

Motion till riksdagen 2020/21:2033

av **Clara Aranda m.fl. (SD)**

Psykisk ohälsa

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en tioårig nationell strategi för det fortsatta samlade arbetet med psykisk hälsa och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Folkhälsomyndighetens roll ska förtydligas och förstärkas i samband med inrättandet av strategin och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att anta en tydlig nationell målsättning för förbättrad psykisk hälsa och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta ett nationellt råd med huvudansvar för det samlade arbetet gällande psykisk hälsa och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta ett nationellt forskningsprogram inom området psykisk hälsa och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att psykisk ohälsa ska vara ett eget politikområde och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en utredning för nya strukturer som möjliggör förstärkt tillgång till ökad psykiatrisk kompetens inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheten för lagstadgat krav på kompetens för att möta patienter med psykisk ohälsa på landets vårdcentraler och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att arbeta fram förslag på riktade utbildningsinsatser för att stärka kunskap om tidiga risktecken vid psykisk ohälsa och tillkännager detta för regeringen.

10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stimulera till åtgärder som verkar för att modernisera och utveckla den psykiatriska vården och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppmuntra till studier/pilotprojekt som syftar till att nya arbetssätt och metoder prövas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att bältesläggning inte ska användas som tvångsåtgärd och därmed ska fasas ut och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att omgående utveckla och förstärka barn- och ungdomspsykiatri genom nationella flödesprogram och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheten till att förändra lagstiftningen från dagens föräldraperspektiv till ett barnperspektiv och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en strategi för ändamålsenlig hantering av förskrivning av psykofarmaka till barn och unga och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om standardiserad uppföljning och utvärdering gällande följsamhet av nationella riktlinjer samt rekommendationer vid förskrivning av psykofarmaka till barn och unga och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheten att införa kontinuerliga bedömningar av psykisk samt psykosocial hälsa inom grund- och gymnasieskolan och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheten till att standardisera terapeutisk behandlingskompetens inom grund- och gymnasieskolan och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheten att stärka stödet till riktade kunskapsinsatser i grund- och gymnasieskola som fokuserar på psykisk hälsa/ohälsa och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheten att integrera kunskap om psykisk hälsa och ohälsa i läroplanen och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram nationella riktlinjer för att främja hbtq-personers psykiska hälsa och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att samtalsterapi och psykologisk utredning ska säkerställas som förstahandsalternativ vid vårdande behandling av könsdysfori och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att initiera ett pilotprojekt med syftet att utreda fördelar, kostnader och konsekvenser av ett framtida förstatligande av samtliga regionkliniker och vårdenheter och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa en nationellt standardiserad och högkvalitativ utredningsprocess för diagnostisering av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och tillkännager detta för regeringen.

25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Socialstyrelsen ska uppdras att ta fram nationella riktlinjer för en jämlik vård vid neuropsykiatrisk diagnos och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheten till riktade kunskapsinsatser för att öka kunskapen om neuropsykiatriska diagnoser i samhället och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en nationell samordnare med samlat ansvar för det suicidpreventiva arbetet och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdatera det befintliga niopunksprogrammet för suicidprevention och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verkställa konkreta delmål och planlägga det fortsatta arbetet med nollvisionen för suicid och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att standardisera tydliga riktlinjer för eftervård av suicidnära patienter och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att starta projektverksamhet med kriscenter i utvalda län och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utöka stöd till ideella föreningar som arbetar med att förebygga psykisk ohälsa och med suicidprevention och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en utredning med syftet att införa en standardiserad uppföljning av självmordsnära inom svensk hälso- och sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att för att stärka stödet till efterlevande tillsätta en utredning som ska föreslå riktlinjer för att möta behov och säkra ett riktigt omhändertagande av anhöriga när suicid inträffar och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda aktuella utbildningsinsatser för en bättre vård av äldre som lider av psykisk ohälsa och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram en nationell handlingsplan för att möta en väntad ökad psykisk ohälsa med anledning av pandemin och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en nationell stödtelefonverksamhet för personer med psykisk ohälsa och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att den nationella stödtelefonens verksamhet ska vara en del av 1177 Vårdguidens uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att den nationella stödtelefonen ska bemannas av professionella yrkesutförare och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att anmälningsplikt vid suicid ska införas och tillämpas av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten och tillkännager detta för regeringen.

41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa arbetssätt med haverikommission vid suicid och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Sverigedemokraternas vision är att den psykiska hälsan i vårt land ska vara mycket god. Att få må bra och leva ett gott liv ska vara möjligt för alla; psykiskt välmående ska helt enkelt vara en rättighet.

När det psykiska måendet försämras ska samhället möta upp behov i ett tidigt skede och leverera snabb tillgång till psykoterapi och andra effektiva behandlingsmetoder.

Den statliga styrningen ska vara tydlig och utgå ifrån ett helhetsperspektiv. Arbetet med att främja den psykiska hälsan ska därför aktualiseras genom samlade och strukturerade insatser, som ska preciseras utifrån övergripande mål för området.

I Sverige ska vi arbeta långsiktigt för att stärka den psykiska hälsan; samtliga åtgärder och insatser ska utgå ifrån en tydlig nationell strategi som ska vara grunden för det politiska arbetet under en längre tidsperiod.

Nya innovativa arbetssätt och metoder ska prövas och utvecklas kontinuerligt. Det innebär att primärvården, och den specialiserade vården, moderniseras och levererar goda resultat.

