

PRINCIPPROGRAM

IRSAWH





INNEHÅLL

1. Inledning	4
2. Mot ett ökat inflytande.....	6
3. Värna om mänskliga rättigheter.....	8
4. Kunskap för bättre attityder.....	12
5. Brett utbud av tjänster.....	14
6. En tillgång på arbetsmarknaden.....	18
7. Förebyggande och tidiga insatser	20
8. Målet – ett fullvärdigt liv.....	22
9. RSMH:s vision: All hjälp utgår från brukarens erfarenheter.....	24

1. INLEDNING


RIKSFÖRBUNDET för Social och Mental Hälsa (RSMH) bildades 1967 och arbetar för att förbättra vården, stödet och servicen för personer med psykisk ohälsa, liksom deras levnadsvillkor. Vi är religiöst och partipolitiskt obundna. Vår målsättning är att samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som tillkommer övriga medborgare i samhället också ska gälla dem som drabbas av psykisk ohälsa. Vår verksamhet består av intressepolitik, information och utbildning samt ett arbete för att utveckla landets distrikt och lokalföreningar.

FÖRBUNDETS STÖRSTA TILLGÅNG är lokalföreningarna där medlemmar stödjer och hjälper varandra – så kallat kamratstöd. Inriktningen av arbetet i lokalföreningarna och dess distriktsorganisationer består av intressepolitik, meningsfull sysselsätt-

ning, studieverksamhet, caféer och fritidsverksamhet. Ett viktigt syfte med föreningsarbetet är att kompensera för de funktionsnedsättningar som psykisk ohälsa kan medföra. Av det skälet vill RSMH betona vikten av självhjälp, egenmakt, vardagsmakt och återhämtning.

GENOM DIALOG OCH SAMVARO med andra med liknande erfarenheter blir en diskussion om psykisk ohälsa och återhämtning möjlig. Medlemmarna får större kunskaper om vad som hjälper och självkänslan stärks, vilket leder till ökade möjligheter att själv förändra sina livsvillkor. Det i sin tur gör det möjligt att engagera sig mot diskriminering och andra orättvisor som drabbar personer med psykisk ohälsa, liksom att påverka vården, stödet och behandlingen inom psykiatriområdet.

Detta ska leda till:
Tilltro till den egna förmågan.
Att utvecklas som individ.
Att kunna bli återhämtad utifrån egna förutsättningar.
En god hälsa.
Att kunna påverka sin egen vardag.



2. MOT ETT ÖKAT INFLYTANDE

RSMH:s MEDLEMMAR består i huvudsak av människor som själva är eller har varit brukare av psykiatrisk vård.

Vi har olika diagnoser och skilda problem och representerar en mångfald av personer med psykisk ohälsa. Därför menar vi att det är missvisande att beskriva oss som en enhetlig grupp med ett särskilt beteende eller egenskap. Begreppet psykisk ohälsa är lika mångfasetterat som fysisk ohälsa kan vara.

ANDRA SOM STÖDJER vårt arbete som till exempel närstående och professionella är också medlemmar. Hela vår verksamhet bygger på att ge röst åt våra medlemmars upplevelser och situation. Genom olika verksamheter utvecklar vi gemenskap och dialog, utbyter erfarenheter och erbjuder varandra stöd och uppmuntrande hjälp som gör att vi bättre kan bemästra våra problem.

Ur denna gemenskap växer vår självkänsla men också vårt engagemang som gör tillvaron meningsfull.

MEN RSMH:s INSATSER begränsar sig inte till medlemmar och nätverk. I våra föreningar och distrikt har vi dagligen kontakt med ett stort antal personer som vill diskutera och ställa frågor om psykisk ohälsa ur många olika aspekter. Vårt arbete spänner därför över hela det psykiatriska fältet vilket tillför allmänhet, vårdgivare, myndigheter och institutioner information, kunskap och stöd. Vi har alltså en unik kunskap om vad som hjälper vid psykisk ohälsa. Genom att sammanställa och strukturera den kunskapen kan vi formulera hur vi tycker att den framtida vården, stödet och rehabiliteringen bör vara utformad. Det absolut viktigaste är att alla insatser måste utgå från den

enskildes behov, villkor och önskemål. Gör den det är chansen liten att återhämtningen från psykisk ohälsa misslyckas, menar vi. Återhämtning kan beskrivas som en personlig och unik förändringsprocess av individens attityder, värderingar, känslor, livsmål och/eller roller.

