

2017-05-13

Handläggare: Elin Odesson

S2017/00671/FS

s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över delbetänkandet *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälso-politiska ramverket (SOU 2017:4)* av Kommissionen för jämlik hälsa

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har genom remiss (remissinstans 143) 2017-02-23 (S2017/00671/FS) beretts tillfälle att avge yttrande över ovan angivet förslag och vill med anledning av det framföra följande synpunkter.

1. Bakgrund

RSMH, organiserar sedan mer än 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.

RSMH, verkar på föreningsdemokratisk grund, är en del av Handikappförbunden (Funktionsrätt Sverige) och är medlem av Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt, men verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

Underlaget för i detta yttrande framförda synpunkter är remissen av delbetänkandet *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälso-politiska ramverket (SOU 2017:4)* av kommissionen för jämlik hälsa.



Jämlik hälsa nu

– minska överdödligheten för människor
med psykisk ohälsa!

RSMH

2. Inledning – kärnan i betänkandet

I detta andra delbetänkande från Kommissionen för jämlik hälsa diskuteras och analyseras styrningen och uppföljningen av folkhälsopolitiken. Kommissionens konkreta förslag är i huvudsak följande:

- Det övergripande målet för folkhälsopolitiken bör vara ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen”, med ambitionen att målet ska nås inom en generation.
- Dagens elva målområden inom folkhälsopolitiken omvandlas till åtta prioriterade målområden för en god och jämlik hälsa.
- Strategier ska tas fram för alla målområden för en period om tre till fem år. Där ska finnas konkreta och uppföljningsbara delmål och etappmål. Strategierna bör tas fram i ett brett samarbete mellan alla relevanta aktörer och utvärderas i slutet av strategiperioden.

3. Sammanfattning av RSMH:s synpunkter

RSMH:s främsta invändning mot delbetänkandet som helhet är att området psykisk ohälsa fortfarande inte beaktas specifikt. Det kommer inte att finnas någon möjlighet att uppnå jämlik hälsa, det vill säga ”sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” såvida inte gruppen med psykisk ohälsa tas i beaktande.

För att samhället ska kunna utjämna skillnaderna i hälsa, medellivslängd och livskvalitet måste fakta belysas och analyseras: Människor med psykisk ohälsa riskerar att dö 15–20 år i förtid jämfört med övriga befolkningen. Det är en av de största orättvisorna i dagens Sverige.

Frågor som behöver större fokus är:

- Bättre bemötande och kunskap. Kroppsliga symtom hos personer med psykisk ohälsa tas inte alltid på allvar, vare sig i psykiatrin eller i övriga vården. Det leder till sämre behandling och ökad dödlighet. Personal måste få utbildning så att fördomarna mot gruppen minskar.
- De psykiatriska behandlingarnas negativa effekter för den kroppsliga hälsan. Avser framförallt allvarliga biverkningar av ECT- och psykofarmakabehandling.
- Delat beslutsfattande. Delaktighet leder till ökad återhämtning. Först när individen involveras i beslut går det att hitta de metoder, läkemedel, psykoterapi och sysselsättning som passar bäst.
- Ökad självständighet genom arbete, studier och ekonomi. Ekonomisk stress försämrar den psykiska hälsan och därmed förutsättningarna att återgå i arbete.

Kommissionens arbete är viktigt för de människor som RSMH företräder. RSMH förväntar sig att kommissionen för jämlik hälsa i det fortsatta arbetet mer specifikt börjar uppmärksamma psykisk ohälsa samt att brukarrörelsen ges stort inflytande.

4. RSMH:s synpunkter i fulltext

4.1 Psykisk ohälsa måste beaktas särskilt

Personer med psykisk ohälsa har sämst hälsa av alla grupper i samhället. Ändå tittar inte regeringens kommission för Jämlig Hälsa specifikt på denna grupp, trots att detta påpekats i tidigare sammanhang och att utredningen nu kommit med sitt andra delbetänkande. Ett särskilt fokus på gruppen med psykisk ohälsa behövs, annars kommer kommissionen att misslyckas i uppdraget att "sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation".

