

2023-05-30

Handläggare/Utredare RSMH: Jenny Wetterling**S2023/00440**

s.remissvar@regeringskansliet.se
s.sof@regeringskansliet.se

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över betänkandet *Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)*

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, (bild. 1967) har genom remiss (S2023/00440) daterad 2023-02-16 inbjudits att avge ett yttrande över ovan angivet förslag och vill med anledning av detta framföra nedanstående synpunkter. Vi har här valt att mer utförligt utveckla vår syn på ämnet som är föremål för betänkandets förslag. Luttrade av styvmoderliga sammanfattningar vid departementet genom åren vill vi här om möjligt föregripa och förebygga risken för missförstånd och förenklingar i senare beredning.

Yttrandets Innehåll

Bakgrund	2
Inledning.....	2
Övergripande kommentarer.....	5
Specifika kommentarer:	9
Tvångsvård	9
Vårdplanering och Samordnad individuell plan, SIP.....	11
Personligt ombud.....	13
Genusperspektiv	14
Socialtjänsten	14
Anhöriga.....	15
Ekonomiska förutsättningar	15
Etik och personcentrerad vård.....	16
Lagstiftning	17
Inflytande och delaktighet.....	19
Vad utredningen må ha missat	20
Avslutning	22

Bakgrund

RSMH organiserar sedan 1967, på demokratisk grund, människor med olika former av psykisk ohälsa. Många av våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar eller skadligt bruk och beroende.

RSMH är en rättighetsrörelse som vill förbättra livsvillkoren för personer med psykisk och social ohälsa och hur vård, omsorg och samhällsservice bäst utformas för att möta våra medlemmars behov. Målet är att de ska ha samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som andra. Grunden för vårt opinionsarbete är att påverka så att fler får möjlighet till återhämtning från psykisk ohälsa och sina behov av god vård och samhällsinsatser tillgodosedda. I denna utveckling spelar de egenerfarnas kunskap, levda erfarenhet och kompetens en central roll, såväl som ett nödvändigt bidrag till den evidensbaserade praktiken.

RSMH:s verksamhet utgår från våra medlemmars erfarenheter för att bidra i tre områden:

- Stöd och gemenskap
- Opinion och samhällspåverkan
- Kunskap och utveckling

RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt och verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering. RSMH är en del av Funktionsrätt Sverige och är aktivt inom Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH. RSMH har deltagit i beredningen av gemensamma yttranden från dem och stödjer dessa, men vill särskilt påtala och belysa nedanstående.

Inledning

En inledning som inramning till RSMH:s yttrande och som tål att återupprepat begrundas är den grundläggande rätten till liv och hälsa som uttrycks i FN:s konvention om mänskliga rättigheter. Vidare beskriver artikel 22 i denna att var och en har rätt till social trygghet, och är berättigad till att de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som krävs för hävdandet av hans människovärde och utvecklingen av hans personlighet. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning innehåller liknande skrivelser med ytterligare emfas. Det åligger de stater som ratificerat konventionerna att efterleva dem och upprätta konventionskonform lagstiftning.

Det är utifrån de mänskliga rättigheterna som fundament i relation till våra medlemmars erfarenheter som RSMH:s yttrande gestaltas.

Enligt Socialstyrelsens definition av god vård och omsorg skall denna vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik och ges i rätt tid. Vi ser att föreliggande utredning ligger i linje med att verka för att detta givetvis även ska gälla för aktuell målgrupp vilket RSMH välkomnar.

Ett övergripande förslag i utredningen är att insatserna till personer med skadligt bruk och beroende ska bli mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade. Dessa syften ligger i linje med fundamentala etiska värden och adresserar de problembilder som våra med-

lemmar mött, uttryckt stark frustration över och emellanåt förorsakat att de blivit utan god vård och stöd med ibland katastrofala följder som resultat. Ett liv präglad av ett stort lidande, försämrad livskvalitet, utanförskap, en avsaknad av en trygg boendesituation och skälig ekonomi, socialt sammanhang, mening och sysselsättning är inte värdigt någon och därav välkomnar RSMH denna utrednings ambition att ta ett krafttag för en utsatt grupp.

RSMH har en tydlig vision där samhället strävar mot att alla individer får tillgång till god och värdig vård och omsorg såväl som andra samhällsinsatser på lika villkor och är därmed helt ense i nödvändigheten av att uppnå det målet för målgruppen.

RSMH förordar att både hälso- och sjukvård och insatser inom socialtjänsten ska utgå från varje patient/klient som en person med unika behov, preferenser, resurser, med ett oinskränkt människovärde och som en jämbördig samarbetspartner i planeringen, utförandet och uppföljningen av vården och insatserna och att vården håller hög kvalitet och är samordnad, vilket vi med glädje ser varit tongivande i föreliggande utredning.

RSMH anser att samhällets insatser för personer med skadligt bruk och beroende behöver moderniseras i takt med att forskningen utvecklats. Den förlegade inriktningen mot tvång och kontroll bör lämna plats för en ny inriktning mot evidensbaserade, individanpassade och skadereducerande insatser präglad av ett humanistiskt förhållningssätt. Detta synsätt genom-syrar också utredningens förslag och bedömningar vilket är lovvärt.

RSMH välkomnar utredningens gedigna karaktär, dess analyser, fördjupade resonemang och identifiering av utmaningar såväl som lösningar.

Förslagen i detta betänkande har sin utgångspunkt i de målbilder som tagits fram tillsammans med egenerfarna personer och anhöriga och utgår från en logik som ofta saknas i välfärden i övrigt; att den enskilde personens behov, resurser, sammanhang och vilja ska vara utgångspunkt för hur vi organiserar, planerar och genomför insatser.

Att utredningen genomförts i nära samverkan med de egenerfarna ger utredningen ökad relevans, trovärdighet och substans. RSMH ser det som en självklarhet att de egenerfarnas röst i alla delar av det framtida arbetet efterfrågas och utgör en central röst som tillmäts en signifikant betydelse.

Såväl RSMH som utredningen har noterat att vi fortsatt kommer att möta stora utmaningar som systemet idag inte tillnärmelsevis är rustat för att möta. RSMH önskar därför särskilt understryka vikten av att reformen noga följs upp och utvärderas så att relevanta åtgärder kan sättas in under den planerade implementeringsfasen för att nå målsättningen.

Redan idag finns lagstiftning på plats som borde göra att samordnad vård är en regel snarare än ett undantag. Att så inte är fallet är i högsta grad ett problem för de som RSMH organiserar.

En tydlig utgångspunkt för utredningens tillkomst var just den bristande samordningen och att målgruppen därigenom i hög utsträckning kommit att fara mycket illa i ett fragmentiserat system. Tidigare försök att lösa samordningen har varken på frivillig basis eller med lagskärpningar gett avsedd effekt och därav den kvarstående nödvändigheten av att hitta fungerande lösningar. Huvudmännen förefaller ha saknat förutsättningar att själva skapa integrerade verksamheter inom nuvarande system. Antalet verksamheter har inte ökat över tiden och de försök som görs verkar ofta möta stora utmaningar i form av revirstrider och otydligt ansvar för insatser och resursfördelning. Förslaget att i lag reglera ett tydligt syfte, målgrupp och möjliga samverkansformer har potential att bidra till att flera hinder kan hanteras och något som RSMH med enfaset tillstyrker.

I frågan rörande lagstiftning måste dock av nöd påpekas att det finns en rad ypperligt väl formulerade lagar på området redan idag; som om de tillämpades och efterlevdes hade fört oss betydligt närmare visionen om alla människors rätt och möjlighet att uppnå god hälsa; såväl somatisk, social som psykisk hälsa. I denna insikt är RSMH långt ifrån ensam.

Problematiken har påpekats av många och i ett försök att ytterligare stärka patienters rättigheter tillkom Patientlagen år 2014, men dessvärre har inte heller denna lag fått den genomslagskraft som åsyftades. Således föreligger det en allvarlig problembild i att flertalet lagar på området inte efterlevs eller i vart fall inte leder till uttalade mål med lagstiftningen. Utredningen ger tyvärr inte några skarpa förslag på hur man skulle kunna komma till rätta med den utmaningen vid en eventuell implementering av dess förslag.

Utredningen föreslår nya lagförslag och skärpningar av befintliga lagar vilket givetvis är välkommet men RSMH ser med befogad oro på risker med att dessa inte kommer att efterlevas och därmed stora utmaningar huruvida de önskvärda resultaten som utredningen syftar till att åstadkomma blir möjliga att uppnå.

Att lagar inte efterlevs drabbar för närvarande verksamheterna i ytterst liten utsträckning men däremot drabbas patienterna/klienterna hårt och med i de flesta fall ingen möjlighet att utkräva sin rätt. Utredningen ger tyvärr ingen som helst vägledning eller förslag kring konkreta åtgärder att vidta så att denna allvarliga problematik kan åtgärdas.

RSMH är något betänksam till om betänkandets förslag kommer att vara tillräckliga för att åstadkomma ett förverkligande av utredarens goda ambitioner och intentioner. Risken för att nya gränsdragnings- och samordningsproblem kommer att uppstå utan mer tydliga ekonomiska incitament ska inte underskattas.

