

2016-05-27

Handläggare: Åke Nilsson
Anna Langseth

S2016/00212/FSs.registrator@regeringskansliet.ses.fs@regeringskansliet.se

Regeringen

Socialdepartementet

103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över slutbetänkandet *Effektiv vård (SOU 2016:2)* av den nationelle samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, verkar på föreningsdemokratisk grund och är en del av Handikappförbunden och aktiv inom nätverket Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt, men verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

RSMH står visserligen ej i eget namn med såsom remissinstans på departementets formella missiv (S2016/00212/FS) utsänt 2016-02-19. Inte heller så NSPH vilket är något anmärkningsvärt. Som remissinstans är dock Handikappförbunden anslagen. Handikappförbunden avser också att gemensamt svara på remissen.

Även om RSMH varit involverad i Handikappförbundens beredningsprocess och anser att det gemensamma yttrandet i Handikappförbundens namn väl talar för funktionshinderrörelsen per se så vill RSMH ändå här särskilt förtydliga vissa aspekter – utifrån ett brukarperspektiv på psykisk ohälsa och dess konsekvenser i mötet med vården – vilka i betänkandet hanteras mer eller mindre väl.

1. Inledning

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, organiserar sedan snart 50 år 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.

Som en följd av psykisk ohälsa kan en individs beslutsförmåga i förekommande fall vara nedsatt. En sådan nedsättning är sällan konstant och drabbar alls inte alla. Det är då betydligt vanligare att kommunikation och förtroende sviktar mellan vårdpersonal och patienter som journalförs inom psykiatri. Inom psykiatri kastar också möjligheterna för vårdgivare att tillgripa tvång en kall skugga över relationen patient-personal.

Rätt till god vård vid behov OCH faktiskt självbestämmande över den egna kroppen har för alltför många människor med psykisk ohälsa under allt för lång tid varit en utopi. Mycket har

skett de sista 50 åren, men ännu är inte dessa två rättigheter generellt självklara vare sig i förening eller var och en för sig.

RSMH representerar alltså människor vars behov av skydd, vård, stöd och service inte alltid möts på samma sätt som för andra medborgare och vars alternativ och ekonomiska förutsättningar ofta är ytterst beskurna. Vår styrka och grunden för allt vi gör är våra medlemmars egna erfarenheter av social och psykisk ohälsa, därtill kopplade samhällsinsatser, vård, hjälp, stöd och återhämnning. Det innebär att vi har stora erfarenheter av hur sjukvårdssystemet fungerar för människor med psykisk ohälsa, inte minst med avseende på tillgänglighet, möjligheterna till ett mer eller mindre fritt val eller utrymmet att som patient/vårdtagare påverka vårdens innehåll.

RSMH:s grundläggande uppfattning är nu som tidigare att det absolut viktigaste är att alla insatser från vård och omsorg måste utgå från den enskildes behov, villkor och önskemål.

2. Utredningens uppdrag

Utredningens direktiv (direktiv 2013:104) var vida och angav bland annat att utredningen borde belysa viktiga effektivitetsproblem och utvecklingsområden och dessutom skaffa sig en samlad bild av redan pågående arbete. Dessutom skulle utredningen ha fokus på hur professionernas resurser kunde användas på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. I uppdraget betonades analys och samarbete med berörda aktörer och att i dialog med dessa aktörer lämna förslag till åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå.

Utredningen har bedrivit ett brett utåtriktat arbete och haft kontakter och möten med hundratals aktörer, däribland företrädare för patientorganisationer, fackliga organisationer, landsting och regioner, vårdverksamheter på olika nivåer, olika kommunala verksamheter, privata vårdgivare, andra intresseorganisationer, myndigheter, politiska organisationer, tankesmedjor, konsulter, privatpersoner och andra offentliga utredningar.