DET ÄR ETT SÄTT ATT LEVA ett tillfredsställande, hoppfullt och konstruktivt liv inom ramen för de begränsningar som ohälsan eller funktionsnedsättningen skapar. Man utvecklar ett nytt sätt att förhålla sig till livet och till sina problem och lämnar ohälsans eller funktionsnedsättningens negativa effekter bakom sig. I brukar- och anhängigorganisationer och i andra frivilligorganisationer och arbetskooperativ finns fungerande modeller för återhämtning, rehabilitering och stöd i utbildning och arbete som behöver utvecklas. Brukar- och anhängigorganisationernas kunskaper och erfarenheter bör också vara en central ingrediens i de nya övergångsmodellerna för utbildning och arbete för personer med psykiska funktions-

nedsättningar. Vår erfarenhet visar att bäst resultat uppnås om samhällsbaserad rehabilitering kombineras med stödjande och återhämtningsinriktade insatser från brukarorganisationer. För att kunna leva ett liv på egna villkor menar vi att personer med psykisk ohälsa måste få samma möjligheter som andra att kunna vara delaktiga i samhället. Det innebär att man inte längre är en passiv mottagare av vård- och stödinsatser utan att man får kontroll och inflytande över sitt liv och det fulla ansvaret för den egna återhämtningen.

I DET ARBETET är vårdpersonalen viktig. En yrkesgrupp som på senare år betytt väldigt mycket för många brukare är personliga ombud. De kom till som ett stöd för människor med psykisk ohälsa på deras egna villkor och har en från myndigheter fristående roll. Utvärderingar visar att ombuden blivit en av de viktigaste stödfunktionerna för att personer med svår och långvarig psykisk ohälsa ska kunna återhämta sig till ett självständigt liv.

3. VÄRNA OM MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER

EN STAT SOM ANTAGIT en FN-konvention ansvarar för att människors rättigheter förverkligas i hela samhället. Från den 1 januari 2009 har Sverige skrivit på att följa FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Den syftar till att främja, skydda och säkerställa gruppens rättigheter och grundläggande friheter liksom att bidra till respekten för människors värdighet. Konventionen betonar också vikten av att bekämpa stereotypa uppfattningar och fördomar samt undanröja hinder som kan motverka den enskildes fulla och verkliga deltagande i samhället på samma villkor som andra.

TROTS DET PÅGÅR en påtaglig diskriminering och stigmatisering av personer med psykisk ohälsa. Det saknas ofta meningsfull sysselsättning för gruppen och tillgången till rehabilitering är

nästan obefintlig, och det är få med långvarig psykisk ohälsa som kommer ut på arbetsmarknaden. Därtill har man sämre ekonomi och lägre levnadsstandard än befolkningen i övrigt och sämre fysisk hälsa än andra grupper i samhället. En konkret följd av det sistnämnda är att människor med psykisk ohälsa lever kortare liv än genomsnittet. Vid diagnosen schizofreni är skillnaden 15–20 år. Många saknar också egen bostad och de som har en sådan har sällan individuellt anpassat stöd i hemmet, varför man oftare än andra blir vräkt.

PSYKISK OHÄLSA är ett stort och växande problem i världen och bland I-länderna en av de vanligaste formerna av ohälsa. Även om de flesta länder har övergivit den gamla institutionspsykiatri och utvecklat öppnare vårdformer med en mer

samhällsbaserad psykiatri är det stora skillnader i hur långt man kommit. RSMH behöver utveckla sitt internationella samarbete. I många länder görs stora framsteg som är inspirerande medan det i andra råder miserabla förhållanden och i vissa länder används psykiatrin till och med som ett redskap för att tysta oliktänkande. Även brukarorganisationernas ställning och strategier skiljer sig åt mellan olika länder och det finns ett stort behov av att utbyta erfarenheter och kunskaper för att stödja varandra. Det gäller inte minst där omhändertagandet av människor med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar är dåligt utvecklat.

KÖNSSTRUKTURERNA I SAMHÄLLET gör att kvinnors problem underordnas mannens, vilket leder till en förstärkt diskriminering av kvinnor eller ett

dubbelt utanförskap. Psykisk ohälsa drabbar också kvinnor och män delvis olika. Därför måste sambandet mellan kön och psykisk ohälsa liksom skillnaderna dem emellan lyftas fram och göras tydligare, liksom att stöd- och behandlingsinsatser behöver differentieras så att de också kommer kvinnor till del på ett bra sätt.