Förskrivningen av psykofarmaka ska, i största möjliga mån, ersättas med andra åtgärder och ska alltid användas med extra försiktighet när det gäller barn och unga.

Preventiva insatser måste ligga i fokus och Sverige ska ha en nationell samordnare med samlat ansvar för suicidprevention, för att möjliggöra att förekomsten av suicid hanteras på ett mer effektivt sätt.

Sverige ska vara framstående i arbetet med att främja psykisk hälsa. Vi ska vara ledande i att utveckla en evidensbaserad vård och behandling, samtidigt som vi alltid ska sträva efter att skapa effektiva strukturer för att hantera komplexiteten av psykisk ohälsa inom alla samhällsnivåer.

En långsiktig nationell strategi för arbetet med psykisk hälsa

Sverige behöver en samlad och långsiktig plan för att hantera den ökade psykiska ohälsan. Enskilda och kortsiktiga satsningar kommer aldrig att kunna möta den problematik som vi står inför, och därför krävs det starka prioriteringar och en seriös plan för det fortsatta arbetet.

Den förda kvartalspolitiken måste ifrågasättas och ersättas med en tioårig strategi, i enlighet med vad som föreslås i slutbetänkandet SOU 2018:90. I slutbetänkandet föreslås likaså ett nationellt mål för strategin och en målstruktur som ska verka sektorsövergripande, vilket vi menar är ytterst angeläget att konkretisera.

Den växande psykiska ohälsan kräver att vi ser över det statliga styret och skapar nya strukturer för ökad förståelse och ett förbättrat samarbete mellan departement, myndigheter och involverade aktörer.

Med tydliga resultatmål och ett seriöst analytiskt åtagande ska utförda insatser därefter grundligt följas upp. Med anledning av detta vill vi se en tydlig nationell pådrivande styrning och verka för att Folkhälsomyndighetens roll förstärks och förtydligas.

För en långsiktig och tydlig politisk linje krävs målmedvetenhet. Därför är parti-överskridande konsensus helt avgörande för att kunna uppnå verkliga resultat och komma ifrån kortsiktiga insatser. Av den orsaken bör samtliga partier i Sveriges riksdag gemensamt utforma de slutliga detaljerna i den nationella strategin som föreslås i utredningens slutbetänkande. Ett nationellt råd för arbetet med psykisk hälsa måste därmed tillsättas och rådet bör bestå av ansvariga ministrar och utsedda representanter från samtliga riksdagspartier samt utöver det representation från profession och annan expertis inom området. Slutresultatet av den nationella strategin bör slutligen formuleras i en proposition som antas av riksdagen.

Forskningen är en avgörande faktor för den fortsatta utvecklingen av evidensbaserade metoder inom både hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Det är också grundläggande för ökad förståelse gällande psykisk ohälsa i relation till livsomständigheter och hur dessa påverkar hälsan.

Långsiktighet är lika relevant när det gäller forskning. För att uppnå god kontinuitet och en hållbar kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa finns behov av ett särskilt forskningsprogram. Ett nationellt forskningsprogram ska likaså fungera som stödjande funktion till den nationella strategin, och verka under samma tidsperiod.

Psykisk hälsa som eget politikområde

Vi har en statlig verksamhet som indelas i politiskt relevanta områden. Syftet med indelningen är att tydliggöra kopplingen mellan mål, måluppfyllelse, resultat och kostnader. Det skapar i sin tur bättre underlag för riksdagens arbete och ger ledamöter samt regeringar nödvändigt underlag för hur statliga medel sedan ska prioriteras.

Idag indelas den statliga verksamheten i totalt 47 politiska områden. Vissa är sektorsövergripande och andra mer avgränsade. Varje politiskt område delas in i olika verksamhetsområden. Psykisk hälsa/ohälsa ligger exempelvis inom ramen för hälso- och sjukvårdspolitikerna samt folkhälsopolitiken.

För att stärka den psykiska hälsan i samhället, och möta den ökade psykiska ohälsan, krävs det förståelse för att det är ett område som berör flera politik- och samhällsområden. Det finns därför behov av att samla psykisk hälsa till ett politikområde, som ska vara styrande när det gäller insatser inom andra politikområden. Det innebär alltså en sammanfogad utgångspunkt för politisk styrning och insatser. Den statliga styrningen ska utgå ifrån framtagna principer vilka ska verkställas i regeringens förvaltningspolitik. Det innebär således att dessa principer ska tillämpas av riksdag och regering vid styrning av myndigheter och verksamheter. Politikområdet psykisk hälsa ska ha ett övergripande mål vilket kräver att insatser, åtgärder och prioriteringar likaså preciseras inom varje utgiftsområde.

Åtgärder för att möta det ökade antalet sjukskrivningar vid psykisk ohälsa

Hälso- och sjukvårdens primära ansvar ska vara att förebygga ohälsa och erbjuda en kvalitativ vård för de som drabbas av sjukdom. Sjukförsäkringen ska i sin tur verka för möjlighet till tillfrisknande och en framtida återgång till arbete.

Vi menar att fokus måste lyftas från sjukintygen och istället handla om varje enskild individs hälsa. Idag hanteras psykisk ohälsa ofta reaktivt snarare än proaktivt. Därför

behöver vi se över hur hälso- och sjukvården kan omstruktureras för att tidigt fånga upp patienter som drabbas av psykisk ohälsa, och kunna erbjuda adekvata insatser i ett tidigt skede.