Människor med allvarliga psykiatriska tillstånd har en förväntad livslängd som är 20 år kortare än genomsnittet för hela befolkningen, och risken att de blir arbetslösa är 6–7 gånger så stor. Trots detta har regeringen inte gett kommissionen för jämlig hälsa i uppdrag att specifikt titta på gruppen med psykisk ohälsa när ojämlikheterna i hälsa ska minska.

Kommissionen föreslår åtta nya prioriterade målområden (istället för tidigare elva): 1. Det tidiga livets villkor 2. Kompetenser, kunskaper och utbildning 3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö 4. Inkomster och försörjningsmöjligheter 5. Boende och närmiljö 6. Levnadsvanor 7. Kontroll, inflytande och delaktighet 8. En jämlig och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

RSMH anser att psykisk ohälsa bör behandlas specifikt under vart och ett av dessa åtta områden, och alldeles särskilt under områdena 4 och 8. Människor med psykisk ohälsa har betydligt sämre ekonomi och försörjningsmöjligheter än andra grupper i samhället och särskilda analyser krävs för att dessa klyftor ska kunna utplånas. Det saknas också helt resonemang kring sådant som självmordsförebyggande åtgärder i folkhälsoarbetet.

Att hänvisa till att inte heller andra specifika diagnosgrupper, inom somatiken, skiljs ut i arbetet tyder på okunskap i frågan. Sällan är diagnosen i sig själv dödsorsaken för personer med psykisk ohälsa, till skillnad från hos exempelvis en cancerpatient. Självmord är visserligen vanligt, men den övervägande orsaken till den kortare medellivslängden är kroppsliga sjukdomar.

Studier från Socialstyrelsen visar att personer med schizofreni och psykosliknande tillstånd har åtta gånger högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar jämfört med befolkningen i övrigt. Personer med depression eller ångest löper 3,5 gånger högre risk. Hos båda grupperna är risken för att dö i cancer tre gånger högre än hos övriga befolkningen. Även människor med personlighetsstörningar har ökad risk att dö i förtid.

Dessutom har personer med psykisk ohälsa sämre hälsa under den tid de lever. En bidragande orsak är att denna grupp har allra sämst ekonomi och sociala förhållanden i samhället, även jämfört med andra funktionshindergrupper. Det framgår tydligt av regeringens senaste överenskommelse med Sveriges kommuner och Landsting, SKL, inom området psykisk hälsa.

Trots RSMH:s tidigare påpekanden kvarstår alltså faktum att kommissionen för jämlig hälsa helt bortser från gruppen människor med psykisk ohälsa också i det andra delbetänkandet, som är inriktat på styrning och uppföljning av folkhälsoarbetet.

I Sverige söker var fjärde person någon gång vård och hjälp på grund av psykisk ohälsa. Det handlar inte om ett fåtal människor, utan 25 procent av Sveriges befolkning, varav flera riskerar att hamna i den grupp som dör i förtid. Det är alltså högst relevant att kommissionen för jämlik hälsa tittar på denna grupp specifikt.

RSMH kräver att personer med psykisk ohälsa inkluderas i slutrapporten.

4.2 Rätt till delaktighet och inflytande

RSMH välkomnar att kommissionen öppnar för att bättre bemötande och starkare delaktighet inom vård och sociala insatser kan finnas med i slutrapporten. Det inger hopp om att problemen med diskriminering och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa inom kroppssjukvården och socialtjänst kan åtgärdas.

Ett av kommissionens förslag är att regeringen bör utveckla former för en stärkt dialog med företrädare för civilsamhället och näringslivet.

RSMH ser positivt på att stärka dialogen med civilsamhället genom brukarrörelsen. 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. Begreppet psykisk ohälsa är lika mångfasetterat som fysisk ohälsa kan vara. 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.

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. Absolut viktigast är att alla insatser ska utgå från den enskildes behov, villkor och önskemål.