RSMH HAR ETT SÄRSKILT ANSVAR att synliggöra detta och skapa arenor där kvinnor kan ta plats på samma villkor som män. Även RSMH:s egen verksamhet måste präglas av jämställdhet och lika värde mellan kvinnor och män, varför det är viktigt att kvinnor stöds och uppmuntras i föreningsarbetet. Ambitionen bör vara att förtroendevalda utgörs av ungefär lika många kvinnor som män. En särskilt utsatt grupp med psykisk

ohälsa är invandrare och personer med invandrarbakgrund. Dessa får många gånger sämre bemötande, oftare farmakologisk behandling och utsätts för mera tvångsåtgärder än andra, och är ännu tydligare diskriminerade på arbetsmarknaden. Att minimera tvånget inom den psykiatriska vården har alltid varit en central fråga för RSMH. Även om antalet frihetsberövanden och tvångsåtgärder minskat förekommer fortfarande att människors medborgerliga rättigheter åsidosätts genom repressiv behandling.

EXEMPEL PÅ DET ÄR när polismän under förödmjukande former och med våld hämtar psykiskt sjuka personer för att föra dem till en vårdavdelning där ”vården” i huvudsak består av inlåsning, bältesläggning och tvångsmedicinering. Förutom att det innebär en kränkning av de mänskliga rättigheterna förvärrar detta ofta den psykiska ohälsan. Inte minst för dem som tidigare utsatts för övergrepp. RSMH anser att bältesläggning som tvångs-/säkerhetsåtgärd bör avskaffas i Sverige. Åtgärden överutnyttjas idag på ett horribelt sätt. Ytterligare

exempel på repressiv behandling är när patienter som vårdas frivilligt hotas med tvång om de inte accepterar en viss behandling. Eller när säkerhets- eller ordningsregler på en vårdavdelning anpassas efter den som har de mest omfattande restriktionerna.

ÖPPENVÅRDSTVÅNGET inom den psykiatriska tvångsvården (LPT-vård) som infördes tidigare bör avskaffas. Det tvånget har ökat det totala antalet patienter som tvångsvårdas. Vårdformen begränsar människors möjligheter att själv bestämma över sitt liv och det är en allvarlig kränkning av de mänskliga rättigheterna. Öppenvårdstvånget inom den rättspsykiatriska vården (LRV-vård) har ett annat syfte då den ger den dömda patienten möjlighet till rehabilitering och anpassning till ett liv ute i samhället. Öppenvårdstvånget inom den rättspsykiatriska vården behöver dock kompletteras med ett regelverk som förstärker kravet på vårdgivarna att erbjuda stöd till patienten som ska slussas ut från den rättspsykiatriska vården. RSMH anser att begreppet

tvångsvård i grunden är en mot-sägelse eftersom tvång och vård inte går att förena. En framgångsrik vård bygger på samverkan, förtroende och överenskommelser mellan patient och vårdgivare. Tvång däremot är alltid ett övergrepp och en kränkning. Därför måste tvångsomhändertagande och tvångsbehandling skiljas åt. Om en person mot sin vilja måste låsas in betyder det inte att han eller hon också ska tvångsbehandlas. För att en person ska kunna tvångsbehandlas måste först alternativa lösningar på patientens problem ha prövats.

GÖRS BEDÖMNINGEN ÄNDÅ att tvångsbehandling måste sättas in ska det prövas juridiskt. Det bör alltså krävas ett ytterligare juridiskt steg. Inom den rättspsykiatriska vården är vårdtiderna oftast långa och möjligheterna för patienten till kontakt med yttervärden begränsade. Detta ställer extra stora krav på granskning och tillsyn av hur dessa personers mänskliga rättigheter beaktas, liksom vilken kvalitet vården har. Det kan göras av utomstående och brukare. Sam-

mantaget visar detta att personer med psykisk ohälsa vare sig har rättigheter eller skyldigheter som andra och vars konsekvens kan bli att de hamnar utanför samhället. Det som ytterligare bidrar till denna marginalisering är bristen på sysselsättning, utbildning och arbete, liksom svårigheter att få bra rehabilitering och stöd i återhämtning. Dessutom kränks individens integritet genom de lagar, regelverk och rutiner som gör det möjligt att samköra register mellan olika myndigheter och vårdgivare. Det skapar en känsla av att man är kontrollerad och övervakad.

4. KUNSKAP FÖR BÄTTRE ATTITYDER

PSYKISK OHÄLSA är fortfarande skambelagt. Utfrysning, trakasserier och våld hör inte till ovanligheterna. Att reagera på det sättet mot någon som har en psykisk funktionsnedsättning beror oftast på okunskap, fördomar och rädslor kring psykisk ohälsa. Mekanismerna bakom denna diskriminering är snarlika oavsett om det görs på grund av kön, ålder, etnisk tillhörighet, sexuell läggning eller funktionsnedsättning. En viktig uppgift för RSMH är att motverka det genom att sprida saklig och informativ kunskap.

