör invandrarbarnen en förhållandevis stor och ökande andel.

Av socialstyrelsens institutionsredovisning framgår också att antalet invandrarbarn och -ungdom på barnhem och ungdomsvårdsskolor ökar.

Dessa förhållanden pekar otvetydigt på att det finns risk för ett växande behov av psykiatrisk service bland invandrare. Det är synnerligen viktigt att snabbt skapa förutsättningar att möta det behovet. Invandrare behöver få tillgång till social service av förebyggande karaktär på kommunal nivå. Dessutom måste finnas psykoterapeutisk service med inriktning på barn och familj i form av PBU-mottagning.

Utöver behovet av sjuksköterskor, läkare, kuratorer och psykologer med språk- och kulturkompetens får man inte glömma den viktiga roll som biträdespersonal med invandrarbakgrund kan spela. För inneliggande patienter torde vårdbiträden huvudsakligen vara den personalkategori som står till förfogande för den dagliga mänskliga kontakten.

En viktig fråga i sammanhanget är hur man skall tillgodose behovet av personal från olika nationalitetsgrupper med adekvat utbildning inom olika nivåer på vårdområdet. Frågan behöver därför anknytas till åtgärder för att aktivt verka för att invandrare med utbildning från hemlandet kan få sin kompetens prövad och vid behov utan dröjsmål få sin utbildning kompletterad och anpassad till svenska förhållanden. Likaså måste invandrarungdom stimuleras att välja utbildningar inom dessa yrkesområden. En väg kan vara att genom kvotering försäkra dem utbildningsplatser.

Synpunkter på ansvaret för psykiatrisk vård för invandrare

Landstingsförbundet anför följande.

Samhällets invandrarpolitik bestäms utifrån de mål och riktlinjer som fastställs av riksdag och regering. Invandrarna bör ha samma sociala trygghet som befolkningen i övrigt vad gäller boende, sysselsättning, undervisning och samhällsservice. I den mån invandrarnas förhållanden och bakgrund ställer större krav på samhällsinsatser än övriga innevånare förutsätts detta ha vägts in av statsmakterna i utformningen av invandrarpolitiken.

– – –

Mot bakgrund av den statliga invandrarpolitiken finner Landstingsförbundets styrelse det rimligt att statsmakterna lämnar sitt stöd i fråga om extra åtgärder som erfordras för att möta invandrarnas specifika krav i vården.

Tidigare riksdagsbehandling

I anslutning till behandlingen av en under 1977/78 års riksmöte väckt motion om lungröntgenundersökning av invandrare fann utskottet det angeläget att skaffa in en bredare information beträffande frågan om invandrarnas kontakter med hälso- och sjukvården. Utskottet anordnade därför i april 1978 ett sammanträde med företrädare för socialstyrelsen, statens invandrarverk och Landstingsförbundet, varvid frågan belystes genom föredragningar och utfrågningar. Myndigheterna och Landstingsför-

bundet hade inför sammanträdet inkommit med promemorior i frågan. Som ett problem framhölls att invandrarna har bristande kunskap om organisationen och utformningen av hälso- och sjukvårdsväsendet i vårt land och om de tjänster – inte minst rådgivning i hälsofrågor – detta kan ge dem. Som problem framhölls vidare bl. a. att det finns hinder i kommunikationen och förståelsen mellan invandrarna och de inom hälso- och sjukvården verksamma på grund av språksvårigheter och bristande kunskaper hos de senare om vad invandrarsituationen innebär för patienterna och om de olika kulturella bakgrundsfaktorer som har betydelse vid samtal och behandling. Som exempel på problem av här nämnd art nämndes situationen vid psykiatrisk diagnostik och behandling – där samtal mellan terapeut och patient är grundläggande – i fall då terapeuten och patienten till följd av språksvårigheter inte kan föra ett öppet och obehindrat samtal med varandra.

I sitt av riksdagen godkända betänkande SoU 1978/79:3 anförde utskottet bl. a. följande.

En grundsats för arbetet med att bygga ut hälso- och sjukvården i vårt land är att alla som bor i vårt land skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Detta har bl. a. fastslagits som utgångspunkt för det utredningsarbete om en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården, som den år 1975 tillkallade hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) har att utföra. Denna grundsats innebär när det gäller invandrarna att hälso- och sjukvården måste anpassas även till deras situation. Vid ovannämnda sammanträde framkom det att det härvidlag främst krävs en god information till invandrarna om vår hälso- och sjukvård och om de tjänster denna kan erbjuda, åtgärder för att stimulera invandrarna till kontakt med den förebyggande hälsovården inom barnhälsovården, mödrahälsovården, den allmänna skärmbildsverksamheten, företagshälsovården etc., en god tolkservice samt möjlighet för invandrarna att vid behov få kontakt med personal som behärskar deras språk och/eller har kunskap om föreställningar, seder och bruk i de miljöer varifrån invandrarna kommer och därigenom bättre kan möta invandraren i vårdsituationen.