RSMH känner stor respekt för hur utredningen inom ramen för sina direktiv sökt belysa viktiga effektivitetsproblem och utvecklingsområden. Inte minst när det gäller samverkanssvårigheter mellan exempelvis kommun och landsting (jfr SOU 2016:2 s. 138, 196). Men, det sätt som utredningen hukar bakom RF 14:3 (jfr SOU 2016:2 s. 453) kräver per definition att en ny utredning tillsätts med specifikt uppdrag att fullfölja en fullödig analys till stöd för att gruppen med psykiska funktionsnedsättningar ges motsvarande möjligheter till god vård som äldre med omfattande behov och för att hur huvudmännen i verkligheten skiljer sig från åligganden enligt Socialtjänstlagen 5:8 a respektive Hälso- och Sjukvårdslagen § 8 a utvärderas i en samlad nationell analys.

RSMH:s uppfattning är fortfarande att en jämlik hälsa – där slutenvård inom psykiatri inte är länkat till 15-20 år kortare livslängd än för genomsnittet av befolkningen som helhet¹ – kräver en betydligt mer effektiv och samverkande vård än den vi har idag. Frågan är om denna utredning på något avgörande sätt för oss närmare detta.

¹ *Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders* Kristian Wahlbeck, Jeanette Westman, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Thomas Munk Laursen, *The British Journal of Psychiatry* Nov 2011, 199 (6) 453-458; DOI: 10.1192/bjp.bp.110.085100

3. Sammanfattning av förslaget

Utredningens övergripande slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist mer sällan är problemet när det gäller att förbättra effektiviteten. Utredningen menar att den största effektiviseringspotentialen ligger i att komma till rätta med följande utmaningar.

1. **En förändrad organisering** av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov, som kräver insatser från många aktörer. Detta kommer att kräva att huvudmännen och verksamheter ökar sin förmåga att planera utifrån målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och att samarbeta horisontellt.
2. **Ändamålsenliga stödsystem** som utgår från de professionellas behov, förenklar arbetet och minskar ”spilltid” för administration. Det kommer att krävas investeringar från både stat och sjukvårdshuvudmän i nära samarbete.
3. **Förändrade arbetssätt** och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. I detta ligger också att patienten ska ses som en del i teamet och ska stödjas i att utföra sin egen vård. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system, vilket starkt bidrar till svårigheterna att implementera förändringar med avsikt att höja effektiviteten. Utredningens samlade bedömning är att lösningarna är lika sammansatta och komplicerade som de identifierade effektivitetsproblemet i hälso- och sjukvårdssystemet. Det behövs åtgärder på alla nivåer för att åstadkomma styrning, struktur, samarbete, organisering och arbetssätt som bättre möter patientens behov och möjligheter att bidra med sina egna insatser. Inget av detta går att lösa med en ansats av ”alexanderhugg”. I stället måste utvecklingen, enligt utredningens uppfattning, ha karaktären av ”små” åtgärder men som sammantaget leder åt rätt håll och där de olika åtgärderna får en positiv påverkan på varandra.

Utredningen föreslår för att åstadkomma en starkare styrning av hälso- och sjukvårdens struktur:

- En nationell konsultationsordning
- En principiell skyldighet att gemensamt utföra uppgifter när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl åläggs landstingen
- En förändring av grundläggande styrprinciper för vårdens organisering
- En ny lagstiftning om primärvårdens uppdrag
- Ett tydligt akutuppdrag för primärvården
- Nya krav på primärvårdens organisering
- Att den riktade primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst ska utföras gemensamt för äldre med omfattande behov
- En resursomfördelning från sjukhusvård till primärvård

Utredningen föreslår för att åstadkomma en minskad detaljstyrning att:

- Vårdgarantin liksom även andra författningar (signering, läkarintyg, med mera) görs professionsneutrala

- Om kommun och landsting är överens så ska huvudmännen kunna avtala om att överlåta ansvaret för läkarvård i samband med annan kommunal hälso- och sjukvård från landstinget till kommunerna. Dagens begränsning där kommunerna inte får ansvara för läkarvård är en detaljreglering som utredningen menar är onödig.