DÄRTILL KAN MAN OCKSÅ önska sig en bredare diskussion om normalitet. Uttalade eller underförstådda normer som säger hur man bör agera eller hur något borde vara är viktigt för att hålla samman ett samhälle. Om dessa normer är påtvingade eller inskränk-

ande för individen kan det bli till ett hinder och leda till diskriminering. Sådana normer förstärks och sprids genom såväl omedvetna som medvetna handlingar och genom språk och andra kulturella uttryck. Det görs inte minst inom underhållningsindustrin och media. Oavsett vad vi tycker om medier lever vi i ett mediasamhälle och är en del av det. Utan medier skulle vi inte kunna sprida information. Av det skälet är det viktigt att värna om fria och självständiga medier liksom om den tryckfrihet vi har.

VI VET GENOM medieforskning att rapporteringen från psykiatriområdet genom åren fått större nyhetsvärde. Även om experter fortfarande dominerar i den rapporteringen är det fler med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som kommer till tals. Mediers

innehållsmässiga rapportering om psykisk ohälsa tycks också ha förbättrats på senare tid genom att det finns en mer återhållsam skildring av våld i samband med psykisk sjukdom eller när sådan rapportering sker att det kompletteras med fakta om psykisk ohälsa, som till exempel att människor med psykisk sjukdom sällan begår våldshandlingar mot andra.

MEN DET HÄR GÄLLER inte alla medier eller medieområden och framförallt inte nyhetsmedier. Där finns stora kunskapsbrister. Mediers kompetens om psykisk ohälsa måste generellt förbättras. I det sammanhanget är det också viktigt att lyfta fram medier som aktivt motverkar negativa attityder till psykisk ohälsa. Det finns väldigt lite forskning kring psykisk ohälsa som ger svar på frågor som; vilka insatser hjälper och vilka

hinder finns för återhämtning? Hur påverkas man psykiskt av sämre levnadsvillkor, dålig ekonomi och diskriminering? Vilken betydelse har relationer till personal och möjligheter till inflytande över behandling och stödinsatser? Och vilken betydelse har brukarorganisationernas verksamhet för människors återhämtning?

RSMH VÄLKOMNAR FORSKNING som syftar till att sakligt och vederhäftigt fylla dessa viktiga kunskapsluckor. Samhällets olika instanser för forskningsfinansiering måste aktivt medverka till detta. Det är också viktigt med en kritisk och problematiserande forskningspolitisk debatt vad gäller metoder, frågeställningar och syfte. I den diskussionen måste brukarna och dess företrädare delta för att skapa nya forskningsarenor.

5. BRETT UTBUD AV TJÄNSTER

I FÖRHÅLLANDE TILL övrig hälso- och sjukvård går allt mindre resurser till den psykiatriska vården, vilket är en viktig orsak till dess låga status. Därtill förekommer stora regionala skillnader i vårdens kvalitet och utformning. Många personer med psykisk ohälsa har därför svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Den psykiatriska vården måste förstärkas med öronmärkta medel och en genuin behandlingsoptimism behöver genomsyra vården och omsorgen.

VAD SOM GÖR att vissa människor drabbas av psykisk ohälsa finns det många teorier om. Vilken eller vilka teorier som dominerar växlar över tid. Vår erfarenhet säger att psykisk ohälsa ofta föregåtts av svåra upplevelser och påfrestningar i livet och som långt ifrån alltid brukar uppmärksammas inom vården, som till

exempel skilsmässa, mobbning, fattigdom, arbetslöshet, sexuella övergrepp eller dysfunktionella familjerelationer.

RSMH VERKAR FÖR ATT psykiatrin inte i första hand skall vara en medicinsk specialitet, utan en tvärvetenskaplig disciplin med social inriktning. Ett verkligt möte måste komma till stånd mellan olika vetenskaper och barriärerna mellan skilda professionella kulturer behöver rivas. Det behövs också alternativ till den traditionella medicinsk-biologiska modellen som bygger på självhjälpgrupper, nätverk och brukarstyrd verksamhet. För att förstå den enskildes situation måste hjälpen och stödet från samhällets sida ges i individens närmiljö, och naturligtvis i första hand utanför institutionerna. Fysiska hälsoproblem förekommer oftare bland personer med psykisk ohälsa än befolkningen

i dess helhet och de med långvarig psykisk ohälsa har en betydande överdödlighet. Därtill finns en högre beroendeproblematik än i genomsnittet, som i de flesta fall hänger samman med de sociala effekterna av den psykiska ohälsan och/eller att man använder alkohol eller droger för att självmedicinera. Insatser för att förbättra livskvalitén för dem med psykisk ohälsa måste ingå som en självklar del i det allmänna folkhälsoarbetet, utan den moraliserande inställning som många möter.