RSMH saknar i viss mån fullt betryggande förslag kring finansiering och kompetensförsörjning för de föreslagna reformerna. Detta innebär inte att vi vid en oväntad fördyring menar att man ska inställa nödvändiga reformer som denna. Att implementera det rätta måste någon gång få tillåtas att kosta extra vid behov och detta i klartext måste få skrivas ut oavsett direktiv.

Att möjligheter till skatteväxling, begränsade tillskott och stimulansmedel kommer att vara tillräckligt är inte, i RSMH:s ögon, 100 procent säkert. Detta är verksamheter som redan idag är kraftigt underfinansierade och med den rejält höjda ambitionsnivå som utredningen föreslår förväntar sig RSMH att extra medel tillskjuts vid behov för att inte tappa tempo och effekt i den föreslagna reformen. Ty reformen i sig är viktig och efterlängtd.

En ytterligare försvärande faktor i förslagets kontext finns i att psykiatrin regelmässigt tilldelas mindre än 10 procent av den totala budgeten för hälso- och sjukvården men bär en betydligt större börda. En otillräcklig finansiering, direkt eller indirekt, riskerar att göra det omöjligt att genomföra den förändring som avses med tillfredsställande resultat.

Bristen på tillgång till kompetens inom hälso- och sjukvården är ett mycket stort problem idag och en av sjukvårdens största framtidsutmaningar. Utredningen uppmärksammar denna utmaning men ger eller refererar inte en enda lämplig åtgärd för att adressera densamma.

Kompetensfrågan är mångfasetterad och rör inte bara numerära resurser generellt (i samtliga delar av landet) utan framför allt specialistkompetens inom området. Något som är starkt eftersatt redan idag. Nya professioner kommer att behöva utvecklas för att möta den komplexa problembild som målgruppen presenterar. Vidare behövs i förlängningen från huvudmännen en trovärdig plan för hur nyrekrytering och ett bibehållande av kompetens och kompetent personal ska ske.

RSMH ser inga större vinster att genomföra ett redan från början haltande försök att förverkliga utredningens förslag utan potential att bli framgångsrik. Våra medlemmar behöver inga fler misslyckade reformer och lagar som inte efterlevs. Att njuggt hushålla och kalibrera Just-In-Time och Just-Enough resurser på öret och millimetern för vad som faktiskt ovillkorligen nu behövs göras känns minst sagt kontraproduktivt ur RSMH:s perspektiv

RSMH anser härvid att grundtankarna i utredningen är goda och tillstyrker i stora delar utredningens förslag och bedömningar, men anser att bärande fundament för själva genomförandet i form av finansiering, kompetensmobilisering och dito försörjning samt åtgärder som säkerställer att gällande lagar efterlevs och att samordningen som behöver ske fungerar fullt ut måste få kosta.

RSMH möter dessa människor dagligen och ger dem ett sammanhang, medmänskligt stöd, trygghet och värdighet som ett viktigt komplement till annan vård och omsorg. Denna målgrupp är så oerhört mycket värd en framgångsrik reform som reellt möjliggör vägen mot hälsa, mening, värdighet och full delaktighet i samhället.

Att ge dem det genom att bara fila lite mer på utredningens goda förslag vore rätt väg att gå.

Övergripande kommentarer

Detta är en målgrupp som under många år inte fått sina behov tillgodosedda och varit mycket illa. Det är människor med hög överdödlighet, dålig hälsa, med undermåliga levnadsvillkor, är starkt stigmatiserade, genomlever ett stort lidande och befinner sig i ett samhälleligt utanförskap. Man har inte förmått förse dessa människor med de mest grundläggande förutsättningarna för ett värdigt liv eller tillgodosett deras behov av vård och omsorg. Flertalet lagar har inte efterlevts och rättigheter enligt FN:s konvention för mänskliga rättigheter har förbisetts.

RSMH har påpekat detta sedan en lång tid liksom andra organisationer och myndigheter och välkomnar därmed utredningens förslag som vi med vissa revideringar bedömer har potential att väsentligen bättre möta dessa människors behov.

Redan 2011 påpekades i betänkandet ”Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)” problembilden men utan någon större genomslagskraft. RSMH hoppas att tiden nu är mogen att åstadkomma nödvändig förbättring.

Ett samlat behandlingsansvar hos hälso- och sjukvården ger bättre förutsättningar för samordning och integrering av behandlingsinsatser för målgruppen och stärker förutsättningarna för en evidensbaserad och jämlik vård. Skadligt bruk och beroende är en psykiatrisk diagnos enligt diagnosystemen som används i hälso- och sjukvården och RSMH bedömer att regionerna har bäst förutsättningar att tillhandahålla adekvata och evidensbaserade behandlingsmetoder vid skadligt bruk och beroende samt vid samsjuklighet med andra psykiatriska besvär.

RSMH ser med ett visst mått av vaksamhet på att hälso- och sjukvård inklusive psykiatrisk verksamhet idag präglas av ett biomedicinskt perspektiv och att det i detta system finns en risk att de mer holistiska perspektiven, de humanistiska värdena, kontextuella faktorer och förmågan att se varje person som en unik människa riskerar att komma i skymundan. Vi kan därmed inte nog betona att vi välkomnar att utredningen genomgående uppmärksammar vikten av en personcentrerad vård som ett ständigt närvarande etiskt fundament i all vård

och omsorg och att man även markerar detta tydligt redan i titeln till utredningen som en vägledande princip.

Målgruppen har ofta stora behov även på andra livsområden så som ekonomi, sociala relationer, boende, utbildning och arbete eller sysselsättning.

Utredningen tappar emellanåt lite fokus på att detta är grundförutsättningar för att individen ska kunna tillgodogöra sig vård, behandling och stöd.

RSMH önskar betona socialtjänstens fortsatta centrala roll av att bedriva uppsökande verksamhet, ge psykosocialt stöd, bedriva motivationsarbete, tillgodose bostad och skäliga levnadsvillkor och att detta viktiga arbete inte får bli lidande på något sätt med en huvudman.

Vi noterar att utredningen delar denna åsikt och förordar en högre ambitionsnivå i detta arbete. RSMH har därmed svårt att se att personella behov och ekonomiska förutsättningar skulle minska i den omfattning som utredningen föreslår. Har man för avsikt att höja ambitionsnivån behöver det ackompanjeras av resurser.

RSMH ser med tillförsikt fram emot att när socialtjänsten nu får ett mer renodlat ansvar för just dessa insatser kan de också fokusera på dessa, som faktiskt i grunden är deras kärnområden och specialistkompetens.

Vård vid skadligt bruk och beroende och psykiatriska tillstånd är mest framgångsrik när den bedrivs under frivilliga former, är individanpassad och med en stark delaktighet för personen. RSMH ser därav ett stort behov av att goda förutsättningar finns för en väl anpassad öppenvård vilket idag inte finns. Vi anser inte att utredningen i tillräcklig grad belyst detta eller pekat ut en vägledande riktning för denna uppbyggnad.

Vi rekommenderar varmt att man tillvaratar lärdomar från genomförandet av psykiatireformen där en av faktorerna till att reformen inte förverkligade alla sina intentioner för alla och då särskilt för personer med komplexa behov var en bristande och dåligt förberedd öppenvård.

RSMH bedömer att öppenvården kommer att inta en mycket viktig och framträdande roll i arbetet med målgruppen och därmed behovet att tillse att kompetens och resurser säkras. Regionerna behöver väsentligen bredda sitt utbud av öppenvårdsbehandling och tillse att god, jämlik och tillgänglig öppenvård finns i samtliga delar av landet.

RSMH ser gärna att det för den gruppen med komplex och allvarlig problematik finns god tillgänglighet till framgångsrika och personcentrerade modeller såsom ACT och F-ACT speciellt anpassad för denna målgrupp i öppenvården.

Ett annat lovvärt exempel på integrerad verksamhet är Mariamottagningarna.

Det kan även finnas anledning att utforska om vårdformen med brukarstyrd inläggning kan vara ett framgångsrikt koncept för målgruppen.

Återhämtning från en komplex problematik är inte linjär och tar tid. Vården behöver därför, enligt RSMH:s bestämda uppfattning, finnas där under hela den resan.

RSMH har en gedigen och framgångsrik erfarenhet av att arbeta med kamratsöd och former av Peer Support bekräftar med allt starkare evidens för att främja möjligheter för återhämtning vid psykisk ohälsa. Inom området skadligt bruk och beroende finns en lång historik kring att få stöd av en jämlike bidrar i processen mot återhämtning, tillfrisknande och minskar risken för återfall. RSMH ser därför stora vinster med att möjlighet till att träffa en

Peer Support inom vård och omsorgsverksamheter garanteras. Även att utforska former för stöd som bygger på socialt och idéburet entreprenörskap bör finnas i åtanke för framtiden.

En fortsatt utveckling av samarbetet mellan primärvården, slutenvården, öppenvården och socialtjänsten men även andra relevanta myndigheter och instanser bedömer vi som en viktig förutsättning för att personernas samlade behov ska tillgodoses och för att inte nya stuprör ska uppstå. Vi ser även att insatserna för målgruppen inte bara behöver samordnas sömlöst utan många gånger även ske samtidigt.