I vissa sjukvårdsområden har betydande insatser gjorts för att underlätta invandrarnas kontakter med hälso- och sjukvården men på många håll krävs det kraftfulla insatser i nämnda avseende. Det är därför angeläget att frågan om hur vår hälso- och sjukvård skall tillgodose även invandrarnas behov ägnas särskild uppmärksamhet under den fortsatta utbyggnaden på området.

Det finns enligt utskottets mening anledning att närmare överväga de vid ovannämnda sammanträde framkomna synpunkterna på hur vår hälso- och sjukvård skall anpassas till invandrarnas situation.

Utskottet – som i betänkandet vidare tog upp fråga om hälsobesked för invandrare – hemställde att riksdagen som sin mening skulle ge regeringen till känna vad utskottet anfört beträffande invandrarna och hälso- och sjukvården.

Regeringen överlämnade riksdagens skrivelse (rskr 1978/79:1) i ärendet till hälso- och sjukvårdsutredningen.

Utskottet

I de motioner som behandlas i detta betänkande tas upp frågor om självmordsförebyggande verksamhet, utvecklingen av den psykiatriska vården samt psykiatrisk vård för invandrare.

Som bakgrund till behandlingen av motionerna vill utskottet i korthet redovisa huvuddragen i den strukturomvandling av hälso- och sjukvården som pågår och den reformering av socialvården (socialtjänsten) som beslutats. Närmare redogörelser härför har lämnats i ett föregående avsnitt i betänkandet.

Inom hälso- och sjukvården pågår f. n. en omstrukturering med betoning på öppen vård utanför sjukhus. Enligt ett av socialstyrelsen utarbetat principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80) (Socialstyrelsen anser 1976:1) – som utgör ett underlag för omstruktureringen – skall den övervägande delen av vården lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och sjukhem. Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område, och de hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. Det förutsätts bl. a. att det skall ingå i uppgifterna för primärvården att aktivt medverka i skyddet mot miljöfaktorer som hotar hälsan. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården samt på regionsjukvården.

Socialstyrelsen har tidigare i år i skriften Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård (Socialstyrelsen anser 1980:2) redovisat den huvudsakliga inriktning för planeringen av den psykiska hälso- och sjukvården som enligt socialstyrelsen bör gälla på längre sikt samt mera konkret angett riktlinjer inför 1980-talet. Huvuddragen i utvecklingen av den psykiatriska vården föreslås bl. a. vara en utveckling mot öppnare vårdformer med decentralisering av resurserna till mindre enheter i människornas närmiljö samt ökad samverkan med socialtjänsten. Primärvården förutsätts i enlighet med HS 80 ha ett ansvar för den primära psykiatriska hälso- och sjukvården. Länssjukvården skall omfatta de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och kompetens som primärvården inte förfogar över, inkl. psykiatrisk dygnet-runt-vård. Den psykiatriska länssjukvården bör organiseras enligt sektoriseringsprincipen som innebär att en klinik eller del därav skall ha ett sammanhållet ansvar för länssjukvårdens hela psykiatriska verksamhet inom ett geografiskt avgränsat område. Inom den sektoriserade enhetens ram bör finnas några psykiatriska team som svarar för mindre betjäningsområden. Behovet av psykiatrisk regionsjukvård förutsätts bli mycket begränsat.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation har beslutat att ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90) skall upprättas. En utgångspunkt för arbetet härmed skall vara att

hälso- och sjukvården – vid sidan av de traditionella sjukvårdsuppgifterna – aktivt arbetar för att samhället som helhet verkar för att bibehålla och förbättra befolkningens fysiska, psykiska och sociala hälsa.