Utredningen föreslår för att åstadkomma ändrade arbetssätt att samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter bör analysera och vid behov ändra arbetssätten med ledning av följande principer:

- Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare.
- Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten.
- Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning.
- Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter.
- Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras

Utredningen ger, i anslutning till principerna ovan, rekommendationer om ett flertal åtgärder som huvudmännen, verksamheterna och medarbetarna behöver vidta för att principerna ska få genomslag. Vidare konstaterar utredningen att kontinuitet är viktig för effektiviteten. Det finns dock redan lagkrav på kontinuitet i vården varför utredningen avstår från att ytterligare lagreglera detta centrala värde. Däremot rekommenderas landstingen av utredningen att i ökad utsträckning använda kontinuitet, och särskilt teamkontinuitet, som ett viktigt värde och utgångspunkt i sin styrning.

Utredningen föreslår för att främja verksamhetsstöd att:

- Regeringen och huvudmännen formulerar en vision för utvecklingsarbetet som utgår från medborgarperspektivet och gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden.
- Vissa förslag som andra utredningar lagt ska genomföras. Detta gäller särskilt det ligande förslaget till en ny lagstiftning för informationshantering i hälso- och sjukvård och socialtjänst och förslaget om statlig styrning av standarder för interoperabilitet mellan verksamhetsstöden.
- Ett center för informationsstruktur och informatik inrättas.
- Stöd till utveckling av strukturerad information, t.ex. journalmallar ges av huvudmän och staten.
- Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården föreslås ändras så att det i föreskrifterna ställs krav på att huvudmännen anger övergripande principer för dokumentation vården och ansvaret för att det ska ske.
- Socialstyrelsen föreslås förstärka det stödjande och vägledande arbetet avseende dokumentation i hälso- och sjukvården
- Regeringen i samarbete med huvudmännen finansierar ett nationellt hälsobibliotek. Hälsobiblioteket ska erbjuda vårdens professioner en elektronisk lösning för att snabbt kunna hitta, sovra och använda evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag, som är enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart på ett enda ställe.

Utredningen föreslår för att i övrigt minska administrativa bördor att:

- Staten och huvudmännen på alla nivåer ska verka för att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna för hälso- och sjukvården i samband med beslut eller andra åtgärder. För regeringens del föreslår utredningen förordningsändringar som innebär

skyldigheter att göra detta. Utredningen föreslår att de myndigheter som begär intyg av hälso- och sjukvården ska samordna och begränsa kraven på intyg.

Utredningen föreslår för att främja kompetensförsörjning att:

- En stående kommitté för nationell samverkan om kompetensförsörjning i vården inrättas.
- Formerna för framtidens sjuksköterskeutbildning utreds
- Tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister utreds
- Socialstyrelsen får uppdraget att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer.

Utredningen föreslår för att främja utveckling av forskning att:

- Regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.
- Hälso- och sjukvårdens möjlighet till initiativ och roll i forskning vidare utreds

Utredningen föreslår att dess lagförslag ska träda i kraft den 1 juni 2018.

4. RSMHs ståndpunkter med anledning av utredningen

RSMH anser att de analyser och förslag som presenteras **av utredningen sammanfattningsvis** framstår som ganska kloka och rimliga, om än något diffusa. När det gäller effektivitet inom psykiatrisk vård finns det anledning att särskilt betona kontinuitetens betydelse och att primärvårdens resurser och kompetens på området är på tok för svaga.

Av flera skäl skulle det också kunna finnas anledning att överväga, om inte psykiatrin skulle ha en egen primärvårdsorganisation, med stark anknytning till specialistpsykiatrin. Dels för att stärka möjligheterna till kontinuitet, och dels för att patienter med psykisk ohälsa inte skall få sämre somatisk vård i den ordinarie primärvården. Det är också oerhört viktigt för effektiviteten, att det i väsentligt högre grad satsas på psykoterapeutiska och psykosociala vårdinsatser.

RSMH vill därför tydligt förstärka den kritik som Handikappförbunden riktar mot utredningens bedömningar i betänkandets nionde kapitel (kap 9.7 *Andra målgrupper som kan behöva sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst*, SOU 2016:2 s 452 f.f.). Att utredningen avstår från att föreslå en skyldighet för huvudmännen att utföra verksamhet gemensamt för andra grupper än äldre med omfattande behov såsom människor med psykisk funktionsnedsättning utifrån att utvärderingar av lagbundna samarbetskrav ännu icke finns tillgängliga känns minst sagt anmärkningsvärt; se vidare ovan i vår kritik av utredningens uppdrag under punkt 2 i detta yttrande.