Regioners och kommuners samverkan även med andra aktörer, såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare, skola/förskola, Kriminalvården, Polismyndigheten och civilsamhället, är en viktig del i den både breda och specifika samverkan som behövs för att öka möjligheten att målgruppen nås och erbjuds rätt vård och stöd, och skulle behöva lyftas fram tydligare. Komplexa problem kräver komplexa insatser.

RSMH ser positivt på förslagen om att även uppmärksamma somatisk hälsa och den ökade suicidrisken som föreligger för målgruppen.

Att även lågtröskelinsatser utvecklas är av vikt då målgruppen emellanåt har en bristande tillit till myndigheter och vårdinstanser presenterar dessa en möjlighet att bygga tillitsfulla relationer, bevara värdighet, bedriva lågintensivt motivationsarbete och säkerställa vissa grundläggande behov.

Att LARO-mottagningar vidareutvecklas är av vikt men varsamhet och uppmärksamhet bör finnas för att det idag är fler personer som avlider på grund av överdoser av metadon än heroin.

RSMH är positiva till att det skapas en juridisk särlösning för dem med störst vårdbehov. Det föreligger dock alltid en risk med särlösningar att vid besparingar är det kärnverksamheten som värnas och därmed att denna grupp riskerar att drabbas hårt. Ett förslag hur man värnar denna grupps stora vårdbehov behöver säkerställas.

RSMH instämmer i att socialtjänsten och hälso- och sjukvården behöver ha möjlighet att få tillgång till varandras vård och omsorgsdokumentation. Detta lär vara en förutsättning för att kunna bedriva den samordnade vård - och stödverksamhet som föreslås. Samtidigt vill vi peka på att oavsett informationsdelning är det i själva mötet med personerna det handlar om som en delad information får betydelse. Allting framgår inte av journaler, som dessutom kan innehålla felaktigheter. Man behöver få vara delaktig och möta personal man känner förtroende för. Det senare byggs ofta upp över tid och här är en fasta vårdkontakt av stor betydelse för förståelse och kontinuitet. Patientens medgivande och samtycke till informationsdelning behöver dock även framgent alltid värnas.

Sveriges genomförande av FN:s agenda 2030 och de globala målen har en tydlig koppling till folkhälsopolitiken. Redan 2018 beslutade riksdagen om ett nationellt folkhälsopolitiskt mål att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Men få åtgärder har vidtagits för att säkerställa en god och jämlik hälsa för personer med funktionsnedsättning. Detta trots att vi vet att personer med funktionsnedsättning har sämre livsvillkor, sämre levnadsvanor och sämre hälsa än andra. Det finns ett välkänt samband mellan låg socioekonomisk status och sämre hälsa. I dagarna uttrycktes oro över den ökade ojämlikheten i Sverige och dess påverkan på folkhälsan. Fattigdomen är som störst i Sverige av de nordiska länderna och det ökade inflytandet som privata aktörer har på svensk sjukvård då dessa präglas av ett vinstintresse och ofta etablerar sig i socioekonomiskt privilegierade områden istället för i områden med större

vårdbehov diskuteras. Här hade RSMH önskat att utredningen tagit höjd för nödvändigheten av att hela samhället behöver ta ansvar och att det finns en mängd olika faktorer som påverkar målgruppens möjligheter till ett gott och värdigt liv i hälsa och välmående. Utan en skälig levnadsstandard, acceptabelt boende, en sysselsättning, minskat stigma och trygga sociala relationer kommer hälso- och sjukvårdens insatser inte att bära frukt hur vällovande de än är.

Socialtjänstlagen föreskriver att kommunen har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Hälso- och sjukvårdslagen orienterar sig mot att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, den så kallade behovs- och solidaritetsprincipen. Enligt riksdagens beslut är det dock så att människovärdesprincipen rangordnas högre än behovsprincipen men så ser det inte alltid ut i verkligheten.

RSMH befarar att utredningens förslag att hälso- och sjukvården blir ensam huvudman för behandling av skadligt bruk och beroende kommer att innebära att den stora gruppen personer med mindre allvarligt substansbruk, ofta i kombination med psykisk ohälsa, inte kommer att kunna beredas behandlingsinsatser i tillräcklig omfattning. Genom att hälso- och sjukvården alltid har att förhålla sig till denna princip ser RSMH att risker föreligger att fokus hamnar på dem med svåra psykiska sjukdomar och beroende medan den stora gruppen med mindre allvarliga tillstånd blir utan den vård de egentligen har behov av. Enligt vår mening föreligger härmed undanträngningsmekanismer som utredningen inte uppmärksammar tillräckligt. Forskningen är här tydlig kring att tidiga insatser avsevärt minskar risken för att utveckla en mer allvarlig problematik.

De egnerfarna beskriver behovet av en trygg vård, en helhetssyn på deras livssituation och hur denna bäst kan hanteras och lösas. De talar om tidig hjälp, lätt att hitta, möjlighet att välja, en helhet, att bli behandlad med respekt, stärkt i den egna förmågan, att finna ett meningsfullt sammanhang och en person att lita på. Deras svar, som är i linje med ett stort antal forskningsstudier, visar det viktiga uppdrag som samhällsorganisationerna har för människor som lever i utsatta livssituationer och som möter ett fragmentiserat samhällssystem med olika huvudmän, lagområden, regionala och lokala skillnader och utbud.

Ingen verksamhet/huvudman kan ensam lösa och tillhandahålla de materiella och immateriella resurser som krävs för livssituationer med en hög grad av komplexitet och en individuellt unik problematik, både vad gäller problemets uppkomst och dess lösning. Alla inblandade kommer att behöva kraftsamlade tillsammans de närmaste åren och även vara öppna för nyskapande lösningar. Här kommer brukarrörelsen och de egnerfarna att vara värdefulla samarbetspartners.

Det finns emellanåt en viss naivitet över förslagen och uttrycker en form av idealtillstånd som rimmar illa med verkligheten såsom otillfredsställande tillgänglighet, vårdköer, brist på resurser, olikheter mellan regioner och kommuner, landsbygds- och storstadsproblematik. Det har ägt rum en kontinuerlig nedmontering av vården, vilket innebär svårigheter att få hjälp och stöd för den enskilde vilket ju också tydligt framkommer i de egnerfarnas berättelser. Att få snabb hjälp när motivationen finns är ofta avgörande för en framgångsrik behandling av ett beroendetillstånd. I dagsläget är det inte, trots det stora lidande som individerna och deras anhöriga ofta går igenom, en målgrupp vars behov prioriteras inom vården.

En viktig del av kunskapsstyrning och en evidensbaserad praktik är uppföljning och utvärdering. För detta ändamål delar RSMH förslaget om ett utvidgat nationellt patientregister som inkluderar primärvården och förslaget om att en ny lag om socialtjänstregister bör genomföras.

RSMH välkomnar även förslaget att regeringen bör ge i uppdrag åt lämplig myndighet att utforma ett system för uppföljning av vården och omsorgen för personer med samsjuklighet.

RSMH välkomnar att Myndigheten för vård och omsorgsanalys förordas bli en av de utvärderande myndigheterna relaterat till deras tydliga brukarperspektiv.

RSMH anser vidare det vara av stor vikt att indikatorer för utvärdering tar sin utgångspunkt i de egenerfarnas presenterade målbilder.

Även patientforum, brukarråd och brukarstyrda revisioner av verksamheterna kan vara användbara verktyg vid uppföljning och utvärdering som samtidigt säkerställer patientperspektivet.

RSMH bedömer att det kommer att vara nödvändigt att regioner och kommuner skapar en gemensam ledningsstruktur för reformens genomförande och fortlevnad. En gemensam ledningsstruktur kan utgöra navet för gemensam förståelse och insyn i varandras verksamhet och att erforderliga åtgärder och beslut fattas i en delad syn gällande den övergripande målsättningen. Gemensamt fattade beslut efterlevs i högre grad.

RSMH hyser en viss oro kring framtida utmaningar och förutsättningar för genomförande av reformen då utredningen inte explicit synes ha samverkat med andra aktuella reformer och lagförslag. God och nära vård, en ny Socialtjänstlag och en påtänkt modernisering av tvångsvårdslagstiftningen kommer tveklöst att interagera med den här föreslagna reformen och en diskussion kring detta förs inte särskilt utförligt i utredningen.

Specifika kommentarer:

Utifrån omfattningen av utredningen är det ej möjligt att kommentera alla utredningens förslag, resonemang och slutsatser och då förslagen på flertalet sätt tangerar varandra väljer RSMH att kommentera de frågor som närmast berör våra medlemmar. Vi följer därmed inte utredningens kronologi och turordning men hoppas att dokumentet är läsarvänligt trots det.

Tvångsvård

När hälso- och sjukvården tar över huvudansvaret för vård vid skadligt bruk och beroende blir det också självklart att utifall behov föreligger bedriva tvångsvården. RSMH anser att det förfarandet ger patienterna bäst förutsättningar att få en god, evidensbaserad och individanpassad vård samt att tiden vid eventuell tvångsvård blir kortare än idag.