En av tre i väntrummet på en vårdcentral i vårt land har någon form av psykisk ohälsa. Trots detta faktum saknas resurser att erbjuda patienter lämplig behandling. För att kunna erbjuda lättare insatser krävs förstärkning av kompetens så som psykologer, specialistsjuksköterskor i psykiatri, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Bemanningen på våra vårdcentraler bör utgå från flödesanalyser och därmed vara behovsstyrd. Vi måste därför utreda var särskild kompetens, som exempelvis psykologer, gör mest nytta och pröva nya strukturer för ett fördelaktigt omhändertagande i vårdprocessen.

Förebyggande och hälsofrämjande insatser är otroligt viktigt när det gäller psykisk hälsa. Det kan motverka förekomsten av sjukskrivningar på ett mycket effektivt sätt. En viktig aspekt är stärkt kunskap om tidiga risktecken så som sömnsvårigheter och minnesrubbningsar. Med ökad medvetenhet hos både allmänhet och vårdpersonal, inom den primärvårdande sektorn, kan psykisk ohälsa upptäckas i ett tidigt stadium och blir därmed mindre resurskrävande på både individ- och samhällsnivå.

För att stärka allmänhetens kunskap finns olika typer av kommunikativa insatser man kan använda sig utav. För att stärka kompetensen hos vårdpersonal krävs riktade utbildningsinsatser.

Psykiatrisk vård

Den psykiatriska vården i Sverige behöver sättas högt på agendan. Genom riktade insatser och tydliga resursförstärkningar kan vi skapa utrymme för att svensk psykiatrivård moderniseras och följer pågående kunskapsutveckling.

Det finns ett växande behov av en psykiatrisk vård som möter den kraftigt ökade psykiska ohälsan hos vår befolkning. Det finns därför all anledning att verka för en hög standard, där vi kan erbjuda en kvalitativ vård som är patientcentrerad och säker.

Personer som lider av psykisk sjukdom är en väldigt utsatt patientgrupp. Vi ser idag stora brister när det kommer till flera viktiga områden inom psykiatrin. Det kräver i sin tur komplexa åtgärder och insatser, vilka måste analyseras och hanteras grundligt. Forskning och kontinuerlig utveckling är avgörande faktorer för att den psykiatriska vården ska hålla hög kvalitet och generera positiva resultat. Ute i våra regioner prövas nya metoder och arbetssätt genom exempelvis forskningsstudier och olika typer av pilotprojekt. Goda exempel på detta är psykiatrisk akut mobilitet (PAM) och brukarstyrd inläggning (BI).

För att möta ökade behov av psykiatrisk vård krävs ett kvalitetsorienterat fokus som möter aktuella behov genom resurseffektiva processer. Nya innovativa metoder och arbetssätt som resulterat i goda utfall bör därför, i högre utsträckning, implementeras i den ordinarie verksamheten och på sikt standardiseras inom svensk psykiatri. Med tanke på att regionernas resurser och förutsättningar skiljer sig åt krävs således åtgärder för att stimulera till att implementering aktualiseras. För att upprätthålla fortsatt utveckling av den psykiatriska vården är det likaså relevant att uppmontra projekt som avser att verka för det ändamålet.

Psykiatrisk tvångsvård

Inom den psykiatriska tvångsvården förekommer fortfarande bältesläggning som tvångsåtgärd. Vad gäller bältesläggning menar Sverigedemokraterna att det är ett frihetsberövande och ifrågasatt förfaringssätt som ska fasas ut. Tvångsåtgärden bältesläggning kan vara mycket traumatisk och kan innebära allvarliga följder så som posttraumatiskt stressyndrom. Den här typen av tvångsåtgärd är likaså kränkande för den drabbade individen och kan ge men för resten av livet.

En förlegad metod som fastspänning med bälte är inhuman och det finns starka skäl till att psykiatrin borde hitta och tillämpa mer humana metoder, framför allt när det gäller barn och unga vuxna.

Sverigedemokraterna menar att bältesläggning inte längre ska användas som tvångsåtgärd. Vi menar likaså att ett totalt förbud mot bältesläggning ska vara målsättningen även när det gäller vuxna.

Av den anledningen anser vi att det är hög tid att inrätta en långsiktig och patient-säker plan för att verkställa utfasningen av bältesläggning som tvångsåtgärd inom psykiatrin.

Barn- och ungdomspsykiatrin

Sverigedemokraterna kommer aldrig acceptera att krisen inom barn- och ungdomspsykiatrin (bup) går ut över barn och unga. Vi vill därför införa nationella flödesprogram och vårdpaket för barn och ungdomar som drabbats av psykisk ohälsa som till exempel självskadebeteende, ångest och depression. Dessa nationella program ska beskriva hur och vilka insatser som denna målgrupp ska få tillgång till och inom vilken tid, samt koordineringen mellan olika sektorer som bup, socialtjänsten, förskola/grundskola och elevhälsan, så att insatserna fungerar som en helhet.

