

2016-10-02

Handläggare: Elin Odesson

S2017/03549/SF

s.registrator@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över delbetänkandet *God och nära vård (SOU 2017:53)*

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.

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

1. RSMH:s allmänna synpunkter

Uppdraget bakom betänkandet är ”att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.” Detta görs genom en fördjupad analys av betänkandet effektiv vård (SOU 2016:2). RSMH vill säga inledningsvis att vi fullt ut stödjer den inriktningen och i grunden samtliga förslag som presenteras. Svårigheter kan snarare anas i genomförandet.

Människors levnadsvillkor har stor betydelse för vilka valmöjligheter en person har. För en person med psykisk ohälsa handlar det om att möta människor som förmedlar hopp om att återhämtning är möjligt och att leva ett liv med ett bra innehåll.

RSMH verkar för att människor som mår psykiskt dåligt ska:

- bemötas med förståelse och respekt
- få professionell hjälp i ett tidigt skede och under tillräckligt lång tid
- betraktas som experter på sina upplevelser och ges inflytande över behandlingen

- erbjudas ett brett utbud av olika former av åtgärder, stöd och psykoterapi, eventuellt i kombination med medicinering.

2. RSMH om förändrad vårdgaranti

I betänkandet föreslås att vårdgarantin i primärvården förändras. Utöver läkare ska annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården omfattas. RSMH vill framhålla att det därav följer att det är ytterst viktigt att primärvården tillförs tillräckliga resurser för att kunna erbjuda all den kompetens som krävs. Människor ska inte behöva vänta länge på att få vård. Det är inte godtagbart såsom det ser ut idag, då allt för många inte får rätt vård och stöd i tid. Det är inte ovanligt att vårdcentraler har endast en deltidstjänst med psykolog eller kurator, någon som är där en dag i veckan, och kanske inte alls under perioder då tillströmningen är som störst exempelvis kring storhelger och långledigheter.

I betänkandet redovisas att av drygt 41 miljoner besök i primärvården under 2015 var en dryg tredjedel läkarbesök. Cirka hälften av de 26,9 miljoner besöken hos andra professionsgrupper än läkare sker hos en sjuksköterska (13,6 miljoner). Data från Region Jönköping visade att 2015 skedde cirka en tredjedel av besöken i primärvården där hos läkare, 13 procent hos fysioterapeuter och endast 2 procent hos psykologer.

RSMH konstaterar att behovet av fler kuratorer och psykologer i primärvården är mycket stort, och det är av yttersta vikt att resurserna förstärks så att behovet av olika kompetenser fullt ut kan tillgodoses. Betänkandet lyfter fram risken för att patienter ska komma att hänvisas till tillgängliga kompetenser snarare än till den bästa kompetensen utifrån patientens behov och önskemål. Det är en oro som RSMH delar.

Besöksgarantin föreslås ersättas av en bedömningsgaranti. Dessa bedömningar ska kunna ske på annat sätt än genom ett fysiskt möte. RSMH har inga principiella invändningar emot detta. Det vi ser som centralt är en ökad lyhörddhet för brukarnas behov och önskemål. Det ska inte i första hand vara exempelvis geografiska eller tekniska faktorer som avgör på vilket sätt bedömningsgarantin uppfylls, utan det bör ske utifrån den sökandes rättigheter, önskemål och behov.