Tvångsvård är en av de mest långtgående begränsningarna i en enskild persons rättigheter som det allmänna kan vidta. Ett grundkrav är därför att inskränkningarna inte blir mer långtgående än nödvändigt och att vården håller så hög kvalitet som möjligt. RSMH instämmer därmed i att det behöver pågå ett ständigt utvecklingsarbete i verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång. Det ska syfta till att förbättra vårdens innehåll, stärka patienternas inflytande och delaktighet, samt minska användningen av tvångsåtgärder.

Förslaget att det behöver tas ett starkare nationellt ansvar för tvångsvården och att en kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård inrättas vid Socialstyrelsen ser vi som ett viktigt steg i att garantera rättssäkerheten och kvaliteten vid tvångsvård. Fler-

talet såväl som IVO själva har påpekat IVO:s bristande och begränsade verksamhet för att framgångsrikt uppnå de målen.

Ett av RSMH:s fundament är grundat i att vi ser de egenerfarna som en nödvändig resurs och bärare av oerhört viktig och värdefull kompetens i allt utvecklings- och förbättringsarbete. Därav måste de egenerfarna i en sådan kommission ha ett tydligt mandat och beslutsrätt såväl som stor representation.

RSMH är dock oroad över att kommissionen inte ges möjlighet till oanmälda besök, fatta beslut som gäller kvalitet eller regelefterlevnad i enskilda verksamheter och inte kan ställa krav på åtgärder i enskilda verksamheter. Kommissionen kan endast lämna förslag om verksamhetsutveckling utifrån uppdraget att verka för en trygg och meningsfull tvångsvård och har inga rättsliga befogenheter. Det finns därmed stor risk att kommissionens befogenheter begränsas och att möjligheter till reell förbättring därmed inte möjliggörs och verksamheten blir ett spel för gallerierna. Detta förslag behöver analyseras vidare för en tydlig uppdragsbeskrivning, de ingående parternas uppdrag och roller, arbetsprocesser, gränsdragningar gentemot andra tillsynsmyndigheter, och framför allt tydliggörande av vilka mandat en sådan kommission skulle besitta.

Utan mandat och befogenheter kommer kommissionen inte att ha någon möjlighet att uppfylla det syfte som utredningen föreslår. RSMH anser att en etablering av en kommission av detta slag är viktig och angelägen, men i föreslagen form saknar den i princip potential att utföra ett uppdrag med någon genomslagskraft. Att bereda denna fråga vidare med en mer djuplodande analys kring kommissionens tilltänkta uppdrag med sikte på vad som krävs för att möjliggöra ett uppfyllande av dess syfte och få en reell möjlighet att göra skillnad är något som RSMH rekommenderar.

Utifrån RSMH:s medlemmars berättelser såväl som starkt stöd från forskningen finns en samstämmighet i att framgångsrik behandling vid skadligt bruk och beroende bäst bedrivs under frivilliga former där patienten är fullt ut delaktig och där vården individanpassas, är personcentrerad och återhämtningsinriktad. Längre institutionsvistelser har inte bättre resultat när det gäller hälsa och livssituation än kortare ingripanden.

Flera sammanställningar av forskning visar att tvångsvård i sig är av underordnad betydelse och endast har en kortsiktig och begränsad funktion. Framgångsfaktorer handlar snarare om behandlingsinsatser som matchar individens behov, bemötande, välfungerande behandlingsallianser, interaktion med nätverk, en fungerande eftervård och tillgång till frivilliga behandlingsinsatser. Tvångsvården bör således vara en så liten del av vårdkedjan som möjligt och insatser innan och efter tvångsvården behöver få ökat fokus. Detta förutsätter att en fungerande öppenvård utvecklas och att personernas behov tillgodoses genom insatser därifrån samt från socialtjänsten efter att tvångsvården har avslutats. RSMH välkomnar därför något skarpare skrivelser kring möjligheterna för att ta fram välfungerade samordnade planer och innehållet i dessa som ett bra redskap för att garantera den sammanhållna och personcentrerade vårdkedjan.

RSMH instämmer även i utredningens formulering kring att vård- och stödverksamheten ska bidra till en sådan stark samordning av insatserna så att tvångsvård kan undvikas, eller bli en mindre del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

En förändring som kommer att ske med ändringen av lagrum vid tvångsvården kommer att innebära att patienter med skadligt bruk och beroende kommer att kunna bli föremål för tvångsåtgärder. Patienter beskriver ofta tvångsåtgärder i starkt negativa ordalag och med en ibland bristande tillit till personal som följd. RSMH ser därav vikten av ett ständigt på-

gående arbete för att minimera situationer med hot, våld och tvångsåtgärder där personalens kompetens i bemötande och interpersonella färdigheter ständigt utvecklas. Flera förslag i utredningen God tvångsvård (SOU 2022:40) kan komma att bli ett gott komplement i detta arbete.

För att minimera risker för ett orättfärdigt utövande av tvångsåtgärder hade RSMH gärna sett att tillämpningen av tvångsåtgärder gällande specifikt denna målgrupp belysts ytterligare i utredningen.

Det som framför allt formar patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård är interaktionen och kommunikation med personal, samt möjligheten att få delta i besluten kring vården. Relationer med personal är avgörande där patienter önskar bli bemötta med empati, värme, respekt och förståelse och att få sin röst hörd. När patienter får medverka i beslut kring sin behandling, samt känner sig sedda och hörda, minskar känslan av tvång och maktlöshet samt förlusten av autonomi och självkänsla.

JO, Bergwallkommissionen (SOU 2015:52) och Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111) har riktat stark kritik mot användandet av tvångsåtgärder i vissa fall. Kritiken har bland annat riktats mot att IVO i för liten grad drar nationella slutsatser av de underrättelser av tvångsvårdsåtgärder som myndigheten tar emot samt att myndigheten inte agerar tillräckligt snabbt och tillräckligt ofta på underrättelserna. Även internationella granskningsorgan har påpekat att Sverige brister i uppföljningen av psykiatrisk tvångsvård och användningen av tvångsåtgärder. Till exempel påpekar FN:s kommitté som bevakar länders efterlevnad av FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling, i sin rapport 2021, att Sverige ska säkerställa att det sker kontinuerlig övervakning av förhållandena på psykiatriska tvångsvårdsinstitutioner. Det råder fortsatt oklarhet kring hur Sverige kommer att agera för att komma tillrätta med föreliggande problembild och inte heller denna utredning ger några svar i frågan.

RSMH förordar här starkt att evidensbaserade metoder såsom exempelvis Six core strategies, Safewards eller Bergenmodellen som påvisar minskade tvångsåtgärder och hot- och våldssituationer används på ett systematiskt sätt i alla verksamheter.

RSMH vänder sig emot förslaget att den psykiatriska heldygnsvården sker på ordinarie psykiatriska slutenvårdsavdelningar. Att snarare utforma avdelningar med specialistkunskap kring medicinska, psykologiska och psykosociala insatser specifikt för denna målgrupp ser vi däremot som något som skulle öka möjligheterna för en vård av hög kvalitet. Vård för skadligt bruk och beroende behöver innehålla både kvalificerad vård för beroendesjukdomen och annan specialiserad psykiatrisk vård av hög kvalitet i ett samtidigt pågående samarbete. Denna patientgrupp presenterar en högst komplex problembild och därav vikten av specialiserad kompetens. Uppdelningen idag på de större sjukhusen är till viss del uppbyggd utifrån diagnosspecifika patientgrupper för att säkerställa att alla får specialistkompetens. Vi ser ingen anledning kring att det skulle se annorlunda ut för patienter med skadligt bruk och beroende.

RSMH anser att patientavgiften vid tvångsvård bör avskaffas. Utredningen konstaterar att det finns starka skäl som talar för det men lämnar trist nog inget konkret förslag i frågan.

Vårdplanering och Samordnad individuell plan, SIP

En god vårdplanering inom den psykiatriska vården är en grundläggande förutsättning för att säkerställa kvaliteten och säkerheten i omhändertagandet av en patient. Att utredning och

planering har betydelse för vårdens resultat framgår av forskning inom området. Utredningen lämnar inga skarpa förslag kring vikten av att en genomtänkt vårdplanering utformas i all psykiatrisk vård och inte bara vid tvångsvård vilket RSMH ser som olyckligt då vi ser det som en självklarhet att alla patienter ska ges den möjligheten.

Rättigheterna till fast vårdkontakt och SIP tycks fortsatt vara svåra att få tillgodosedda, trots att de redan finns enligt nuvarande regelverk. Även när de kommer till stånd är det inte säkert att de leder till faktisk samordning av vården, som utredningen själv lyfter. Detta är ett exempel som visar på att bristen på samordning inte enkom handlar om bristen på krav på att vården bör samordnas och vara långsiktig, utan även på andra brister. Det kan handla om kulturer och attityder, och om brist på resurser för att tvingas prioritera bort samverkan. För att detta ska fungera behöver samtliga brister adresseras.