De nationella programmen ska också tidigt fokusera på förebyggande insatser, som förhindrar att barn och ungas sjukdomstillstånd förvärras. Anledningen till att införa nationella flödesprogram och vårdpaket för barn och ungdomar som drabbats av psykisk ohälsa är att denna målgrupp ska erbjudas en snabbare och mer sammanhållande hjälp som innebär bästa möjliga utredning och behandling. Modellen är inspirerad av de danska "forløbsprogrammer" och "pakkeforløbene" som säkrar en snabb och sammanhängande vård av barn och unga som drabbats av psykisk ohälsa. Danmark har tidigare haft liknande problem som Sverige med långa köer till barn- och ungdomspsykiatrin, men sedan man infört nationella flödesprogram och vårdprogram har man kortat väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrin från 52 till 22 dagar.

Barnrättsperspektiv inom psykiatrin

Idag saknas det skrivningar om barns behov och rättigheter i lagstiftningen om psykiatrisk vård. Barn har rätt till information, delaktighet och inflytande men ändå berättar många yngre patienter om att de inte alltid får ta del av vad deras psykiatriska vård går ut på. Många av dem känner sig åsidosatta och att ingen lyssnar. Vi måste se till att barnens rätt till självbestämmande och integritet stärks. Vi ser också behov av att lagstiftningen ändras från det föräldraperspektiv som är idag till ett barnperspektiv. Barn måste kunna söka hjälp för sin psykiska ohälsa, utan föräldrars vetskap, och även få

information om att man kan göra det. Därför måste också samarbetet mellan elevhälsa, sjukvård och socialtjänst stärkas.

Förskrivning av psykofarmaka till barn och unga

I och med att den psykiska ohälsan ökar hos barn och unga ökar också förskrivningen av psykofarmaka. Vi ser bland annat en ökning av bensodiazepiner, vilket är ett läkemedelspreparat som främst används för att behandla ångest och sömnsvårigheter. Det föreligger en stor beroenderisk av användandet och risken för biverkningar är likaså stor. Trots det får en stor andel unga preparaten utskrivna, och i många fall handlar det om längre perioder. Förskrivningen av bensodiazepiner är också något som går emot befintliga riktlinjer, vilket är mycket allvarligt.

Det är således alarmerande att barn och unga under 18 år behandlas med den här typen av preparat i den här utsträckningen, och att man inte följer befintliga rekommendationer.

Psykofarmaka som enskild behandlingsmetod är inte en hållbar praxis inom svensk hälso- och sjukvård. Vi menar att förskrivningen av den här typen av läkemedel ska ske i samband med kompletterande behandling och en seriös uppföljning av patienten. Därför ser vi också behov av att vårdens behandlingsmetoder kontinuerligt kvalitetsgranskas och utvärderas.

Det krävs specialiserad kunskap och förståelse för medicinska risker och långsiktiga effekter vid förskrivning av psykofarmaka. Det stärker behovet av att rätt kunskaper och resurser finns tillgängliga för en adekvat behandling. Praxis bör likaså vara att den medicinska behandlingen understöds av terapeutisk behandling. Det är en viktig och central faktor för att behandlingen ska bli effektiv.

I Läkemedelsverkets rapport gällande kartläggning av melatoninanvändning hos barn och ungdomar framkom det att förskrivningen av läkemedlet, som är ett sömnmedel, har ökat. En majoritet av de barn och unga som behandlas med melatonin har även en samtidig förskrivning av andra psykofarmaka.

Sverigedemokraterna menar att den här utvecklingen måste problematiseras i högre grad. Befintliga rekommendationer och nationella riktlinjer ska efterföljas. Det uttalade målet ska vara en minskad läkemedelsförskrivning och en behandlingspraxis där fokus ligger på långsiktiga och ändamålsinriktade åtgärder.

De allvarliga konsekvenserna av tidiga psykiska besvär har redan påvisats. Unga som behandlats för ångest och depression, inom den specialiserade vården, har ökad risk för långdragna sjukdomsförlopp, ohälsa och en försämrad funktionsförmåga. Därför är det oerhört viktigt med återhämtning från psykisk ohälsa, genom en kvalitativ och fullständig vård som är individanpassad.

För att på sikt kunna uppnå detta krävs en tydlig strategi för att minska den ökade förskrivningen av psykofarmaka. Vi behöver likaså säkra den farmakologiska behandlingens följsamhet, genom standardiserad uppföljning och kontinuerliga utvärderingar.

Stärk elevhälsans roll

Den psykiska ohälsan hos barn och unga ökar kraftigt, vilket kräver ett flertal åtgärder som kan möta och förebygga framtida psykiska besvär i ett tidigt skede.

Elevhälsan ansvarar idag för både den fysiska och den psykiska hälsan hos barn och har i sin roll stora möjligheter att påverka och vända den pågående trenden med ökad psykisk ohälsa inom gruppen. Med anledning av detta finns det goda skäl att utreda hur elevhälsan kan stärkas och ges bättre förutsättningar att möta och, vid behov, behandla elever som mår psykiskt dåligt. Därav finns det skäl att utreda möjligheten att införa kontinuerliga bedömningar av psykisk och psykosocial hälsa inom grund- och gymnasieskolan för att kunna fånga upp elever som behöver stöd och behandling.

En annan viktig aspekt är att befintliga behandlingsresurser inte ska begränsas till enbart barn- och ungdomspsykiatri (bup). Långa köer till bup kan motverkas om behandlingskompetens i högsta utsträckning kan finnas tillgänglig på plats i våra skolor. Det är därför ytterst aktuellt att utreda detta.

Ökad kunskap om psykisk ohälsa är grundläggande och kan ha stor betydelse för främjande av problemlösningsförmåga och emotionell intelligens.