Brukarrörelsen behöver involveras mer och RSMH tror starkt på delat beslutsfattande, både i mötet med vården, socialtjänst och myndigheter såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Delaktighet leder till ökad återhämtning i och med att den enskilde kan påverka sitt liv, får självförtroende och därmed mår bättre psykiskt, men också för att det är det effektivaste sättet att hitta de bäst individuellt anpassade metoderna, läkemedlen, psykoterapi och sysselsättningen som behövs för den enskildes återhämtning.

4.3 Viktigt med bra bemötande

Det är en välbekant erfarenhet för de flesta med psykisk ohälsa, och dessutom klarlagt i flera studier, att människor får sämre bemötande och sämre vård för sina somatiska åkommor om det framkommer att man har haft kontakt med psykiatri. En mindre andel människor med psykisk ohälsa, än hos den övriga befolkningen, erbjuds till exempel relevanta åtgärder mot cancer och hjärt-/kärlsjukdomar.

Bemötandet i vården är en viktig del i styrningen mot jämlik hälsa. Alla patienter måste bemötas med respekt och utifrån sina personliga förutsättningar. Varje patient är en unik individ med en unik livshistoria och livssituation. Behandlaren måste vara lyhörd och inta ett förhållningssätt baserat på alla människors lika värde och mänskliga rättigheter. Detta är grundläggande men behandlas inte i riktlinjerna.

För RSMH är jämlik vård ett ledord. Vården får aldrig missgynna vissa individer eller grupper av individer. All vård och behandling skall bedrivas på lika villkor och med patientens bästa i centrum.

RSMH konstaterar att valet av behandling inte är rättvist som det ser ut idag. Ofta är det helt irrelevanta faktorer som styr vilken medicin som skrivs ut till en viss patient eller vilka alternativa behandlingar som erbjuds och/eller ordineras. Män får bättre vård än kvinnor, den som har högre utbildning får bättre vård än lågutbildade. Personer med stabil socioekonomisk situation får företräde framför mindre lyckligt lottade. Den som är nyinsjuknad får bättre behandling än den som har mer långvarig ohälsa eller en psykisk funktionsnedsättning.

Det behövs mer utbildning i bemötande inom både kroppssjukvården och psykiatrin. Alltför ofta tas inte kroppsliga symtom på allvar när patienten har en samtidig psykiatrisk diagnos. Istället bollas människor godtyckligt mellan kroppsrelaterad vård och psykiatrin då de söker hjälp.

Stigmatisering är en företeelse i samhället som har sin utgångspunkt i samhällets fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Stigmatiseringen förorsakar negativ särbehandling och diskriminering på olika nivåer i samhället – allt ifrån strukturell och institutionell diskriminering till individuell.

Självstigmatisering innebär att du som patient tar över och införlivar samhällets fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Detta utgör en stark motkraft till de behandlingsinsatser som ges. Fördomarna kring psykisk ohälsa är enligt modern forskning lika vanliga eller till och med vanligare inom de yrkesgrupper som finns inom den psykiatriska vården.

4.4 Helhetssyn behövs

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 självhjälpsgrupper, 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 hos genomsnittet, som i de festa 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.

Den andel av landstingens sjukvårdsanslag, som tilldelas psykiatrin, har under många år minskat i relation till anslagen till den somatiska vården. Relativt sett har därför vårdinsatserna för människor med psykisk ohälsa minskat, trots att det samtidigt är den mest växande patientgruppen. Resultatet har blivit en förskjutning mot färre vårdplatser, kortare vårdtider och billigare behandlingsinsatser. Mer av läkemedel och ECT, med allvarliga biverkningar, och mindre av psykoterapi och psykosociala insatser.

Därtill förekommer stora regionala skillnader i vårdens kvalitet och utformning. Många personer med psykisk ohälsa har 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.

Sverige har antagit FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ansvarar därmed för att dessa rättigheter förverkligas i hela samhället. Konventionen 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.