När lagstiftningen kring samordnad individuell plan togs fram sågs detta som närmast ett paradigmskifte. SIP:en sågs närmast som en magisk kraft att åtgärda alla samordningsproblem. Det var även ett uttalat skifte mot att ge patienten inflytande och delaktighet och att patienten skulle äga sin egen SIP och inte minst var den lagfäst. En retrospektiv återblick ger dock vid handen att mycket av förväntningarna aldrig infriats. Visserligen görs SIP:ar pro forma men de brister ofta betänkligt vid genomförandet. Patienten har heller inte givits den centrala roll som faktiskt avsågs utan blir närmast regelmässigt kringskuren av vårdinstansers och myndigheters organisation, begränsningar, ekonomi och godtyckliga förslag med en avsaknad av individanpassning och helhetssyn. De kallade är inte alltid närvarande eller har inte mandat att ta beslut, överenskomna beslut efterlevs inte och SIP:en blir alltför ofta till ett intet förpliktiggande luftslott.

RSMH välkomnar att utredningen lyfter vikten av SIP och att den rätt använd och fullföljd har stora möjligheter att skapa de samordnade insatser som patienten ofta har ett stort behov av. För aktuell målgrupp torde behov av en SIP föreligga i de flesta fall och därmed en nödvändighet att skapa förutsättningar för dess funktion.

För att förverkliga den personcentrerade vården är det av vikt att patienten själv äger sin SIP och att det är patientens behov som – utan kompromisser – vägleder och inte organisationernas förutsättningar. Bestämmelser bör införas som bidrar till att både hälso- och sjukvård, socialtjänst och övriga inblandade har starka incitament att delta i en samordnad planering som påbörjas tidigt och att de sedan efterlever den. Både piska och morot behöver finnas och någon form av sanktioner behöver införas om de inblandade avstår från att delta i en SIP eller inte realiserar tagna beslut.

RSMH instämmer i förslaget att för att motverka de inlåsnings effekter som finns i dagens regelverk i slutenvården bör en bestämmelse som säger att kommunen är skyldig att delta i en sådan planering som den fasta vårdkontakten eller chefsöverläkaren kallar till enligt bestämmelser om samordnad planering.

På temat ser RSMH stora vinster i förslaget att alla deltagare med omfattande behov ska tilldelas en vård- och stödsamordnare.

Utredningen belyser vikten av ett genomförande av Patientkontrakt och knyter stora förhoppningar till det. Patientkontrakt är en på alla sätt lovvärd insats med potential att åtgärda delar av de samordningsproblem som idag är uppenbara. RSMH befarar dock att utifrån att det inte på något sätt är ett juridiskt bindande dokument kommer patienten aldrig kunna utkräva dess innehåll utifall parterna inte uppfyller sina åtaganden. Risker föreligger därmed för att ännu en förstärkt möjliggörare för att tillse att personens behov blir tillgodosedda resulterar i ännu en pappersprodukt att arkivera.

Här vill RSMH påminna om och bekräfta värdet i kontinuitet och en vård som inte släpper taget förrän patienten själv aktivt avslutar återkommer som en nyckelfaktor. Något som också tydligt framgår av forskning som utgår från personer med egen erfarenhet av beroendeproblematik.

Personligt ombud

RSMH instämmer i att personer med skadligt bruk och beroende ska kunna erbjudas stöd av personligt ombud. Personligt ombud är en mycket uppskattad insats av klienterna och utvärderingar påvisar god effekt och väl investerade pengar. Socialstyrelsen har slagit fast att PO-reformen haft betydande samhällsekonomiska effekter. I sin utvärdering fastslår de exempelvis att utnyttjandet av psykiatrisk heldygnsvård och psykiatrisk dagvård kraftigt minskat, stabiliteten i boendet ökat och betydligt fler insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade beviljades.

Idag har kommunerna möjlighet men inte skyldighet att erbjuda personligt ombud och det har diskuterats att möjliggöra att fler får tillgång till insatsen samt att insatsen fanns tillgänglig i samtliga Sveriges kommuner såväl som möjlighet att långsiktigt stödja och utveckla verksamheten skulle öka genom lagstiftning. I en pressad situation med ett stort antal angelägna behov och många prioriteringsproblem är det lätt att sätta en frivillig reform som ställer ytterligare krav på resurser på undantag.

RSMH har länge drivit frågan om en utökning av verksamheten av personligt ombud då vi ser det som en betydelsefull och trygg relation för klienten vari återhämtning och väsentligen förbättrade levnadsvillkor möjliggjorts. Vi har flertalet gånger, liksom andra organisationer på området, påtalat den bristande tillgången och den ojämna tillgängligheten i landet med tveksam effekt.

RSMH ser att personligt ombud skulle lämpa sig särskilt väl för personer med samsjuklighet. RSMH bedömer även personligt ombud som en potentiellt kraftfull insats för en målgrupp med emellanåt bristande tillit till myndigheter, vård och omsorg.

RSMH:s ståndpunkt är att en kraftigt ökad satsning på personligt ombud är mycket angelägen men ser med en lagstiftning att en problematik föreligger utifrån risker att den unika och fristående rollen kan påverkas negativt. Genom en utökad yttre styrning, lojalitet snarare gentemot arbetsgivaren än klienten och att exempelvis dokumentationsskyldighet kan komma att införas vilket kan medföra en minskad tillit från klienten som är en central aspekt i ombudens uppdrag att värna.

RSMH välkomnar därmed en ökad satsning på personligt ombud. Vi ser dock inte att den föreslagna höjningen av statsbidraget från nuvarande 130 miljoner till föreslagna 150 miljoner kommer ens att vara tillnärmelsevis tillräcklig för att möta behoven och täcka en redan underfinansierad verksamhet.

Det bör även införas ett max-tak för antalet klienter ett personligt ombud handhar. Idag finns det ca 300 heltidstjänster för personliga ombud vilket inte på något sätt matchar prevalensen av personer som uppfyller kriterierna såväl som uttrycker önskemål att ta del av insatsen.

RSMH bedriver för närvarande ett projekt för att utveckla personligt ombud för unga som vi gärna berättar mer om. Vår uppfattning är att metoden idag underutnyttjas och har stor

potential för att konstruktivt bidra i betydligt högre grad till en bättre fungerande och human välfärd med respekt för individen.

Genusperspektiv

När förändringar i beroendevården nu ska göras vill RSMH även betona vikten av att ett genusperspektiv intas för att särskilt uppmärksamma den särskilda problematik som kvinnor med skadligt bruk och beroende lever med.

Merparten av de personer som idag får vård- och omsorgsinsatser för skadligt bruk och beroende är män och forskning visar att kvinnor är underbehandlade och en särskilt utsatt grupp. RSMH anser att det fortsatta utvecklingsarbetet därav behöver lägga särskilt fokus för att åstadkomma en mer jämlik och jämställd vård och omsorg mellan män och kvinnor.

Socialtjänsten

RSMH instämmer i att socialtjänsten bör få bättre stöd i sitt kvalitetsarbete genom införandet av en bestämmelse om att socialtjänstens arbete ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, likt motsvarande skrivelser i Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen och Patientsäkerhetslagen.

Vidare ska fokus i det sociala arbetet entydigt vara att stärka individens resurser och funktionsförmåga, exempelvis när det gäller boende, sysselsättning och arbete. En sådan inriktning för socialtjänstens uppdrag måste tydligt framgå av lagstiftningen. Här kunde gott utredningen tydligare tagit bladet från munnen.

RSMH bedömer inte att det föreslaget som utredningen presenterar kring Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning här är tillräckligt skarpt.

I utredningen föreslås att det ska formuleras så att det framgår att socialnämnden ska verka för att människor med skadligt bruk och beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Nämnden ska även medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och få bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Förslaget tydliggör socialtjänstens ansvar att tillhandahålla kvalificerade sociala stödinsatser som stärker den enskildes resurser och funktionsförmåga i viss mån, men RSMH förordar att skrivelsen att ”aktivt verka för” som formuleras vid insatser efter tvångsvård behöver gälla i alla sammanhang gällande målgruppen vilken innebär en långt gående skyldighet.

RSMH förordar starkt arbetsmodeller med evidens såsom Bostad först och IPS men idag kan endast 20 procent av kommunerna erbjuda Bostad först och inte fler än 40 procent av kommunerna kan erbjuda IPS-modellen.

Enligt artikel 25 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna är bostad en grundläggande rättighet. Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende och människor som lever i instabila boendesituationer riskerar att utveckla ett skadligt bruk eller beroende. Brist på sysselsättning är på motsvarande sätt ofta ett hinder för en lyckad behandling och återanpassning i samhället såväl som för människans upplevelse av mål och mening.

Socialtjänstens insatser har under decennier i huvudsak varit reaktiva vilket riskerat att orsaka ett förlängt lidande för klienterna. RSMH menar att det är hög tid att

åstadkomma en perspektivförskjutning mot mer proaktiva och förebyggande arbets-sätt.

Anhöriga

Utredningen föreslår att socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende ska tydliggöras genom att de särskilt framhålls i socialtjänstlagen. RSMH bedömer att om förslagen om anhörigstöd i socialtjänstlagen genomförs, kommer det ge positiva effekter för anhöriga som i högre grad kan erbjudas stöd oavsett om deras närstående med ett skadligt bruk och beroende vill och får stöd och behandling. Kommuner kan behöva se över och utveckla metoder för att erbjuda anhöriga ett adekvat stöd. Även hälso- och sjukvården har dock en viktig roll i att ge stöd till anhöriga.