Effekten av evidensbaserade kunskapsinsatser som exempelvis programmet YAM (Youth Aware of Mental Health) har visat sig vara mycket goda. Att ge skolelever verktyg att hantera och få förståelse för sina egna och andras känslor är enligt resultaten en mycket effektiv metod.

Preventiva och hälsofrämjande insatser med syftet att stärka den psykiska hälsan och minska antalet självmord måste lyftas fram. Om vi ger våra unga individuella möjligheter att utveckla sina emotionella färdigheter och kunskaper om psykisk hälsa, får de bättre förutsättningar att möta svårigheter i livet. Utökat stöd till att genomföra kunskapsbyggande insatser är därför en aktuell fråga. Samtidigt bör man snarast utreda möjligheten att integrera kunskap om psykisk hälsa och ohälsa i läroplanen.

Hbtq-personers psykiska hälsa

Den psykiska ohälsan är vanligt förekommande hos hbtq-personer. Forskning visar exempelvis att depressioner och ångestproblematik är högre i olikkönade äktenskap, i jämförelse med samkönade äktenskap (Socialstyrelsen, 2016). I den rapport som Folkhälsomyndigheten tagit fram om transpersoners hälsa 2015 visade det sig att 40 procent av unga transpersoner hade försökt att ta sitt liv och att 57 procent haft suicidtankar.

Sverigedemokraterna menar att det krävs mer specifika insatser för att främja hbtq-personers psykiska hälsa. De särskilda behov som föreligger måste tas i beaktande och behöver likaså bli bredare än utbildningsinsatser, vilket fokus till största del kretsar kring idag. En viktig aspekt är förebyggande insatser som kan minimera risken för psykisk ohälsa innan den utvecklats.

Könsdysfori orsakar psykiskt lidande, vilket grundar sig i att den upplevda könsidentiteten inte stämmer överens med det kön som fastställts hos personen vid födseln. Vi har under de senaste åren sett en explosionsartad ökning när det gäller unga personer som upplever att de har fel kön.

Könsdysfori behandlas med medicinsk vård i syfte att anpassa kropp efter upplevd könsidentitet. När det gäller fysisk könskorrigering och hormonbehandlingar måste både biverkningar och effekter av behandlingen analyseras noga. Målsättningen måste vara ett psykiskt och fysiskt välmående genom livet. Oåterkalleliga ingrepp ska alltid hanteras utifrån en försiktighetsprincip.

Idag saknas många delar inom den könsbekräftande vården, och vi menar att den vetenskapliga evidensen måste vara en stark grund för all vård och behandling som

genomförs. För att genomgå en fysisk könskorrigering ska kravet vara psykisk stabilitet. Det är ett livsförändrande ingrepp som därför också kräver att personen är mentalt mogen och har stor förståelse för efterföljande konsekvenser samt biverkningar. Att få må bra och trivas i sin kropp är mycket viktigt. Därför är det också ytterst relevant att den könsbekräftande vården och behandlingen ser till helheten, utifrån ett långsiktigt perspektiv. Med anledning av detta menar vi att biverkningsfri behandling som samtals-terapi ska vara den första behandlingsåtgärden vid könsdysfori. Terapeutisk behandling och en seriös psykologisk utredning, vilken tar hänsyn till faktorer som exempelvis annan psykisk sjukdom, måste därför också vara fundamentala delar i vårdprocessen.

För att den könsbekräftande vården ska bli mer jämlik krävs likvärdig vård och behandling i hela landet. Vi menar därför att nationella riktlinjer ska arbetas fram och att dessa ska fokusera på förebyggande insatser samt psykologiskt stöd för hbtq-personer.

Rättspsykiatri

I dag ansvarar regioner för rättspsykiatri, som består av fem regionkliniker och 25 större vårdenheter spridda över landet. Samtliga har olika förutsättningar och resurser för att ge patienterna en säker, trygg och likvärdig rättspsykiatrisk vård. De bedrivs på olika villkor och med skiftande resurser. Vissa regioner säljer bort hela uppdraget eller delar av uppdraget till andra regioner och i andra är den rättspsykiatriska vården helt integrerad med den vanliga psykiatri. Personalens kompetens och erfarenhet inom området skiftar och synen på vård och behandling skiftar. Sverigedemokraterna menar att målsättningen med vård, oavsett i vilken form denna är, ska vara att sträva efter en jämlik vård, inte en vård där det exempelvis under vissa perioder kan vara svårt att hitta en lämplig vårdplats med rätt säkerhetsnivå, inte en vård där möjligheten att söka och finna lediga platser bygger på lösa principer om uppbyggda personliga relationer och kunskaper om enskilda klinikers goda vilja. Undersökningar om rättspsykiatriens kapacitet varierar – vid en del enheter har det satsats på detta under många år medan läget på andra håll är oklart.

Behovet av investeringar i vårdplatser behöver överblickas, inte kontinuerligt uppskattas i hopp om att verksamheten överlever. I dag hanteras frågan om risk- och farlighetsbedömningar på olika sätt. Det är inte heller alla enheter som arbetar med strukturerade evidensbaserade metoder.

Det Sverigedemokraterna lyfter fram här är endast ett axplock av den problematik som föreligger. Den rättspsykiatriska vården står inför en rad utmaningar och vi menar därför också att det inte är möjligt att sträva efter en likvärdig rättspsykiatri utan att ett större ansvar tas på nationell nivå. Vi föreslår därför att ett pilotprojekt ska initieras, där någon eller några vårdenheter tas över av staten, för att senare utvärdera kostnader, konsekvenser och vård. Syftet med pilotprojektet är att samtliga regionkliniker och vårdenheter ska bedrivas av staten inom en snar framtid.

