

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Yttrande över remiss

Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen, SOU 2018:88, diarienummer S2019/00088/SOF.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, organiserar sedan mer än 50 år människor med 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. RSMH arbetar på demokratisk grund, är religiöst och partipolitiskt neutralt och verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

RSMH är medlem av Funktionsrätt Sverige och i Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH.

De människor vi, tillsammans med Schizofreniförbundet och Fountain House, företräder har inte sällan stöd från samhället genom socialtjänstlagen, SoL 2001:453, dvs det stöd som människor i allmänhet kan få när ett välmotiverat behov uppstår. Mera sällan får de idag stöd genom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, dvs LSS. Den funktionsnedsättning som människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa ofta får har av tradition och/eller brister i

handläggningsrutiner och organisation i den kommunala socialtjänsten i allmänhet inte ansetts kvalificera för stöd genom LSS.

Vi vill redan i inledningen säga att vi anser att förslaget från utredningen utan justeringar eller förtydliganden inte kan användas som underlag för en ny/ändrad lag. Våra synpunkter gäller redan formuleringen av lagens personkretsar i dess inledande paragraf i det första kapitlet. Vi förklarar nedan varför vi gör detta ställningstagande.

Vi vill inledningsvis peka på att socialstyrelsen vid två tillfällen, det första i början av 1990-talet och det andra tio år in på 2000-talet, har genomfört levnadsnivåundersökningar för människor med funktionsnedsättningar. Vid båda tillfällena konstaterades att människor med psykisk ohälsa har avsevärt lägre levnadsnivå än andra grupper med funktionsnedsättningar. Denna situation har snarast förvärrats under den senaste tioårsperioden. Levnadsnivån är avsevärt lägre än för alla andra avgränsbara grupper i samhället.

Den låga levnadsnivån yttrar sig på många sätt. Gruppen har i mycket begränsad utsträckning reguljära arbeten/anställningar. I bästa fall sysselsätts man vissa tider av berörd kommuns socialpsykiatri, men även detta sker i begränsad – och minskande – omfattning. Nästan aldrig får man stöd av kommunen för att kompensera för problem som funktionshindren medför. Man kan i sammanhanget bara peka på de kognitiva funktionsnedsättningarna som ofta medför att man låses till att vara i hemmet – eller det som ska föreställa att vara ett hem. För människor med psykiska funktionsnedsättningar är den grupp i samhället som mera sällan har något som kan karakteriseras som ett eget hem. Ofta tilldelas man tillfälliga boenden utan besittningsrätt, så kallade andrahandsförhyrningar - med tvivelaktig kvalitet - ofta slitna och utan bostadsanpassning för de funktionsnedsättningar man har. Miljön i boendet innebär inte sällan en närmast sanitär olägenhet.

Arbetslöshet och brist i, eller avsaknad av boende, som kan kallas ett eget hem leder självfallet inte till tillfrisknande från den psykiska ohälsan, utan snarare tvärtom - den förvärras. Och vad än värre är, den psykiska ohälsan leder dessutom till kraftigt ökad somatisk ohälsa. Detta manifesteras tydligt genom att människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa dör mycket tidigare än människor i gemen. Detta är en direkt följd av samhällets bristande omsorg om denna grupp människor – framförallt en direkt följd av socialtjänstens/socialpsykiatrins tillkortakommanden i deras insatser – som är baserade på i första hand lagstiftningen genom SoL.

För att ytterligare understryka hur illa situationen utvecklas vill vi peka på att folkhälsosituationen för människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa är att man i genomsnitt får räkna med att leva ett ungefär 25 år kortare liv än andra

människor. När andra människor kan räkna med en genomsnittlig livslängd, beroende av om man är man eller kvinna, på 81 till 85 år så får man om man tillhör gruppen med psykisk ohälsa knappast sätta ambitionen till att leva mera än omkring 55 år. Och dessa levnadsår är, för att tala i folkhälsotermer, också avsevärt sämre i livskvalitet än för gemene man.

Nästan hälften av denna extrema överdödlighet beror på självmord, ofta i unga år. Många unga levnadsår förloras på detta sätt – något som naturligtvis är särskilt tragiskt. Sannolikt skulle dödligheten i självmord kunna begränsas kraftigt om samhället, socialpsykiatri, skulle kunna erbjuda ett bättre individuellt stöd - men också aktivera ett kollektivt arbete i samhället för att praktiskt minska risken för självmord.