RSMH ser gärna att frågan om hälso- och sjukvårdens ansvar för stöd till anhöriga lyfts till en större fråga i en enskild utredning då denna brist förekommer i stor utsträckning i annan psykiatrisk vård och även i somatisk vård. Det är inte ovanligt att anhöriga upplever stor frustration i möte med vården. Ena stunden råder stora förväntningar på anhörigas insatser, och den andra utestängs man helt med hänvisning till sekretess. Samtidigt ska den anhörige hantera sin egen situation, hälsa och de emellanåt starka känslor som en anhörigs sjukdom innebär. Det behöver finnas möjlighet till både praktiskt och psykologiskt stöd för anhöriga. I dag är det endast stöd till barn som anhöriga som regleras inom Hälso- och sjukvårdslagen.

Vården bör även kunna hitta arbetssätt att involvera anhöriga med bibehållen respekt för sekretess och integriteten gällande patienten.

För många är anhöriga livräddare utan vilka adekvat vård och stöd inte hade kunnat nås. För andra är det just de anhöriga själva som man är livrädd för på grund av våld, övergrepp, omsorgssvikt med mera. Något som inte självklart är känt av omgivningen eller något man själv vågar prata om i nuet. Att involvera destruktiva anhöriga riskerar då att bli en förnyad /fördjupad kränkning av den som är i behov av hjälp och stöd. Här krävs en inlyssnande professionalism och omdöme från vården där patientens verkliga behov och vilja respekteras.

Ekonomiska förutsättningar

På en samhällsekonomisk nivå kan en väl fungerande samverkan leda till minskade kostnader eftersom vårdkedjan kan bli mer effektiv och adekvata insatser kan sättas i rätt tid. Med en väl genomförd reform för målgruppen kommer samhället såväl som individerna att göra stora vinster. Det kan dock ta en viss tid innan dessa resultat kommer att börja skönjas. Därav ser RSMH det som centralt att reformen initialt tilldelas tillräckliga resurser. Att från början ta viss höjd för initiala kostnader kommer, enligt RSMH:s bedömning, inte bara att betala sig i det långa perspektivet utan även vara mer effektivt för att inte tappa styrfart i en rent ut sagt livsnödvändig reform. Sveriges mortalitetstatistik kopplad till skadligt bruk har alltför länge tillåtits vara en nationell skamfläck och kostnaderna för varje människa i utanförskap är hög, också räknat i kronor och ören..

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering av de effekter som setts efter tillskott av stimulansmedel på området psykisk hälsa de senaste åren. Analysen ger vid hand att effekterna av dessa investerade medel syns i mycket liten utsträckning och med ett oklart mervärde för patienter vilket RSMH ser som oroväckande. Därav ännu viktigare att man dels tar fram valida och mätbara indikatorer som speglar målsättningen väl och ser över formerna för

finansiering. Utredningen ger förslag på ökade stimulansbidrag vilket i ljuset av nämnda analys dock kan påpekas vara en olämplig ekonomisk styrform. Finansieringen behöver vara tillräcklig och den behöver ske i rätt form.

Enligt finansieringsprincipen ska staten ge kommuner och regioner adekvat finansiering när staten ålägger dem nya uppgifter och åtaganden. Med den kraftigt höjda ambitionsnivån som föreslås och med beaktande av en redan idag underfinansierad verksamhet ser RSMH inte utredningens förslag som realistisk. Ett årligt statsbidrag till regionerna på cirka 600 miljoner kommer att medföra skarpa prioriteringar för verksamheterna och RSMH befarar att detta märkbart riskerar att resultera i färre heldygnsplatser och begränsat behandlingsutbud.

I sammanhanget bör påpekas att regionernas kostnader för specialiserad psykiatrisk vård uppgick till drygt 26,1 miljarder kronor 2021 (SCB). Kostnaderna för psykiatrisk slutenvård uppgick till drygt 10 miljarder kronor.

Vidare att avvecklingen av LVM skulle innebära att staten kan minska de generella statsbidragen till kommunerna med 535 miljoner kronor per år, bedömer RSMH, inte som helt rimlig då socialtjänsten ju faktiskt får ett utökat uppdrag.

Etik och personcentrerad vård

RSMH är en varm förespråkare för personcentrerad vård som inte bara lägger en klar etisk valör på vård och omsorg men även starkt förespråkas av patienterna och stämmer väl överens med de målbilder som de egenerfarna belyst i utredningen. Att i och av vården bli sedd som den unika människan man är - inte som en passiv patient reducerad till en diagnos – med olika preferenser och behov på kort och lång sikt är nödvändigt om ett likvärdigt partnerskap med personalen (där ens röst faktiskt blir hörd) ska kunna komma till stånd och en bättre vårdkvalitet ska kunna uppstå.

Kraven i Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen ackompanjerar väl etiken personcentrerad vård och dessa lagars förutsättningar till efterlevnad lär med en implementering av personcentrerad vård gynnas.

Idag talas det mycket om personcentrerad vård och det förordas av myndigheter, i vårdriktlinjer, professionsutbildningar, styrande dokument och av vårdförbunden. Forskning på området visar dock på en högst begränsad genomslagskraft och effekt hitintills.

Professionen åläggs att arbeta utifrån personcentrerad vård men ges ingen utbildning, inga resurser och inget organisatoriskt stöd från ledningen för att möjliggöra framgångsrik implementering. Personcentrerad vård innebär i sin essens närmast ett paradigmskifte med en radikal förändring av sättet att se på patienten samt bemöta och förhålla sig till denne. Det handlar om att mötas med respekt för vårdens respektive patientens kunskap, expertis och resurser. Det vill säga samskapande vård och omsorg.

Att gå från en i delar paternalistisk och patriarkal vårdstruktur till att skapa ett mer jämlikt och mellanmänniskt partnerskap, att gå från ett synsätt från patient mot person och med personen betraktad som en helhet är en komplex utmaning som vården just nu brottas med.

Utredningen beskriver genomgående den personcentrerade vården som en bärande princip men inte med ett ord på närmare 600 sidor ger utredningen någon som helst vägledning kring hur detta ska realiseras och säkerställas.

RSMH ser denna avsaknad av fördjupning gällande en komplex utmaning som högst besvärande och med stora risker för att implementeringen av den personcentrerade vården kommer att väsentligen försvåras och fördröjas.

Den personcentrerad vårdens potential bör inte begränsas till att det förverkligar djupt humanistiska och etiska värden och som en högst eftersträfvansvärd vision. Det finns även tydliga forskningsresultat som visar på att personcentrerad vård utmynnar i bättre vård både utifrån en mängd indikatorer och detta såväl ur ett verksamhetsperspektiv som på personnivå.

RSMH delar bedömningen och tillstyrker starkt att verksamheterna behöver säkerställa utrymme för etisk reflektion.

Utredningen konstaterar att det kan vara ett komplext och utmanande uppdrag att ge insatser till personer med samsjuklighet, i synnerhet när det förekommer samtidig social utsatthet. Etiska dilemman möter personalen dagligen och reflektion och diskussion kring dessa är nödvändig för att garantera patienterna en etiskt försvarbar vård. Människovärde, integritet, autonomi och värdighet är fundamentala värden att tillgodose gentemot patienter men svårigheter i utmanande situationer att förvalta dessa förekommer. RSMH vill här framhålla vikten av att det i verksamheterna ges utrymme för etisk reflektion och diskussion. Detta gäller i synnerhet vid vård utan samtycke. Tid bör vara avsatt dagligen för detta ändamål.

Utrymme för reflektion kan även lätta på den börda som vårdpersonal emellanåt beskriver av etisk stress och utmattning.

Representanter från RSMH har varit delaktiga i att ta fram det material som beskrivs i utredningen *"En meningsfull heldygnsvård – Grundkomponenter för trygg och meningsfull heldygnsvård och minsta möjliga tvång vid psykiatriska tillstånd"*. Materialet inklusive utbildning finns att hämta på SKR:s hemsida.

RSMH vill betona vikten av att det inte bara pågår ett ständigt utvecklingsarbete gällande tvångsvården utan självklart i all psykiatrisk vård. Vi ser att ett arbete med att implementera ovanstående material kan utgöra en grundbult i ett sådant arbete.

Andra bärande inslag i detta arbete bör inbegripa metodutveckling för att främja patientens återhämtning och stärka dennes inflytande i vården.

Ett sådant arbete bör ses som en motor i att åstadkomma den ambitionshöjning för regionernas vård som utredningen pekar mot.

Lagstiftning

Utredningen betonar upprepat delar som egentligen redan är lagstadgat sedan länge och som borde innebära att en samordnad vård redan i dag borde vara regel snarare än undantag. Bristen på samordning handlar långt ifrån enbart om bristen på krav i lagstiftningen, där SIP finns sedan länge och Patientlagen tydligt anger att en fast vårdkontakt utses för patienten, dvs en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser.