Riksdagen har tidigare i år (prop. 1979/80:1, SoU 1979/80:44, rskr 1979/80:385) antagit en socialtjänstlag som skall träda i kraft den 1 januari 1982 och då ersätta den nuvarande socialhjälpslagen (1956:2) och annan social vårdlagstiftning. För socialtjänsten – som socialvården i fortsättningen skall kallas – skall helhetssynen vara utmärkande, vilket bl. a. innebär att socialtjänsten skall sträva efter att finna en lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller gruppens totala situation. Helhetssynen förutsätter ett nära samarbete över sektorgränser, och socialtjänsten skall vid behov samarbeta med andra organ i samhället och med organisationer och föreningar. I socialtjänstlagen framhålls bl. a. socialnämndernas uppgift att främja goda miljöer i kommunen och förutsättningarna för goda levnadsförhållanden vid sidan av uppgiften att svara för råd, stöd och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

Självmordsförebyggande verksamhet

I motion 1979/80:187 av Mårten Werner m. fl. (m) påpekas bl. a. att antalet självmord i vårt land uppgår till drygt 2 000 per år och att man räknar med att det görs drygt 20 000 självmordsförsök per år. Motionärerna påpekar vidare att mera omfattande förebyggande verksamhet från samhällets sida skulle ge stora möjligheter att rädda liv samt begär utredning och förslag syftande till en effektivisering av självmordsförebyggande verksamhet (suicidal prevention).

Som redovisats i det föregående avses den förebyggande verksamheten få allt större utrymme inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Härigenom skapas bättre förutsättningar att motverka missförhållanden som kan vara orsak till kriser hos människor som leder till självmordsförsök. Inom socialtjänsten kan vidare ett ökat utbud av kurativ service väntas med bl. a. jourmottagningar.

Utredningsarbete som kan väntas ge uppslag till hur samhället på ett bättre sätt skall möta människor i krissituationer pågår. Inom socialstyrelsen görs sålunda en kartläggning av livshotande förgiftningstillstånd med sömnmedel och lugnande medel. Vidare har socialstyrelsens vårdprogramnämnd gett en arbetsgrupp i uppdrag att utarbeta underlag för ett vårdprogram för problemet självmord. Med stöd av medel som ställts till förfogande av regeringen efter tillstyrkan av delegationen för social forskning bedrivs dels en undersökning av suicidförsök som bl. a. beräknas ge kunskaper för framtida uppläggning av terapeutiska och preventiva program, dels en undersökning av psykiska kriser som reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall, där resultatet av undersökningen bl. a. kan väntas påverka utformningen av stödåtgärder åt människor i kris.

Då det gäller kontakt med och bistånd till människor i kris är inte minst insatser av medmänsklig natur av betydelse. Både enskilda – såsom grannar och arbetskamrater – och organisationer har härvidlag en uppgift att fylla. Liksom utskottet gjorde vid behandlingen av socialtjänstlagen vill utskottet här framhålla värdet av frivilliga insatser som komplement till samhällsåtgärderna.

Med hänsyn till innehållet i den lämnade redovisningen anser utskottet att det inte är påkallat med något riksdagens initiativ med anledning av motion 1979/80:187. Motionen avstyrks således.

Utvecklingen av den psykiatriska vården

Sluten psykiatrisk vård bedrivs vid lasarett för uteslutande psykiatrisk vård (tidigare mentalsjukhus), psykiatriska kliniker vid kroppssjukhus (till vilka även tidigare mentalsjukhus administrativt kan vara knutna), sjukhem samt enskilda vårdhem. Antalet vårdplatser för sluten vård uppgick år 1977 till totalt 34 400, varav 21 600 vid tidigare mentalsjukhus, 4 150 vid psykiatriska kliniker vid kroppssjukhus, 5 650 vid sjukhem och 3 000 vid enskilda vårdhem. Öppen vård bedrivs jämsides med den slutna vården samt vid vissa polikliniker och vårdcentraler, vid vilka läkare som är specialister i psykiatri tjänstgör.

Den slutna psykiatriska vården regleras liksom kroppssjukvården genom bestämmelser i sjukvårdslagen (1962:242) och den till denna lag anknutna sjukvårdskungörelsen (1972:676) samt beträffande de statliga sjukhusen – Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset i Uppsala – genom bestämmelser i reglementena för dessa sjukhus. Vården enligt nämnda bestämmelser är frivillig och kan inte förenas med tvångsåtgärder. För de fall psykiskt sjuka måste vårdas oberoende av eget samtycke kan vård beredas enligt bestämmelser i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Den som är intagen på sjukhus enligt LSPV får hindras att lämna sjukhuset och i övrigt underkastas nödvändigt tvång. Vård enligt LSPV bereds huvudsakligen vid de tidigare mentalsjukhusen.