Den andra dryga hälften av överdödligheten beror i hög grad på att människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa också drar på sig kraftigt ökade somatiska sjukdomar, bl a när det gäller hjärt-/kärlsjukdomar, diabetes och cancer. Genom osunt boende, brist på regelbundna liv genom arbete eller sysselsättning och otillräcklig vård och omsorg skapas situationer där sjukdomar får fäste, inte uppmärksammas i tid och därmed behandlas för sent. Många dör alldeles för tidigt i hjärtinfarkter, stroke eller hjärtsvikt samt diabetes och cancer. Många får svårartade problem genom tänder som förstörs av medicinering - och en ämnesomsättning ur balans på grund av problemen med att äta.

Vi har redovisat de ovan nämnda förutsättningarna för att få en förståelse för att stöd och service till gruppen personer med långvarig och allvarlig funktionsnedsättning idag rent generellt fungerar mycket illa – i varje fall om man ska ha en målsättning i samhället som är i närheten av vad som kan betraktas som jämlik hälsa. Enligt vår mening kan man i fortsättningen inte lita till att socialtjänstlagen, SoL, kan utgöra den huvudsakliga grund som stöd och service till människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa baseras på. Erfarenheterna sedan psykiatrireformen, Psyk-Ädel, i slutet av 1990-talet visar på många håll i landet att en successiv försämring av stöd och service sker – både inom kommunernas och regionernas ansvarsområden. Vi bedömer att denna utveckling kommer att fortsätta, även om vissa positiva undantag kan redovisas.

Vid tillkomsten av LSS förutskickades att den grupp vi företräder i det här sammanhanget, människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa och med allvarliga funktionsnedsättningar, skulle tillhöra den s k personkrets 3 - "andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service". Gruppen har under den senaste 25-årsperioden haft en stadig tillväxt av människor med

funktionsnedsättningar orsakade av neuropsykiatriska diagnoser/sjukdomar. Denna tillväxt har sannolikt varit en av orsakerna till att kostnadsutvecklingen ansetts bli för hög för LSS-systemet.

Människor med andra psykiatriska diagnoser än de neuropsykiatriska har dock i allt mindre utsträckning kommit ifråga för stöd och service enligt LSS. Vi har som organisation som i första hand företräder dem som inte har neuropsykiatriska diagnoser svårt att inse logiken i att våra grupper trängs undan – detta särskilt som funktionsnedsättningarna ofta liknar varandra och har samma styrka och karaktär.

Vi anser att något kraftfullt måste göras för att uppnå en jämlik hantering av gruppen med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa. Detta kan kräva förtydliganden i den föreslagna lagen när det gäller personkrets 3 i första kapitlets första paragraf, fjärde stycket (pkt 3.).

Utredningen har i princip samma formulering av personkrets 3 som i den nu gällande lagen. Vi anser att regeringen vid formuleringen av en proposition i ärendet behöver förtydliga vad formuleringen egentligen betyder - om man ska få en ändring av praxis till stånd i kommunernas bedömningar av vilka personer som ska få tillgång till stöd och service enligt LSS. Såvitt vi kan se kan detta genomföras genom en ändring eller komplettering av texten i den berörda paragrafen, eller genom att man har ett förtydligande bakgrundsresonemang om regeringens avsikter med förslaget i den motiverande texten.

Utöver detta bedömer vi att vissa ändringar i sättet att handlägga LSS-frågor inom kommunerna behöver ske. Idag finns ofta inte tillräcklig kompetens om LSS inom socialpsykiatri. Vi bedömer att detta är en starkt bidragande orsak till att LSS underutnyttjas när det gäller stöd till människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa - samtidigt som den kommunala organisationen inte alltid är så väl lämpad för en jämlik tillämpning av LSS.

Slutsatsen av det vi säger ovan är att utredningens förslag vad avser den grundläggande omfattningen av stöd och service i kapitel 1:s inledande paragraf behöver omformuleras, eller utvecklas och förklaras i motivtexten. I övrigt avstår vi från synpunkter, utom i ett avseende. Vi anser att utredningens analys av kostnadsutvecklingen är alltför ytlig. Den kunde med begränsade ytterligare insatser ha gjorts avsevärt mera upplysande, såvitt vi kan bedöma.

Barbro Hejdenberg Ronsten

Kristina Båth Sägänger

Förbundsordförande

Kanslichef

RSMH

RSMH

Margaretha Herthelius

Förbundsordförande

Schizofreniförbundet

Stefan Björnstam

Verksamhetschef

Schizofreniförbundet

Inger Blennow

Ordförande Sveriges Fontänhus Riksförbund

Håkan Jarmar

Handläggare