Neuropsykiatriska funktionshinder

Uppmärksamhets- och hyperaktivitetsproblem (adhd, attention deficit hyperactivity disorder), autism, Aspergers syndrom och Tourettes syndrom kallas i Sverige samlat för neuropsykiatriska tillstånd, alternativt neuropsykiatriska funktionshinder (NPF). I denna

grupp ingår oftast specifika och generella inlärningsstörningar. Vanligtvis är det psykiatrin som diagnostiserar neuropsykiatriska tillstånd. Dock behöver tillståndet inte alltid innebära ett lidande som resulterar i att det klassas som sjukdom eller störning, därför behöver det inte heller alltid benämnas som en sjukdom eller störning.

NPF innebär att sårbarhet för utveckling av andra psykiska symptom förhöjs kraftigt. Den beräknade förekomsten av adhd i samhället är cirka 2,5 procent hos vuxna och 5 procent hos barn samtidigt som statistiken för autism beräknas vara 1,5 procent enligt data från Socialstyrelsen (2014). Statistik från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin för 2016 visar att 9,9 procent av tonårspojkarna hade en adhd-diagnos och 4,1 procent hade diagnosen autism. Det här är också siffror som varierar och ser olika ut runt om i landet.

När vårdens resurser inte räcker till finns det en risk att utredning av intellektuella funktioner rationaliseras bort för att utredningsprocessen ska snabbas på. Långa väntetider till utredning är givetvis inte hållbart och måste åtgärdas. Dock får det aldrig innebära försämrad patientsäkerhet.

Utredningar som fokuserar på att bekräfta eller negeta remittentens hypotes ökar risken för överdiagnostik. Personer med andra svårigheter och icke-patologiska utmaningar kan exempelvis bedömas som funktionsnedsatta på grund av tidsbrist. Tidsbesparingar kan även leda till konsekvenser som resulterar i att effektiv behandling uteblir och att felaktig medicinering sätts in, vilket i sin tur kan skapa allvarliga komplikationer. En annan negativ effekt är att barn och ungdomar inte får rätt hjälpmedel i skolan och att nödvändiga anpassningar inte sker i skolmiljön.

Av dessa skäl är det angeläget att säkerställa en standardiserad och kvalitativ utredningsprocess för att diagnostisera personer med neuropsykiatriska funktionshinder. För en jämlik och effektiv behandling, vid neuropsykiatrisk diagnos, krävs det också nationella riktlinjer.

En ökad kunskap om neuropsykiatriska diagnoser kan motverka onödig särbehandling och förbättra det vardagliga livet för personer med NPF. Riktade kunskapsinsatser bör av den anledningen likaså utredas närmare.

Suicidprevention

Sverige behöver ta krafttag för att motverka förekomsten av självmord.

Sverigedemokraterna menar att insatserna måste stå i proportion till det faktiska samhälls- och folkhälsoproblem som självmord innebär. Idag tar cirka 1 500 personer sitt liv i Sverige varje år. Det innebär att fyra personer avslutar sitt liv varje dag. Cirka 15 000 personer om året försöker att ta sitt liv och omkring 150 000 har allvarliga självmordstankar.

År 2008 antog riksdagen en nollvision för suicid. Trots det faktum att nollvisionen antogs har ingen regering hitintills valt att göra seriösa insatser för att minska suicidtalerna. För att på riktigt verka för en förändring krävs tydliga åtgärder och en reell politisk vilja. För att nollvisionen inte ska fortsätta vara enbart en vision behöver vi strukturera upp och planera det fortsatta arbetet för att motverka suicid. Det gör vi genom konkreta delmål och resultatuppföljning. Sverige behöver likaså tillsätta en nationell samordnare som har ett samlat ansvar för det suicidpreventiva arbetet.

I samband med att riksdagen tog beslut om nollvisionen antogs likaså ett niopunktsprogram för suicidprevention. Efter tolv år behöver det niopunktsprogrammet revideras och uppdateras. Vi måste likaså se över hur vi bättre kan samordna både vård,

uppföljning och krishantering när det gäller suicid. Därför är det aktuellt att se över och pröva en metod med kriscenter som ska finnas på länsnivå.

Hos suicidala personer är återfallsrisken märkbart förhöjd de första tolv månaderna efter ett suicidförsök. Därför är det oerhört viktigt att hälso- och sjukvården har säkra strukturer för att följa upp den här riskgruppen. Vi behöver därför få till riktlinjer och metoder som ska vara obligatoriska när det gäller uppföljning av självmordsnära patienter, och dessa riktlinjer ska standardiseras inom svensk hälso- och sjukvård. Uppföljningen ska innebära att varje patient får en adekvat och individanpassad efterföljande vård från och med utskrivningsdagen. Många gånger kan självmord lätt förhindras, genom att tillfällena försvinner och impulsiva handlingar bromsas.

Den psykiska ohälsan bland unga har ökat så kraftigt att den nu är ett av våra största folkhälsoproblem. Psykisk ohälsa ligger bakom 90 procent av alla självmord som begås i Sverige. Vikten av en god och tillgänglig psykiatrisk vård, särskilt för barn och ungdomar, kan därför inte nog belysas och det krävs omfattande insatser för att stärka insatserna. Dessutom fordras förstärkningar inom skolpsykiatri och kuratorsverksamheten, inte minst då många unga drar sig för att söka extern psykiatrisk vård.