MAN HAR ÄVEN en påfallande mycket sämre tandstatus än andra. En viktig orsak till det är att psykofarmaka ger muntorrhet. Det kan också bero på att man inte har råd och i vissa fall även på att man inte kommer sig för att gå till tandläkaren. Kommuner och landsting måste ta ett mycket större

ansvar för att personer med psykisk ohälsa erbjuds god tandvård till en rimlig kostnad.

SITUATIONEN FÖR UNGDOMAR med psykisk ohälsa är alarmerande. Insatserna till barn, ungdomar och unga vuxna måste därför förstärkas ytterligare. Det behövs mera kunskaper om hur man bäst kan hjälpa unga människor som inte klarar skolan och inte kommer ut på arbetsmarknaden så att permanent bidragsberoende förhindras. Därtill behöver särskilda vårdenheter utvecklas för unga vuxna eftersom de inte längre tillhör barn- och ungdomspsykiatrin och därför att vuxenpsykiatrin och den kommunala socialtjänsten inte är bra alternativ. Det vilar ett stort ansvar på primärvården att människor får bra hjälp med sin psykiska ohälsa eftersom de möter patienten först. Den måste

"Insatser för att förbättra livskvaliteten måste ingå som en självklar del i det

förstärkas med psykologisk och social kompetens för att människor som kanske för första gången söker hjälp ska kunna få en bra bedömning och inte behöva lämna mottagningen enbart med ett recept på mediciner. Den psykiatriska vårdens innehåll varierar kraftigt mellan olika delar av landet och mellan olika vårdenheter som vi nämnt tidigare. Det kan bero på olika behandlingstraditioner eller på att chefsläkare eller andra tongivande yrkesutövare sätter sin prägel på verksamheten.

PSYKIATRIN ÄR OCKSÅ en verksamhet som är mer känslig för trender inom forskningen, internationella influenser och mediedebatter än påverkan av professionens beprövade erfarenhet. Behandlingsutbudet de senaste decennierna har därför utgått från en biologisk syn på psykisk ohälsa,

varför andra viktiga faktorer som vi vet påverkar den psykiska hälsan som sociala, psykologiska, existentiella och ekonomiska kommit i bakgrunden. Det har begränsat utbudet av behandling till att i första hand gälla psykofarmaka och inte till det smörgåsbord av olika alternativ som är önskvärt då den enes återhämtning knappast är den andres lik.

*för dem med psykisk ohälsa
allmänna folkhälsoarbetet"*

6. EN TILLGÅNG PÅ ARBETSMARKNADEN

VÅRT SAMHÄLLE är uppbyggt kring förvärvsarbete. Att ha en arbetsplats att gå till på dagarna där man känner sig behövd och kan utföra någonting meningsfullt ger möjlighet till ekonomisk trygghet men även en inre tillfredsställelse. Personer med psykisk ohälsa är dock mer eller mindre utestängda från den ordinarie arbetsmarknaden. Få lyckas att få ett jobb som inte är subventionerat av samhället.

MÄNNISKOR MED PSYKISK OHÄLSA måste få samma möjligheter som andra till ett arbete. Det största hindret för att man inte får det är den uttalade och outtalade diskrimineringen. Den måste upphöra. Arbetsplatser där det inte går att vara öppen med sina svårigheter och funktionsnedsättningar vidmakthåller fördomar och skapar onödigt lidande. Det behövs också en skarpare lagstiftning som motverkar diskrimi-

nering och mobbning i arbetslivet. Orsakerna till att det är så här måste sökas i uppfattningen att personer med en psykisk funktionsnedsättning inte klarar av att jobba och bara är en belastning. I själva verket är det precis tvärt om. Förutom att många är lojala, stabila och trygga medarbetare är man med rätt anpassade arbetsuppgifter och ett långsiktigt stöd en tillgång i arbetsgruppen och bidrar till att förbättra den psykosociala arbetsmiljön. Med anpassning och stöd klarar personer med psykisk funktionsnedsättning också av studier på alla nivåer.

EFTERSOM DE PSYKISKA problemen för många börjar i unga år och försvårar skolgången behöver särskilda insatser göras för att de ska kunna inhämta grundskole- och gymnasiekompetens. Det är också ganska vanligt att studerande – på grund av psykisk

ohälsa – tvingas avbryta sina studier och sedan aldrig får hjälp och stöd att komma tillbaka. Med bättre stöd, mer flexibilitet och anpassning av utbildningssituationen skulle många klara av att fullfölja utbildningar och bli mer attraktiva på arbetsmarknaden.