Självklart kan det vara rimligt att en genomgående analys av effekterna av lagändringen bakom Socialtjänstlagen 5:8 a respektive Hälso- och Sjukvårdslagen § 8 a genomförs innan ställning tas till vidare åtgärder, inklusive lagstiftningsåtgärder. Men, att den nationelle samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården här bara tvär sina händer med hänvisning till undermåliga underlag känns knappast som en naturlig slutpunkt i frågan.

Mot bakgrund av det sätt som utredningen här skiljer sig från frågan förutsätter RSMH att en särskild utredning tillsätts per omgående för att regeringen ska få underlag till nödvändiga beslut avseende detta.

RSMH avstyrker, likt utredningens egen expert Anne Carlsson (jfr SOU 2016:2 s 637), utredningens förslag att remiss ska krävas till vård på sjukhus (kap 8.2.1 Primärvården har akutuppdraget – remisskrav till akutsjukhus SOU 2016:2 s 390 f.f.). De som söker sig till akutmottagningar vid sjukhus kan göra detta mot bakgrund av ett brett spektrum av orsaker från generella brister i information från det allmänna om andra vårdalternativ till egnerfarna brister i tillgänglighet i primärvården eller en av andra orsaker skapad brist på förtroende för primärvården. En ”överkonsumtion” av akutvård (ofta och utifrån av vården icke akut prioriterade besvär) är likt olovlig frånvaro i skolan också en intressant indikator för att den specifika individens behov särskilt behöver uppmärksammas snarare än att beteendet i sig ska korrigeras.

Många landsting har också efter en framgångsrik pilot i Stockholms län nu tagit upp denna tråd i sitt forskningsinriktade utvecklingsarbete genom *Aktiv hälsostyrning med vård-coacher* (även känt som *vårdlots*). Detta sätt att leda patienter mot de delar av vården där de kan få adekvat hjälp i olika avseenden – genom en kompletterande funktion som möter upp de med en dokumenterad/pågående ”överkonsumtion” av akutvård – är ett dokumenterat fungerande sätt att avlasta akutenheter som har den fördelen att det också bygger på ett patientcentrerat perspektiv. Om dessa intressanta initiativ skriver utredningen inte en rad på 793 sidor...

RSMH har vidare svårt att utifrån betänkandets skrivningar förstå i vilken roll och på vilket sätt E-hälsomyndigheten, som 1 januari 2014 fick uppdraget att samordna regeringens satsningar på E-hälsa, ska komma in i utvecklingsarbetet av verksamhetsstöden inom hälso- och sjukvården. Frågan om digital delaktighet och interaktivitet i vården är ett akut spänningsfält inom vården för människor med olika former av psykisk ohälsa och funktionsnedsättning. RSMH har vid upprepade tillfällen och med varierande framgång påtalat behoven av brukarinflytande vid utformning och strukturplanering avseende detta för att människor med psykisk ohälsa inte ska få sämre stöd och service i hälso- och sjukvården än andra medborgare.

Vi förutsätter att regeringen väger in de spontaninskickade synpunkter från brukarorganisationer med kunskaper om psykisk ohälsa som inkommer från RSMH med flera.

I övrigt ber vi att få hänvisa till det gemensamma yttrandet från Handikappförbunden när det gäller principiella aspekter av funktionsnedsättningsperspektiv på utredningens arbete.

RSMH:s grundläggande uppfattning är nu som tidigare att det absolut viktigaste är att alla insatser från vård och omsorg måste utgå från den enskildes behov, villkor och önskemål. **Något som är särskilt viktigt i relation till mindre omedelbart uppenbara funktionsnedsättningar och kommunikationsutmaningar.**

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Kristina Båth Sägänger
Kanslichef

CC:
Handikappförbunden
NSPH
Socialstyrelsen
E-hälsomyndigheten