Antalet vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården vid frivillig intagning har under de senaste årtiondena fortgående ökat medan intagningar med stöd av LSPV och motsvarande tidigare lagstiftning har minskat något (se sammanställning på s. 14). Medelvårdtiderna för huvuddelen av patienterna har minskat. Läkarbesöken inom den öppna psykiatriska vården har ökat.

I motion 1979/80:1668 av Lars Werner m. fl. (vpk) anförs bl. a. att en reform av den psykiatriska tvångslagstiftningen är nödvändig dels på grund av det abnormt höga antalet tvångsomhändertaganden – vilket motionärerna anser vara en följd av en gummiartad utformning av lagstiftningen och en alltför frikostig tillämpning av densamma – dels på grund av den destruktiva verkan tvångsomhändertaganden får för behandlingsklimat och behandling-

ens effekter. Motionärerna begär, såvitt här är i fråga (yrkande 1 i motionen), utredning och förslag till reformerad lagstiftning med målet att drastiskt bringa ner antalet tvångsomhändertaganden och att striktare kontrollera dem i enlighet med riktlinjer som anges i motionen.

I motion 1979/80:423 av Lars Werner m. fl. (vpk) begärs att ett medicinskt-socialt handlingsprogram upprättas för psykiatriska vården och rehabiliteringen i enlighet med riktlinjer som anges i motionen. Motionärerna påpekar bl. a. att det viktigaste behovet i dag inom den psykiatriska vården är ett handlingsprogram som samordnar alla progressiva aktiviteter till en effektiv och obyråkratisk organisation, som är väl anknuten till dagens samhälle och till de problem som finns i samhället.

Socialstyrelsen inledde år 1973 en översyn av LSPV som i betydande utsträckning avsåg frågor om ökad rättssäkerhet för patienter inom den psykiatriska vården. Översynen resulterade i förslag om en ny lagstiftning på området, vilket redovisades i skriften Lag om viss psykiatrisk vård, förslag (Socialstyrelsen redovisar 1977:14). Förslaget överlämnades till regeringen. Den fortsatta behandlingen av frågor kring regler om vård oberoende av samtycke har lett till att en parlamentarisk beredning – socialberedningen (S 1980:07) – sommaren 1980 tillkallats för att bl. a. göra en översyn av reglerna om vård oberoende av samtycke inom socialtjänst- och sjukvårdslagstiftningen. I direktiven för beredningens arbete framhålls att det är angeläget att LSPV ses över i sin helhet och inte bara med avseende på missbruksvården. Önskemål har bl. a., anförs det, framställts från flera håll om preciseringar av de yttringar av psykisk sjukdom som skall grunda rätt till vård enligt LSPV. Det är viktigt, påpekas det, att dessa preciseringar står i överensstämmelse med allmänt vedertagna etiska principer såväl nationellt som internationellt. Med hänsyn till det anförda är enligt utskottets mening något riksdagens initiativ inte påkallat med anledning av motion 1979/80:1668 i här aktuell del.

Utskottet har i inledningen till detta avsnitt översiktligt redovisat riktlinjerna för förändring av strukturen och innehållet i såväl hälso- och sjukvården, inkl. den psykiatriska vården, som socialtjänsten. De avsedda förändringarna innebär bl. a. att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten skall ha en offensiv inriktning, dvs. på olika sätt – bl. a. genom samverkan med samhällsorgan, organisationer m. fl. – söka förebygga ohälsa och sociala missförhållanden. Vidare skall vården erbjudas i människornas närmiljö. En av utgångspunkterna i utredningsarbetet om den psykiatriska vården har varit att behandlingsmöjligheter skall finnas som så litet som möjligt gör det nödvändigt att den enskilde patienten rycks loss ur sitt vanliga sociala grupp- och samhällssammanhang.

Med hänsyn till det anförda påkallar motion 1979/80:423 enligt utskottets mening inte heller något initiativ av riksdagen. Utskottet avstyrker således motionen.