All personal som arbetar med någon form av vård eller omsorg bör likaså gå en kortare utbildning för att lära sig känna igen signaler och tidigt upptäcka eventuell självmordsbenägenhet.

Trots kännedom om den förhöjda risken finns ingen standardiserad uppföljning av riskgruppen självmordsnära inom svensk hälso- och sjukvård. Idag skrivs patienter som tidigare har försökt att begå självmord i många fall ut snabbt, utan några seriösa behandlingsåtgärder. Den vanligaste åtgärden är förskrivning av psykofarmaka.

Vi menar att uppföljning av självmordsnära patienter bör vara en självklar del i vårdprocessen. Hälso- och sjukvården kan motverka upprepade suicidförsök om rätt behandlingsmetoder tillämpas vid rätt tillfälle. Därför ska hälso- och sjukvårdspersonal som möter den här utsatta riskgruppen arbeta utifrån tydliga riktlinjer och en väl utarbetad behandlingspraxis. Av dessa skäl föreslår vi att en utredning ska tillsättas för att inrätta en nationell modell för standardiserad uppföljning av självmordsnära patienter.

Suicid är en tragedi som också drabbar de anhöriga väldigt hårt. Därför är det otroligt viktigt att ge nödvändigt stöd till de efterlevande, i det fall självmord förekommer. Att förlora en närstående är alltid ett trauma, men då personen i fråga själv valt att avsluta sitt liv är situationen än mer chockerande och väcker än fler känslor och frågor. En utredning bör tillsättas för att se över vilka insatser som behövs för att kunna möta de efterlevandes behov, för att stödja och vägleda de anhöriga tillbaka till vardagslivet. Utredningen bör ta fram riktlinjer för såväl direkt som uppföljande kontakt med anhöriga.

Den 1 september 2017 avskaffades hälso- och sjukvårdens anmälningsplikt efter suicid. Tidigare var det obligatoriskt att göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), för utomstående utredning enligt lex Maria. Den tidigare anmälningsplikten innebar en utförd anmälan inom fyra veckor, efter den senaste kontakten med vården. Detta oavsett om självmordet ansågs vara en vårdskada eller inte. Anmälningsplikten togs bort i och med att Socialstyrelsen ändrade sina föreskrifter och regelförändringen genomfördes, enligt uppgift, med anledning av att det inte fanns stöd i lagen för anmälningsplikt. Den nya föreskriften innebär att anmälan inte behöver ske per automatik, utan enbart när vårdgivaren upptäckt brister i den utförda vården. Efter upphörandet av regeländringen har IVO nu följt upp hur detta har påverkat antalet

anmälningar under en tiomånadersperiod. I uppföljningen kunde man se att antalet anmälningar hade minskat markant. Under september 2016 till juni 2017 var antalet anmälningar 413, och samma period mellan 2017 och 2018 var antalet anmälda fall 82 stycken. Viktigt att ha i åtanke är således att antalet självmord inte har minskat, utan problematiken med höga suicidtal kvarstår. Sverigedemokraterna anser därför att anmälningsplikt ska införas för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten vid självmord.

I Storbritannien finns ett arbetssätt vid ett självmord som begåtts där man tillsätter en så kallad haverikommission. Den innebär att sjukvård, socialtjänst, skola, polis och civilsamhället gemensamt ska sätta igång en utredning för att komma fram till vad som har hänt och upptäcka var det har brutit. Den typen av utredning kan komma att förhindra framtida självmordsförsök och innebär att varje unikt fall blir en lärdom för framtiden, och på så sätt kan man förhindra att misstag upprepas. Arbetssättet med haverikommission är intressant och en liknande metod bör utredas och tillsättas i Sverige.

Psykisk ohälsa bland äldre

Idag lider cirka 20 procent av alla äldre personer av psykisk ohälsa. Inom en snar framtid är 25 procent av alla svenskar 65 år eller äldre, vilket gör psykisk ohälsa till en av våra största folksjukdomar. Äldre personer som lider av psykisk ohälsa befinner sig, framför allt inom primärvården och äldreomsorgen, ofta utan tillgång till specialistpsykiatrins kompetens.

Det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre personer som inte sällan har flera andra sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden hos äldre är ofta annorlunda än hos yngre. Äldre har mer diffusa symtom och risken är därför större att en psykiatrisk diagnos förbises. Bland äldre personer som begått självmord har åtminstone 70 procent sökt sjukvård en månad före dödsfallet och mer än var tredje den senaste veckan innan.

För att utveckla det psykiatriska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa är det viktigt att primärvården har tillgång till specialistpsykiatrins kompetens, och att kunskap om psykisk ohälsa hos personal inom primärvården förstärks genom riktade utbildningsinsatser.

Beredskap för en ökande psykisk ohälsa vid samhällskris och pandemi

Social isolering, rädsla, oro och ekonomisk osäkerhet kan leda till en negativ utveckling för det mentala hälsotillståndet i samhället. I en nyligen publicerad rapport lyfter World Health Organization (WHO) fram särskilt sårbara grupper när det gäller psykisk ohälsa. Barn och ungdomar är exempelvis särskilt drabbade då den nuvarande krissituationen påverkar vardagliga sociala kontakter, där avskärmning från både vänner och skola kan ha effekt på det psykiska måendet.