En bedömning ska ske inom tre dagar från kontakt, i stället för som idag då ett läkarbesök garanteras inom sju dagar. Denna förändring ser RSMH positivt på, förutsatt att den också går att genomföra i praktiken. Det kommer att krävas stora förstärkningar av primärvården och dess olika kompetenser. Stora utbildningsinsatser kommer också att behövas om primärvården fullt ut ska kunna tillgodose behovet av fler kuratorer och psykologer. Såsom framhålls i betänkandet råder ibland regionalt stora svårigheter att säkerställa bemanningen gällande exempelvis psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Psykisk ohälsa, inte minst bland barn och unga, är ett stort och växande bekymmer. Andelen sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa har ökat dramatiskt på senare år. Ungefär var tredje patient i primärvården har en psykisk ohälsa som kräver behandling, och köerna till psykiatrisk vård har tredubblats på senare år. Ungdomar är särskilt utsatta. Bland 15-19-åringar skedde en 70-procentig ökning av antidepressiv medicinering mellan 2006 och 2011. Ökningen av aktivitetsersättning kopplats till psykiatriska diagnoser bland ungdomar ökade med 80 procent mellan 2003 och 2011.

3. RSMH om att sluten vård ska kunna ske på annan plats än vårdinrättning

Det nämns i betänkandet att det redan i dag ges dygnet runt-vård på annan plats än på traditionella sjukhus, exempelvis patienthotell, sjukstugor, vårdcentraler, närvårdscentraler, genom avancerad sjukvård i hemmet, inom barnsjukvårdens hemanslutna verksamheter och i särskilda boenden. Många åtgärder kan utföras utan att patienten behöver övernatta på ett sjukhus. Mycket övervakning, diagnostik och behandling kan genomföras närmare patienten och även i patientens eget hem.

Sluten vård ska alltså kunna ges på annan plats än vårdinrättning. Begreppen sluten och öppen vård behöver en vidare utredning, framhålls det i betänkandet, som bedömer att det kanske inte ens är ändamålsenligt i framtiden att upprätthålla en sådan distinktion.

I betänkandet nämns däremot ingenting om vare sig psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård. RSMH har alltsedan systemet för öppen psykiatrisk tvångsvård infördes 2008 fortsatt att följa effekterna av reformen. RSMH befarade att systemet skulle medföra att det totala antalet patienter som bedömdes behöva psykiatrisk tvångsvård skulle öka. Så blev också fallet. Det huvudsakliga motivet för att använda öppenvårdstvång inom den psykiatriska vården framstod för RSMH som en förväntan på att patienter helt skulle förlita sig på psykofarmaka. RSMH anser att det är viktigt att öppenvård inte ska vara ett tvång för patienter som fått beslut om psykiatrisk tvångsvård, utan att möjligheter till slutenvård finns kvar i den utsträckning som behövs.

Inom den rättspsykiatriska vården (LRV-vård, Lagen om rättspsykiatrisk vård), har den öppna psykiatriska tvångsvården ett annat syfte. Det är att låta patienter som annars skulle vara inlåsta på en rättspsykiatrisk enhet komma ut tidigare och att under vårdens kontroll, och med vissa villkor, pröva på ett liv ute i samhället. Brukarnas erfarenhet av öppenvårdstvång i rättspsykiatri är, till skillnad från i den vanliga psykiatriska vården övervägande positiv. Brukarna bör dock som ett alternativ alltid erbjudas möjlighet till slutenvård, utan de särskilda villkor (t.ex. medicinering) som är förknippade med den öppna tvångsvården.

Stödpersonverksamheten är en viktig funktion inom den rättspsykiatriska vården och ibland den enda länken till världen utanför. Att erbjuda ett återhämtningsinriktat arbetssätt med successivt ökande brukarinflytande och egenmaktsutveckling är viktigt, inte minst inom rättspsykiatri. Därtill bör den rättspsykiatriska vården kunna erbjuda de patienter som inte har någon möjlighet att välja vårdgivare, ett mångsidigt behandlingsutbud av hög kvalitet.

RSMH bevakar och försöker bidra till att förebygga inskränkningar i integritet, autonomi och rättssäkerhet som drabbar personer med psykisk ohälsa. RSMH vill exempelvis slå vakt om principen att informerat samtycke måste gälla för att information ska få föras vidare mellan olika vård- eller servicegivare.