FÖR DEM SOM INTE KLARAR av ett arbete måste samhället erbjuda meningsfull sysselsättning där man får stöd i återhämtning, utveckling och egenmakt. Den återhämtningsinriktade sysselsättningen kan bedrivas i offentlig regi eller på entreprenad. Om den bedrivs av brukar- och anhörigorganisationer har detta ett viktigt mervärde. Brukare som återhämtat sig och som arbetar på sådana ställen delar de erfarenheter som de som söker deras stöd har och blir på det sättet positiva exempel på att återhämtning är möjligt – det inget hopp. Därtill har man lätt att samtala

med varandra då man oftast har samma värderingar som till exempel när det gäller människors utsatthet.

EN FÖRUTSÄTTNING FÖR ATT HITTA ”öppna vägar till arbetsmarknaden” är att det finns arbetsgivare som är motiverade att ta emot personer med psykisk ohälsa som praktikanter och anställda. För att åstadkomma det måste det till riktade utbildningsinsatser till arbetsgivare. Arbetslöshet, utanförskap och bidragsberoende leder ofta in i en destruktiv utförsbacke av dålig självkänsla, hopplöshet, isolering, passivitet och fattigdom. Det är något som politiker och företrädare för myndigheter och profession sällan diskuterar. Samhället måste ta ett mycket större ansvar för att förbättra levnadsvillkoren för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Det gör man också genom utökade möjligheter till studier och arbete.

7. FÖREBYGGANDE OCH TIDIGA INSATSER

DET FINNS EN OBALANS i resursfördelningen mellan förebyggande insatser och vård, stöd och rehabilitering. Yrkesgrupper som arbetar hälsoförebyggande i barnomsorg och skola har minskat och preventiva åtgärder har fått en lägre prioritet. Detta har bidragit till att den psykiska ohälsan ökat bland barn, ungdomar och unga vuxna. Ju tidigare riskfaktorerna för att utveckla psykisk ohälsa uppmärksammas och bearbetas desto mindre blir kostnaderna på sikt och desto större blir besparingarna i mänskligt lidande. Mer resurser bör satsas på att förebygga psykisk ohälsa. De kunskaper som finns inom brukar- och anhörigrörelsen måste tas till vara i det arbetet.

SKOLAN HAR EN SPECIELL ROLL i människors liv. Det är i skolan som man tillägnar sig en stor del av den kunskap

och de normer som ligger till grund för hur man utvecklas, samt de attityder och värderingar man bär med sig genom livet. Det är därför viktigt att det i utbildningen förklaras att psykisk ohälsa är något som alla kan drabbas av, men som det går att återhämta sig ifrån om man får rätt hjälp. Skolan har också ett stort ansvar att bemöta och påverka dåliga attityder. I hela utbildningsväsendet, från förskola till högskola, ska det finnas ett heltäckande skydd mot mobbning och diskriminerande behandling .

DEN SOM GÅR IGENOM en psykisk kris måste ges möjlighet att utvecklas och växa genom att tidigt få hjälp att hantera svårigheterna. Får man inte det, ökar risken för ett långvarigt lidande och som minskar möjligheterna till sociala relationer och att klara av ett arbete och få en bostad. Alkohol och

andra droger är några av de faktorer som inverkar negativt på individens förmåga att få kontroll över sin psykiska ohälsa och sina sociala problem. Kombinationen psykisk ohälsa och missbruk ökar kraftigt risken för att den enskilde blir hotfull eller begår brott. Saklig information i uppsökande och motiverande form är nödvändig för att belysa riskerna med användning av alkohol och droger när man mår psykiskt dåligt.

SOM OBEROENDE ORGANISATION har RSMH stora möjligheter att nå personer med psykisk ohälsa som inte vill ha kontakt med myndigheter och vårdgivare. Därtill har vi en särskild kunskap om dessa personers villkor genom lång erfarenhet av psykosocialt stöd, rådgivning, hälsoinformation och förebyggande insatser. Det allmänna har ett ansvar att ta tillvara den erfarenheten och att stödja vårt arbete som frivilligorganisation. Hälsa och välbefinnande kräver en godtagbar levnadsnivå. Gruppen med psykiska funktionsnedsättningar har den sämsta levnadsnivån av alla, vilket bland annat

innebär att man som grupp har den lägsta inkomsten och den sämsta fysiska hälsan. Detta är oacceptabelt. Personer som drabbas av psykisk ohälsa måste få möjlighet att leva som andra, få eget boende, ett meningsfullt arbete och en trygg ekonomisk situation. Det måste vidare finnas trygga och stödjande sociala nätverk, liksom bättre tillgång till stöd och hjälp i krissituationer.