En annan grupp som lyfts fram som utsatt i rapporten är sjukvårdspersonal. Anledningen till detta är bland annat risken för smitta och de många dödsfall, orsakade av covid-19-viruset, som man konfronteras med i sin yrkesroll.

Utöver det vet vi att pandemin drabbar våra äldre mycket hårt. Ofrivillig ensamhet och isolering kan leda till en kraftigt försämrad psykisk ohälsa. Vid en långvarig isolering kan konsekvenserna också komma att försvåras.

Enligt Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) finns det risk för ett ökat antal självmord och självsador med anledning av pandemin. I dokumenterad forskning finns det ett flertal exempel på att självmord tillfälligt minskar när samhället befinner sig i en kris, exempelvis under krig eller naturkatastrofer. Dock har man kunnat se att de tillfälliga minskningarna kompenseras, och även tenderar att överkompenseras, när den omedelbara krissituationen har gått över. NASP menar därmed att Sverige står inför samma typ av risk med anledning av nuvarande covid-19-pandemi och dess efterverkningar.

Redan före pandemin var den psykiska ohälsan i samhället ett komplext problem och klassas som en av vår tids stora folkhälsoutmaningar. Med anledning av covid-19-pandemin kan vi under den närmaste tiden räkna med en kraftig ökning av antalet psykiska sjukdomstillstånd. Vi kan även förvänta oss att tillståndet förvärras hos människor som lidit av psykiska besvär redan innan pandemin.

Flera studier påvisar redan att covid-19 har inneburit stora påfrestningar på den psykiska hälsan globalt.

För att möta en förväntad ökning av psykisk ohälsa hos vår befolkning är det därför angeläget att ta fram en beredskapsplan, i form av en nationell handlingsplan, för att kunna agera preventivt och mildra de förväntade effekterna på den psykiska hälsan i samhället, vid samhällskris och pandemi.

Psykisk ohälsa innebär enorma samhällskostnader, och preventiva insatser kan vara helt avgörande för både hälsoutvecklingen hos vår befolkning och den fortsatta ekonomiska utvecklingen i landet. Därför är åtgärder som dessa av yttersta vikt.

Nationell hjälplinje för psykisk ohälsa

Vid årsskiftet 2020/21 lades den nationella och rikstäckande hjälplinjen ned. Hjälplinjen var en jourtelefonverksamhet som erbjöd samtalsstöd till personer med psykisk ohälsa. Verksamheten bemannades av psykologer, sjuksköterskor och socionomer, som både fungerade som samtalsstöd och likaså hänvisade personer i behov av vård vidare i vårdprocessen. Människor som befann sig i en djup psykologisk kris kunde, tack vare Hjälplinjen, få tillgång till ett anonymt och kostnadsfritt professionellt stöd.

Den dåvarande verksamheten, som drevs och finansierades av Sveriges regioner, tog årligen emot omkring 30 000 samtal. Resurserna räckte knappt till att besvara hälften av samtalen då efterfrågan var mycket stor. Den totala finansieringen av verksamheten var 10 miljoner kronor per år, alltså en relativt låg kostnad.

Under covid-19-pandemin har samtalen till de ideella organisationerna ökat kraftigt. Självmordslinjen, som är en ideell telefon- och chattlinje, har noterat en ökning på 60 procent om man jämför med samma period under förra året. Självmordslinjen klarar inte det ökade trycket och kan enbart ta emot 3 000–4 000 av de samtal som kommer in. Under april 2020 var det så många som 27 000 personer som kontaktade Självmordslinjen, vilket betyder att väldigt många samtal inte kunde besvaras.

Social distansering och ofrivillig isolering kan vara mycket påfrestande för sårbara individer som exempelvis har problematik med psykisk ohälsa, ångest och självmordstankar. Cirka 1 500 personer tar sitt eget liv varje år, En fjärdedel är personer över 65 år och forskning pekar på att ensamhet kan innebära en ökad risk för suicid. Personer över

70 år har påverkats avsevärt av Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Den äldre generationen har inte heller alltid samma vana att kommunicera digitalt och den fysiska förmågan kan också vara begränsad för vissa. För den här åldersgruppen är telefonstöd en viktig tillgång som därför bör säkras.

I och med nedläggningen av Hjälpplijnen har ansvariga politiker och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) lyft 1177 Vårdguiden som en lämplig instans som ska kunna axla den här typen av verksamhet. Trots ett eskalerande behov av samtalsstöd går arbetet alltför långsamt fram. Därför är det hög tid att påskynda processen med att få till en riktäckande nationell stödfunktion som förslagsvis ska finnas som tjänst inom 1177 Vårdguiden.

Därför ska Sveriges Kommuner och Regioner få ett tydligt uppdrag att starta upp stödtelefonverksamhet för personer med psykisk ohälsa och suicidala tendenser. Verksamheten ska vara en del av 1177 Vårdguidens uppdrag och ska bemannas av professionella yrkesutförare som exempelvis psykologer, terapeuter, sjuksköterskor och socionomer. Stödtelefonen ska vara öppen dygnet runt och den som ringer ska givetvis kunna vara anonym.

Clara Aranda (SD)

Per Ramhorn (SD)

Christina Östberg (SD)

Carina Ståhl Herrstedt (SD)

Ann-Christine From Utterstedt (SD)