Även dagens riktlinjer vid behandling för skadligt bruk och beroende anger att denna ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Utredningens förslag innebär att regionerna ska ha ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende, inklusive psykosocial behandling. I utredningen ligger ett förslag att

regionens ansvar tydliggörs genom att det införs en ny paragraf i 8 kap. 11 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) där det framgår att regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som hen behöver.

RSMH önskar problematisera vad det innebär att införa en särlagsbestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen för en särskild målgrupp. Den föreslagna nya 8 kap. 11 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) innebär att en enskild patientgrupp lyfts i en i övrigt generellt utformad ramlag, där inget motsvarande fokus läggs på andra särskilt utsatta eller sårbara grupper. Det kan ifrågasättas om det är lämpligt i en ramlag med skyldighetslagstiftning.

Regionernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar hela befolkningen oavsett sjukdomstillstånd. Att införa en särlagsbestämmelse för en särskild målgrupp kan öppna för att andra målgrupper vars behov inte uppmärksammas eller prioriteras ställer krav för att också de särskilt ska lyftas fram i lagtexten. Det är svårt att förutse vad konsekvensen blir och vilka dörrar som öppnas.

Regionens ansvar är dessutom redan fastslaget i lagstiftningen. Den föreslagna bestämmelsen tillför inget nytt i sak, vilket utredningen också konstaterar i författningskommentaren, utan skulle skapa en ren dubbelreglering. Det framstår för oss som oklart varför regioner som i dag inte tar fullt ansvar för patientgruppen bättre skulle leva upp till lagstiftningen för att det redan existerande ansvaret regleras på två ställen.

RSMH ser samtidigt att detta kan vara ett viktigt förslag att det ännu tydligare framgår i gällande lagstiftning kring vårdens ansvar och skyldighet. Tyvärr ser vi dock inte att detta förstärker patientens position eller ger några som helst garantier. Då Hälso- och sjukvårdslagen inte är en rättighetslagstiftning finns ingen möjlighet för patienten att utkräva detta av vården.

I sammanhanget bör påpekas riskerna med en försvagad rättighet för patienterna genom det förändrade huvudmannskapet. Då de flesta lagar inom hälso- och sjukvården som ovan beskrivits är skyldighetslagar och ger därmed inte patienten några rättigheter. Däremot är delar av Socialtjänstlagen en rättighetslag och vissa avslag från socialtjänsten på en ansökan kan prövas av förvaltningsdomstol. Möjlighet till överklagan gäller de beslut som fattas i kap 4, paragraf 1.

Utredningen beskriver att man kan ifrågasätta värdet av dagens klagomöjlighet där RSMH anser att utredningen underskattar värdet i detta. I närmare en fjärdedel av de överklaganden som görs bifaller Förvaltningsrätten överklagan. En relevant iakttagelse rörande utfall har varit vikten av att klienten haft ett juridiskt ombud att tillgå i processen. Förslag har tidigare lyfts av exempelvis Funktionsrätt kring att kostnadsfri rättshjälp i förvaltningsrättsliga tvister för personer med funktionsnedsättning behöver införas i linje med vad som erbjuds vid Förvaltningsrättens processer vid LPT- och LRV-vård för att stärka klientens rättigheter och RSMH instämmer i att detta kan anses rimligt.

Att en stor mängd ärenden avslås i domstol kanske snarare kan ses som ett tecken på behov av att stärka ambitionsnivån inom Socialtjänstlagen, som alltmer har urholkats. Socialtjänsten har fått en allt högre belastning som en följd av brister i andra delar av våra välfärdssystem och innebörden kring vad individer kan förvänta sig för hjälp för att uppnå de s.k. ”skäliga levnadsförhållanden” har devalverats. Även detta har påtalats av Funktionsrätt.

Ytterligare en faktor som riskerar att försämra patienters ställning är att all hälso- och sjukvård har att ta ställning till prioriteringsprincipen i sina bedömningar av vårdbehov. Med

de begränsade resurser som psykiatrisk vård präglas av kommer onekligen patienter i behov av vård men där andra patienter har ännu större behov att nekats vård eller ställas i orimliga köer. I Socialtjänstlagen idag finns inte denna prioriteringsprincip utan alla i behov av vård ska erhålla den. Hälso- och sjukvården har prioriteringsrätt och kan styras med budgetramar. Socialtjänstlagen är en rättighetslagstiftning och man kan inte hänvisa till budgetskäl vid avslag

För att åtminstone till viss del kompensera för detta ser RSMH gärna att den infördes ett förbud att hänvisa svårt sjuka vårdsökande till annan huvudman eller enhet inom den egna organisationen utan att man ser till att kontakt etableras och säkerställs med den man hänvisar till.

Lagstiftare, politiker, myndigheter och även denna utredning utgår i sina förslag från att vården och omsorgen alltid vill vårda, alltid sätter patienten och klienten i första hand och på olika sätt alltid verkar för patientens/klientens bästa. Denna något naiva syn leder till att välmenande makthavare skapar lagstiftning som är vällovlig och godhjärtad men också tandlös och till intet förpliktigande. Det kostar inget för huvudmännen att bryta mot den eller inte beakta den. Tillika tas vårdriktlinjer utifrån den evidensbaserade praktiken fram men verksamheter som kan erbjuda det breda utbudet av insatser är oroväckande få.

Inflytande och delaktighet

RSMH instämmer i bedömningen att kunskapen om metoder som stödjer den enskildes inflytande och delaktighet behöver öka och implementeras.

Såväl forskning som beprövade erfarenheter visar att vård i samarbete med patienten medför säkrare vård, ökar trygghet och livskvalitet för patienterna, samt är mer kostnadseffektiv och ofta leder till förbättring av arbetsmiljön inom vården. Tilliten till vården kan öka med ett ökat inflytande över insatserna.

Alltmer forskning pekar i riktning mot att delaktighet är en central faktor för patientens upplevelse av tillfredsställelse med vården och förbättrar möjligheter till återhämtning. Här finns mycket kunskap att inhämta från brukarföreningar som ständigt arbetar med metodutveckling, konkret vägledning, utveckla färdigheter hos personal och hur delaktighet bättre kan genomsyra hela vårdkulturen. Delat beslutsfattande är ett exempel på en starkt rekommenderad metod både från forskning och Socialstyrelsen.

Ett ökat inflytande över vården och patientdelaktighet är också hörnstenar i arbetet med omställningen till en god och nära vård liksom en central aspekt av personcentrerad vård.

Inflytandearbete behöver bedrivas systematiskt och genomgående även på verksamhetsnivå och systemnivå. För att patient, brukar- och anhörigorganisationer ska kunna medverka såsom föreslås behövs ökade resurser såsom en förstärkning av statsbidraget såväl som förbättrade ekonomiska förutsättningar på regional och lokal nivå.

RSMH erfar en allt större efterfrågan för dess kunskap och kompetens, men har samtidigt under flera år sett lite stöd till egnerfarnas organisering och statsbidragen till den breda funktionsrättsgruppen minska och urholkas alltmer. Utan ekonomiska och personella förutsättningar kan vi inte alltid överallt vara den röst som efterfrågas. Budskapen om civilsamhällets viktiga roll hör vi allt oftare, men de ekonomiska förutsättningarna i paritet med detta lyser med sin frånvaro.

RSMH tillstyrker förslaget att Folkhälsomyndigheten ska ges i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende.

RSMH invänder dock att ett så tidsbegränsat uppdrag inte på ett rimligt vis kan ge förutsättningar för detta ändamål. Möjligtvis kan man förändra attityder men det som är notoriskt svårt och tidskrävande är att i grunden förändra människors värderingar och beteenden. Här behövs ett kontinuerligt arbete med en mångfald av metoder och aktiviteter.

RSMH anser att i detta uppdrag bör även ingå ett aktivt arbete för att minska diskriminering i samhället gällande personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar.

Vad utredningen må ha missat

Primärvården kommer att vara en viktig part i arbetet liksom i att tidigt uppmärksamma och förebygga skadligt bruk och beroende. Utredningen nämner inte med ett ord hur detta viktiga arbete ska finansieras eller kompetensbesättas.

RSMH ser det som problematiskt att primärvården inte tydligt inkluderas i förslaget vilket inte är i linje med satsningen på primärvården om att i övrigt utgöra navet i en God och nära vård.

RSMH anser att utredningen tydligare kunnat framhålla vikten av att tidigt sätta in förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende. Ju fler som får en god vård tidigt i sitt sjukdomsförlopp, desto färre utvecklar stora och komplexa vårdbehov. Vi vet att tidiga och förebyggande insatser besparar mycket lidande såväl som ekonomiska resurser eftersom kostnaderna för de stora behov och svåra situationer som uppstår längre fram i ett sjukdomsförlopp kostar samhället många gånger mer.

En stor utmaning som beskrivs kring denna målgrupp är den tillitsbrist som ofta finns till vårderna. Ju tidigare individer kan få genomgående goda erfarenheter av att söka och ta emot vård, desto mindre blir detta problem.