SAMHÄLLET BEHÖVER OCKSÅ utveckla förebyggande arbete för att förbättra den allmänna hälsan för personer med psykiska funktionsnedsättningar genom friskvård och förändrad livsstil. Sådana satsningar är vanligt för dem med somatiska sjukdomar men saknas ofta för personer med psykisk ohälsa. Bra friskvård innebär att man får kunskap om mediciner och deras biverkningar, vad som är nyttigt att äta och hur man kan förbättra sin fysik. Friskvård innebär också att möjlighet ges till somatiska läkarundersökningar. Dessa krav behöver ställas på kommuner och landsting som också måste ta fram strategier för att minska användningen av droger och alkohol.


8. MÅLET – ETT FULLVÄRDIGT LIV

MÅLET FÖR ALLA hjälp-, stöd-, rehabiliterings- och habiliteringsinsatser är att personer med en funktionsnedsättning ska kunna leva ett fullvärdigt liv. Det måste också gälla personer med psykiska funktionsnedsättningar. Insatserna för den gruppen måste fokusera på möjligheten till egen bostad, utbildning och arbete. Familj och vänner – ett fungerande socialt nätverk – samt meningsfull sysselsättning och fritid med tid för vila och återhämtning är också viktiga ingredienser i ett fullvärdigt liv.

VIKTIGT ÄR SOM vi påpekat tidigare att man kan ha en inkomst som det går att leva ett aktivt liv på i samhället. Sjukförsäkringsreglerna måste därför anpassas även till personer med psykisk ohälsa som gör det möjligt att gå från bidrag till ett lönearbete. Ett flexiblare regelverk vid rehabilitering/

habilitering av personer med psykisk ohälsa skulle lösa många problem liksom en fungerande samverkan mellan psykiatri, socialtjänst, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samt med brukar- och anhörigorganisationer.

KOMMUNERNA MÅSTE BLI BÄTTRE på att ge människor stöd i vardagen och bygga ut alternativa boendeformer. Man bör eftersträva flexibilitet och möjlighet att anpassa boendeformerna till den enskildes behov och önskemål, som till exempel att vissa behöver ljudisolerade lägenheter. Viktigt är också att personalen har en god värdegrund att stå på i sitt arbete och har en respektfull relation till dem man möter, liksom förstår betydelsen av att vårdtagaren måste ha inflytande över sitt liv. Det innebär att man utöver den professionella yrkeskunskapen måste ha bra kunskap i bemötande,



återhämtning och hur man stödjer brukarens egenmaktsutveckling genom kännedom om patient-, brukar- och anhörigorganisationernas arbete. Om detta fungerar kan vår vision om hur stödet, hjälpen och vården ska fungera bli verklighet.

9. RSMH:s VISION: ALL HJÄLP UTGÅR FRÅN BRUKARENS ERFARENHETER

I FRAMTIDEN HAR MÄNNISKOR med psykisk ohälsa goda möjligheter att skaffa sig makt och kontroll över sitt liv och sin vardag. Det finns stöd till återhämtning, att minska symptom, liksom möjlighet att kompensera funktionsnedsättning och att hantera en negativ självbild.

DE ALLRA FLESTA FÅR numera ett bra bemötande när de söker hjälp och deras problem negligeras inte. Informativ och saklig information om vilka behandlingar och insatser som finns att tillgå är en rättighet och en respektfull dialog om den psykiska ohälsan en självklarhet. Verksamheten med personligt ombud är numera väl etablerad och erkänd och har hög status hos myndigheter och vårdgivare. Förutom att man själv väljer behandling är närstående med om man så vill och vårdöverenskom-

melse och nätverkskontrakt förekommer i stort sett över allt. Därtill finns tekniska hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar tillgängliga, inte bara som ett stöd för att få ordning och kontroll över vardagen utan också för att lindra oro, ångest och sömnsvårigheter. Sjukvården, socialtjänsten och servicegivare/myndigheter som ansvarar för rehabilitering, utveckling och återhämtning till personer med psykisk ohälsa har numera goda ekonomiska resurser och kan erbjuda insatser till alla som behöver hjälp.

ATT NÅGON SÄGER: – Tyvärr, vi kan inte erbjuda dig någon hjälp, vi har fullbelagt, du får ställa dig på väntelista eller hänvisar till någon annan vård-enhet förekommer inte längre. Det hör till det förgångna. I krissituationer finns lätt tillgängliga stödinsatser.