I Norge och på några håll i Sverige har psykiatrien prövat självinläggning, en metod som går ut på att patienter ges möjlighet att lägga in sig själva frivilligt när symtomen blir så svåra att det inte går att vara hemma längre. Försöken med självinläggning, eller brukarstyrda platser, har omfattat patienter som varit inlagda vid upprepade tillfällen tidigare och som har upprättat ett kontrakt tillsammans med vården, som ger patienten möjlighet att lägga in sig själv. Försöken har gett mycket goda resultat och tvångsåtgärderna för gruppen som ingick i försök i Norge minskade med 90 procent. Norge planerar att införa detta över hela landet. RSMH verkar för att brukarstyrd inläggning bör möjliggöras i större utsträckning även i Sverige.

4. RSMH om att resurser ska styras över från sjukhusvård till primärvård

RSMH sympatiserar i grunden med ambitionen att styra över resurser från den traditionellt sjukhustunga vården till primärvården. Vården ska vara lätt tillgänglig, nära och brukarstyrd. Betänkandet har ett stort brukarfokus, vilket RSMH uppskattar.

RSMH har emellertid också vissa farhågor kring att förlägga hela primärpsykiatrin till den ordinarie primärvården. Uppdelningen av psykiatrin i primärpsykiatri och specialistpsykiatri, med tämligen vattentäta skott emellan, skapar diskontinuiteter i personkontakterna med vården, vilket alldeles särskilt inom psykiatrisk vård är direkt destruktivt. Idealet i psykiatrisk vård bör vara, att brukare hela den tid de behöver hjälp har kontakt med den behandlare som vederbörande har fått god kontakt med och förtroende för. Goda och förtroendefulla relationer är själva kärnan i en fungerande psykvård.

Det är inte bara många psykiatripatienters erfarenhet, utan dessutom belagt i undersökningar, att patienter får en sämre somatisk vård, om det framkommer att de har en psykiatrisk problematik. Om psykiatrisk och somatisk vård sker vid samma enheter, blir det omöjligt att hålla sekretess beträffande psykiatrisk problematik.

Det finns viktiga skillnader mellan psykisk och somatisk ohälsa, som mycket väl kan motivera att vården ges vid skilda enheter. En variant som borde undersökas närmare, anser RSMH, för primärpsykiatrin är självständiga, psykiatriska öppenvårdsmottagningar med lokal spridning, men också med tillräcklig bemanning och kompetens för att kunna ta hand om huvuddelen av den psykiska ohälsa allmänheten drabbas av. Det bör höra till undantagen, att personer tvingas ta till specialistpsykiatrin och heldygnsvården, eftersom varje sådan övergång innebär ett kontinuitetsbrott.

I Göteborg, och säkert också på andra håll i landet, finns några enheter med en mycket väl fungerande form av psykiatrisk verksamhet. Dessa enheter kallas SLÖP, vilket syftar på SLuten- och Öppenvård. De erbjuder alltså alla intensitetsnivåer av psykiatrisk vård inom en och samma, lokala mottagning, vilket innebär att kontinuitetsbrott över huvud taget inte behöver inträffa. De är dessutom skilda från den övriga, somatiska primärvården och slutenvården, vilket skapar förutsättningar för en fungerande sekretess. Denna modell önskar RSMH ska prövas i större omfattning.

I FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, Artikel 12, står att "Konventionsstaterna erkänner rätten för envar att såväl i fysiskt som i psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa." Det är krav som förpliktigar och som förbinder svenska staten att se till att använda de resurser som krävs för att kunna erbjuda var och en god vård.

Att styra över resurser till mer främjande och förebyggande insatser ser RSMH också som rätt väg att gå. Det leder till minskat mänskligt lidande och kan göra vården mer effektiv. Ju tidigare människor får hjälp med insatser vid olika former av ohälsa desto bättre.