RSMH ser att ett nytt stuprör som onekligen kommer att uppstå är det mellan primärvård och specialistvård. Detta är ett välkänt problem i övrig psykiatrisk vård som ibland innebär svåra gränsdragningar och emellanåt godtyckliga bedömningar. Utifrån att detta stuprör är så pass välkänt kunde utredningen med fördel redan nu adresserat det och presenterat lämpliga förslag till lösningar.

Även civilsamhällets viktiga roll i att också fänga upp och ge stöd till de som inte ännu eller inte längre har kontakt med vårderna kunnat belysas, såväl som dess roll i att skapa ett inkluderande samhälle. RSMH ser dagligen hur fantastiska insatser från civilsamhället gör skillnad i denna målgrupps livskvalitet och i att tillgodose grundläggande mänskliga behov av värme, gemenskap, medmännisklighet och trygghet.

I föreliggande uppdrag ingick inte att föreslå några förändringar i LVU, vilket innebär att tvångsvård för unga på grund av skadligt bruk eller beroende kommer fortsatt att ske även inom socialtjänsten. RSMH ser dock att behovet av samordnad behandling för både skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd är mycket stort för placerade barn och unga och hoppas därmed att frågan kommer att utredas snarast.

Utredningen intar i mycket ett individperspektiv. I utredningen saknas det en diskussion om strukturella orsaker till exempelvis ojämlig vård, behandling och stöd. I detta samman-

hang kan det inte nog betonas hur viktigt det är att också stärka de grundläggande samhällsstrukturerna för jämlik hälsa, baserat på de faktorer som påverkar hälsan vilket inkluderar ekonomisk och social trygghet.

Regioners och kommuners samverkan även med andra aktörer, såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare, skola/förskola, Kriminalvården, Polismyndigheten och civilsamhället, är en viktig del i den både breda och specifika samverkan som behövs för att öka möjligheten att målgruppen nås och erbjuds rätt vård och stöd, och skulle behöva lyftas fram tydligare.

Om regionerna ska ta ett större ansvar för patientgruppen kommer det att få konsekvenser för andra utsatta patientgrupper då specialistpsykiatri är hårt belastad och har långa köer. Det är inte tydligt vilka konsekvenser förslaget får för andra utsatta patientgrupper, då en sådan analys saknas.

I den fortsatta beredningen av förslaget behöver förtydligas vilken aktör som ska bedöma om en person tillhör målgruppen för verksamheten enligt den nya lagen om vård- och stöd- samordning. Det är viktigt ur ett rättssäkerhetsperspektiv att det finns en tydlighet kring detta både för den enskilde, för verksamheten och för dess olika huvudmän och det behöver förtydligas i föreslagen lagtext.

RSMH efterlyser en betydligt större generell satsning på forskning om effekter av behandlings- och stödinsatser vid samsjuklighet. Ett flertal systematiska litteraturöversikter har visat att psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingar för samsjuklighet finns tillgängliga, men att relativt få har utvärderats med säkra vetenskapliga metoder. Detta återspeglas exempelvis i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. I jämförelse med övriga områden i riktlinjerna återfinns relativt få rekommendationer vid samsjuklighet. Utökade resurser för forskning bör ackompanjera även de förändringar utredningen föreslår såväl som risker när vård och omsorg ska ges under nya förutsättningar.

SBU:s arbete med att lyfta fram och prioritera kunskaps- och utvecklingsbehov som patienter, anhöriga och vård- och omsorgspersonal gemensamt anser är allra viktigast att jobba vidare med för att förbättra vården kan utgöra en utgångspunkt för nya forskningsinitiativ med potential att göra stor nytta.

En viktig aspekt som utredningen inte berör är de samverkans- och kontinuitetsproblem som privatisering, konkurrensutsättning, samt olika ersättningsmodeller kan medföra i både sjukvård och socialtjänst. Det lokala självstyret är starkt i Sverige. Utöver lagstiftade krav kring offentlig upphandling så får kommuner och regioner själva avgöra hur vården organiseras, såsom drivas i offentlig regi eller i konkurrens överlåtas till privata aktörer. Statliga myndigheter och utredningar bortser oftast från sådana organisatoriska förklaringar eller styrningsformer som en bidragande orsak till de problem som kan skönjas. Forskning visar att fragmentisering och samverkansproblemen många gånger förvärras av sådana faktorer. Det kan ta många år att arbeta upp en god förståelse för varandras ansvarsområden och kompetens samt skapa ett gemensamt arbetssätt. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:1) visar att dagens finansieringsmodeller inte gynnar samverkan.

En organisatoriskt integrerad och gemensamt finansierad modell har starkt stöd i forskning då den uppfyller behovet av samordnad vård på bästa sätt. Bland annat tidigare nämnda Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:1) har pekat på integrerade enheter som en framgångsfaktor för samverkan och därigenom för att möta brukarens behov. Detta kunde utredningen fört ett resonemang kring.

Det krävs också en omfattande omarbetning av de ersättningssystem som idag används inom hälso- och sjukvården för att undvika att snabba, medicinska och ”enklare” insatser premieras framför långsiktiga och mer komplexa vårdinsatser.

Utredningen förflyttar inte ansvaret organisatoriskt, vårdinnehållsmässigt eller ekonomiskt för dagens HVB-hem till regionerna. En sådan reform hade gjort HVB-hem till del av en sammanhållen behandlingskedja. Hade en sådan förändring kommit till stånd hade man möjliggjort att samma behandlingsansvariga kan växla mellan öppen vård och behandlingshem i en obruten behandlingskedja. Utredningen nöjer sig här med att regionerna ska erbjuda god hälso- och sjukvård till dem som vistas i sådana hem, medan kommunerna alltså ska bedöma behov av placering i dessa, betala och lägga upp behandlingen i övrigt. Det blir således fortsatt två huvudmän inblandade för samma person. Detta bäddar för fortsatt dysfunktionell samverkan där patienten ännu en gång blir förlorare.

Tidigare föreslog utredningen att det skulle införas en förstärkt vårdgaranti för personer med skadligt bruk och beroende i samband med att hälso- och sjukvården fick ett utökat ansvar för psykosocial behandling. Analyser av huruvida regioner uppfyllt vårdgarantier visar dock på tveksamma resultat för den enskilde relaterat till att verksamheter hittat kreativa lösningar för att kringgå vårdgarantin.

RSMH uppmärksammar att det är i grunden ett bra förslag men inte har diskuterats vidare eller lagts förslag kring eller hur den kan realiseras utan nuvarande kryphål.

RSMH har varit i kontakt med medlemmar i flera regioner som beskriver att patienter får vänta mellan ett och två år på mer avancerad psykosocial behandling. Detta gäller även barn.

I vissa regioner saknas till exempel ett utbud av sådana psykosociala behandlingsmetoder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Därför behöver regionerna i samråd med kommunerna utveckla sitt behandlingsinnehåll och tillgängligheten till detta.

I flertalet aktuella debatter berörs frågan om att införa ett max-tak för hur många patienter/klienter olika professioner ska ha ett ansvar för och behandla. En begränsning i detta avseende har visat sig kraftigt öka patientsäkerheten, vårdkvaliteten och inte minst ökad tillfredsställelse för professionen avseende sin arbetssituation. Att införa ett sådant tak kommer onekligen att rendera ökade ekonomiska kostnader samt behov av ökad tillgång till kompetens. Relaterat till de värdefulla vinsterna är det ändå en reform som RSMH förespråkar.

Detta skulle även möjliggöra en ökad tillgång till en fast vårdkontakt, något som efterfrågas av patienter men långt ifrån alltid kan tillgodoses idag. En fast vårdkontakt ökar väsentligen denna målgrupps möjligheter till att få samtliga behov tillgodosedda i de av utredningen förespråkade samordnade, behovsanpassade och personcentrerade vårdkedjor med långsiktighet och kontinuitet i fokus.

Avslutning

RSMH anser att reformen även fortsättningsvis måste vägledas av vad som skapar värde för patienter, brukare och anhöriga utifrån ett helhetsperspektiv, och inte med utgångspunkt från varje organisation eller huvudmän. Det förutsätter att det på alla nivåer skapas strukturer så att patienters, brukares och anhörigas kunskaper och erfarenheter får faktisk betydelse för ledning, styrning och verksamhetsutveckling inom området.

RSMH förutsätter att den värdefulla och viktiga inriktning som genomsyrat utredningen av stark representation av egnerfarna fortsatt kommer att präglade det fortsatta arbetet med

implementering och förverkligande av utredningens förslag inte enkom gällande tvångsvården utan i det fortsatta arbetet som helhet.

RSMH är väl förberedda för och ser fram emot ett fortsatt samarbete för att skapa goda förutsättningar för målgruppen. Stora samhällsförändringar sker inte enkom ur politiska beslut och lagändringar utan utifrån narrativen och RSMH:s medlemmar bär på en del av dem.

Vill man åstadkomma den kulturförändring som utredningen beskriver är de egnerfarnas röster såväl som civilsamhällets bidrag i ett väl integrerat samarbete med vård, omsorg, myndigheter och politiker självklart av stor vikt.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Tore Hansson
Förbundsordförande

Selene Cortes
Kanslichef

Åke Nilsson
Handläggare intressepolitik

CC: Funktionsrätt Sverige
NSPH
SKR
Institutet för mänskliga rättigheter