Psykiatrisk vård för invandrare

I motion 1979/80:1031 av Olof Palme m. fl. (s) begärs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad som anförts i motion 1979/80:1030 av samma motionärer om försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare. I sistnämnda motion påpekas bl. a. att invandrarnas psykiska problem många gånger är speciellt svåra till följd av de påfrestningar som omställningen till förhållandena i ett annat land innebär. Samtidigt är, påpekas det vidare, invandrarnas förutsättningar att få del av den psykiatriska vården begränsade, särskilt med hänsyn till att psykoterapeutisk och psykiatrisk behandling är starkt beroende av en god språkförbindelse mellan patient och vårdpersonal. Motionärerna förordar därför en särskild försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare inom ett landstingsområde med hög andel invandrade invånare. Verksamheten bör enligt motionärerna bedrivas med tvåspråkig personal och möjligheterna att öka vårdens kvalitet genom en koncentration till en viss klinik bör övervägas. Enligt motionärerna talar skäl för att försöksverksamheten byggs upp med en redan påbörjad, särskilt för invandrare inrättad psykoterapeutisk och psykiatrisk verksamhet som bas. Motionärerna föreslår att regeringen skall ta upp förhandlingar med företrädare för landstingen om en försöksverksamhet och att resultaten av förhandlingarna i vad gäller verksamhetens förläggning, inriktning och finansiering snarast skall föreläggas riksdagen i form av förslag till statsunderstöd.

I socialstyrelsens riktlinjer för 1980-talets psykiatriska vård behandlas i ett särskilt avsnitt behovet av åtgärder för invandrare inom den psykiatriska vården. En närmare redogörelse härför har lämnats i det föregående (s. 19). Angelägenheten av tvåspråkig personal understryks liksom angelägenheten av att man vid sluten vård gör allt för att bryta invandrarnas språkliga, kulturella och sociala isolering.

Utskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, statens invandrarverk och Landstingsförbundet. Socialstyrelsen framhåller – liksom myndigheten gjort i riktlinjerna för 1980-talets psykiatriska vård – bl. a. betydelsen av att man prövar olika modeller för att ge förbättrad psykiatrisk vård åt invandrare. Socialstyrelsen finner motionsförslaget om försöksverksamhet med psykiatrisk vård för invandrare positivt och värt allt stöd. Statens invandrarverk instämmer helt i motionens syfte och pekar på Östergötlands läns landsting som lämpligt för en försöksverksamhet. Landstingsförbundet anser att ett sätt att stödja utvecklingen mot bättre vårdinsatser för invandrare kan vara en försöksverksamhet i enlighet med motionsförslaget. Förbundet förklarar sig berett att medverka i diskussioner om en försöksverksamhet.

Utskottet delar socialstyrelsens uppfattning att man bör pröva olika modeller när det gäller utformningen av psykiatrisk vård för invandrare och ställer sig därför positivt till att en försöksverksamhet med psykiatrisk vård

för invandrare kommer till stånd. Utskottet vill därför förorda att socialstyrelsen får i uppdrag att ta upp diskussioner med Landstingsförbundet, sjukvårdshuvudmän, statens invandrarverk samt representanter för invandrar- och personalgrupper syftande till att en sådan försöksverksamhet skall komma till stånd. Vid beredningen av frågan om försöksverksamheten bör bl. a. klarläggas försöksverksamhetens organisation och innehåll samt förutsättningarna för finansiering av densamma. Kostnadsansvaret för psykiatrisk vård för invandrare liksom för andra grupper i samhället ligger visserligen på sjukvårdshuvudmännen men – eftersom det här är fråga om en försöksverksamhet – bör det undersökas i vad mån finansieringen kan ske genom bidrag från de anslag eller fonder från vilka stöd till forskning och utvecklingsarbete m. m. på de sociala och arbetsmarknadspolitiska sektorerna kan utgå. I första hand synes därvid böra undersökas vilka möjligheter som finns till bidrag från anslaget till forsknings- och utvecklingsarbete samt försöksverksamhet på socialdepartementets huvudtitel samt från anslaget till åtgärder för invandrare på arbetsmarknadsdepartementets huvudtitel.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1979/80:1031 bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Utskottet hemställer

1. beträffande *självmordsförebyggande verksamhet*
   att riksdagen avslår motion 1979/80:187,
2. beträffande *utvecklingen av den psykiatriska vården*
   att riksdagen avslår motion 1979/80:423 och motion 1979/80:1668 yrkande 1,
3. beträffande *frågan om psykiatrisk vård för invandrare*
   att riksdagen med anledning av motion 1979/80:1031 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan.

Stockholm den 4 november 1980

På socialutskottets vägnar
GABRIEL ROMANUS

Närvarande: Gabriel Romanus (fp), Karl Leuchovius (m), Mårten Werner (m), John Johnsson (s), Erik Larsson (c), Kjell Nilsson (s), Sven-Gösta Signell (s), Kersti Swartz (fp), Anita Bråkenhielm (m), Stig Alftin (s), Karin Israelsson (c), Lena Öhrsvik (s), Maria Lagergren (s), Anita Persson (s) och Sigvard Persson (c).