PROFESSIONELLA VÅRD- och servicegi-
vare har också ett gott samarbete med
varandra liksom med brukar- och
anhörigorganisationerna. De sist-
nämnda utför ett viktigt arbete anses
det och det råder konsensus om att
brukares och närståendes erfarenheter
och kunskaper ska tas tillvara då det
är ett viktigt komplement till vården.
Lokala träffpunkter där brukare och
anhöriga kan träffas och stödja var-
andra är väl utbyggda och det anses
numera dumt och okunnigt att spara
på bidrag till brukar- och anhörigför-
eningar. Forskning har också visat att
det är väl investerade pengar.

STORT MEDIALT INTRESSE väcktes då
det konstaterades att människor med
psykisk ohälsa inte längre är den
grupp som har sämst levnadsstandard
av alla som det var tidigare. Man har
också samma möjlighet som andra

till bostad, utbildning och arbete. Det
har också inneburit att allmänhetens
attityder till personer med psykisk
ohälsa förbättrats.

INTE HELLER UPPLEVS nedsatt arbetsför-
måga på grund av en psykisk funk-
tionsnedsättning som besvärande av
myndigheter och arbetsgivare. Skälet
är att människor som gått igenom
svåra kriser visat sig tillföra kunskap
och erfarenhet vilket skapat ett gynn-
samt klimat på många arbetsplatser
och inneburit att sjuktalen minskat.
Och den senaste nationella attitydun-
dersökningen visade att personer med
psykisk ohälsa inte längre av allmän-
heten uppfattas som farliga och både
myndigheter och media visar stor res-
pekt för sekretessregler och männis-
kors behov av integritet. Lagar som
gör det möjligt att tvångsomhänderta
och frihetsberöva personer med svåra

BRUKARENS ERFARENHETER

psykiska tillstånd finns kvar. Däremot har rättssäkerheten vid tillämpningen av lagarna blivit bättre genom att brukar- och anhörigorganisationer fått en viktig roll i kontroll- och tillsynsverksamheten och dessutom sitter man med som sakkunniga vid domstolsprövningar.

FÖR ATT FÅ UTSÄTTA en patient för tvångsbehandling krävs numera särskilda kriterier och ett särskilt beslut från förvaltningsrätten, vilket lett till att tvångsingripanden och tvångsåtgärder som bältesläggning och isolering är mycket sällsynta. För att få använda tvångsbehandling måste vården först pröva alla andra möjligheter, liksom försöka motivera eller komma överens med patienten om frivillig behandling. Om tvångsbehandling ändå måste ges görs det kortvarigt och tvångsåtgärder betrak-

tas som ett stort trauma som måste följas upp noggrant. I stället för tvång söker alltså vårdpersonal, patienter och deras anhöriga hitta överenskommelser som känns acceptabla för alla parter, och som visat sig fungera i de flesta fall. Personer med psykisk ohälsa och deras intresseorganisationer har gjort sig kända som en stark intressegrupp som syns och hörs i samhället.

RSMH ÄR EN FRAMGÅNGSRIK aktör när det gäller opinionsbildning, utbildning och marknadsföring av brukares kunskap och ståndpunkter om psykisk och social ohälsa. Även personer som mår bra eller lite dåligt ibland deltar i RSMH:s arbete. Arbetsuppgiften att vara kamratstödjare, en god medmänniska, har uppvärderats och många medlemmar känner mening och får respekt genom detta.

Grunden för all vård, stöd och hjälp

BRUKARORGANISATIONERNA har alltså skaffat sig en ställning som viktiga och självklara samarbetspartners i allt utvecklingsarbete inom det psykiatriska området. Det gäller på nationell nivå där man medverkar i utredningar, planering och tillsyn, samt inom forskning och utveckling. Och det gäller i regioner, landsting och kommuner, där brukarorganisationerna är viktiga medskapare i verksamheterna. Även Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har ett etablerat samarbete med brukarorganisationerna, både som samrådspartners och medskapare i rehabilitering, studie- och arbetsstödande verksamhet. Att brukarorganisationerna klivit in som en viktig aktör på flera områden

har underlättat samarbetet mellan olika vårdgivare och myndigheter och gjort det lättare för vård- och servicegivare att ge bra hjälp. Och ingen vårdgivare inom psykiatriområdet ifrågasätter längre att brukarnas erfarenheter och kunskaper är själva grunden för all vård, stöd och hjälp.

FÖR MER INFORMATION WWW.RSMH.SE

RSMH

RIKSFÖRBUNDET FÖR SOCIAL OCH MENTAL HÄLSA