Ovanstående till trots pågår det 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 ovan 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 de oftare än andra blir vräkta.

Vi instämmer i kommissionens uppfattning om att psykisk ohälsa ofta bottnar i socioekonomisk utsatthet, men det är inte alltid självklart vad som är hönan eller ägget. Andra variabler finns. För att med all säkerhet förebygga den kortare medellivslängden för personer med psykisk ohälsa vidhåller vi att kommissionen behöver titta på gruppen specifikt. Tittar inte kommissionen särskilt på gruppen med sämst hälsa finns risken att de missar faktorer som kan vara betydelsefulla även för att uppnå jämlik hälsa socioekonomiskt.

Det går inte att bortse från att den 15–20 år kortare medellivslängden jämfört med övrig befolkning är mycket större än de fem års skillnad i medellivslängd som råder mellan personer med kort respektive lång utbildning. RSMH har svårt att se hur kommissionen skulle kunna

bortse från detta. Särskilt som hälsoklyftan har vidgats sedan 1990-talet, då övriga befolkningen har fått längre medellivslängd, medan förbättringarna i hälsa inte har tillkommit vår grupp.

Den dominerande behandlingsformen inom psykiatrin är medicinering med psykofarmaka.

Det är numer väletablerad kunskap att flertalet psykofarmaka påverkar aptit, ämnesomsättning och mättnadskänsla på ett sådant sätt att behandlade patienter ofta går upp i vikt mycket kraftigt. Det skapar i sin tur grund för så kallat metabolt syndrom, som kan sägas vara ett förstadium till den diabetes, som leder till många patienters för tidiga död. Övervikten blir dessutom i hög grad ett hälsopåverkande, socialt stigma, som de behandlade patienterna konstant tvingas leva med i sin vardag.

Den ökande psykiska ohälsan är en av välfärdspolitikens stora ödesfrågor som orsakar ett stort mänskligt lidande och även stora samhällsekonomiska kostnader. För att vända utvecklingen krävs mycket stora resurstillskott och kompetensutveckling både i primärvården och i psykiatrin. En samhällsekonomisk analys kring detta är nödvändig.

4.4 Fler myndigheter är relevanta

Kommissionen föreslår att "relevanta myndigheter" bör få förtydligade uppdrag att integrera ett jämlik hälsa-perspektiv i sina verksamheter och att regelbundet rapportera hur detta arbete har bedrivits och effekterna av detsamma. "Relevanta myndigheter" föreslås dessutom få i uppdrag att medverka i framtagande, genomförande och uppföljning av tre-femåriga strategier för folkhälsoarbetet. Detta framstår som rimligt och bra.

Ett 40-tal av de närmare 400 statliga myndigheterna räknas upp som tillhörande dessa relevanta myndigheter. Emellertid saknas här flera myndigheter som också borde vara relevanta i folkhälsoarbetet, exempelvis Statens institutionsstyrelse (SiS) samt Kriminalvården. Här behövs alltså en ännu större helhetsyn anser RSMH.

4.5 Större fokus på genus nödvändigt

I kommissionens delbetänkande saknas genomgående ett fokus på genus. Könnsstrukturerna 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.

Vi i RSMH tar ett särskilt ansvar för att synliggöra detta och skapa arenor där kvinnor kan ta plats på samma villkor som män.

När det gäller stressrelaterad psykisk ohälsa är den absoluta merparten som drabbas kvinnor. Det kommer att bli svårt att uppnå en god och jämlik hälsa utan att ha ett starkt fokus också på genusfrågorna.

4.6 Slutsentens

Kommissionens arbete är viktigt för de människor som RSMH företräder. RSMH förväntar sig att kommissionen för jämlik hälsa i det fortsatta arbetet mer specifikt börjar uppmärksamma psykisk ohälsa samt att brukarrörelsen ges stort inflytande.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Kristina Båth Sågänger
Kanslichef

CC: Funktionsrätt Sverige
NSPH
Folkhälsomyndigheten