5. RSMH om att sjukvården ska finnas nära befolkningen

Hälso- och sjukvården ska organiseras nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl. RSMH förstår och respekterar skälen

till att specialiserad vård ibland kan behöva koncentreras geografiskt. Det RSMH ser som viktigast är att patientens behov av kontinuitet, närhet och trygghet alltid beaktas. RSMH arbetar för att stimulera ökat brukar- och anhöriginflytande centralt, regionalt och lokalt. Vi vill att människor ska få mer kontroll och inflytande över sina liv inklusive innehåll och utformning av vård, stöd och rehabiliteringsinsatser. RSMH arbetar för att förstärka och utveckla delaktighet och inflytande på alla nivåer.

Det är bra och viktiga ambitioner att styra över resurser till mer förebyggande insatser, till exempel suicidpreventiva insatser. Det behövs en utvecklad samverkan mellan primärvården och andra samhällsinstitutioner, såsom skola, förskola, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Allt för många människor skadas redan i tidig ålder, och ju tidigare människor kan nås av rätt insatser desto bättre möjligheter att förebygga ohälsa.

RSMH anser att det redan i förskolan bör finnas planer för att kunna förebygga psykisk ohälsa. I skolan ska elevhälsan ha det upptäckande ansvaret och kunna lotsa till primärvården. Antimobbningsplaner och suicidpreventiva planer ska finnas på plats för att ohälsa ska kunna förebyggas, och dessa ska vara samordnade med primärvården.

RSMH arbetar för att få till stånd en mer optimistisk syn på psykisk ohälsa i samhället. Bemötandet av personer med psykisk ohälsa behöver förbättras betydligt. Personer med psykisk ohälsa får se sig överkörda gång på gång. Avståndet mellan medicinska riktlinjer och hur dessa följs är ofta allt för stort.

Det ska inte vara upp till patienten att behöva anmäla och driva ärenden i rättsliga instanser. Personer med psykisk ohälsa har ofta svårt att göra sig hörda, och få den vård de behöver inte enbart inom psykiatrin utan inom all vård. Samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård behöver förbättras avsevärt.

6. RSMH om intersektionalitet

Ett intersektionellt perspektiv behöver anläggas överallt inom hälso- och sjukvården, det vill säga särskild uppmärksamhet behövs på att flera diskrimineringsfaktorer ofta samverkar. Det gäller inom såväl psykiatrisk vård som annan vård och behandling. Extra utsatta grupper är exempelvis gruppen kvinnor med psykisk ohälsa och gruppen barn och unga med psykisk ohälsa. I betänkandet talas mycket om god, nära och tillgänglig vård, men inte lika mycket om hur vården kan bli mer jämlik. Oavsett faktorer som kön, religion, etnicitet och ålder så har var och en rätt till jämlik vård, samt förstås rätt till bästa uppnåeliga hälsa såväl psykiskt som fysiskt.

7. RSMH om genomförandet av förslagen i betänkandet

Som RSMH påpekat stödjer vi utredningens förslag i grunden. Att styra vården bort från den traditionellt sjukhustunga vården mot en mer nära, tillgänglig, jämlik, modern och effektiv vård där primärvården utgör tyngdpunkten är alldeles säkert rätt inriktning. Den främsta oron vi känner handlar om hur genomförandet av förslagen kommer att se ut i praktiken. Det är en övergripande remiss, som inte innehåller mycket detaljer. Staten har ett ansvar för att planera vården så att människors rättigheter tillgodoses. Det talas emellertid lite om hur genomförandet ska se ut i praktiken. Såsom påpekas i betänkandet krävs ett långsiktigt arbete och att alla

professioner och nivåer inom hälso- och sjukvården kan förmås att vilja arbeta i samma riktning.

Så är knappast fallet idag, då enskilda specialistområden i vården snarare tycks ha den egna professionen/enheten/sjukhuset för ögonen i planeringen, när det alltid i första hand borde vara brukaren/patienten. Som betänkandet påpekar kommer förändringsarbetet att behöva ske i små, många och långsiktiga steg och det är lätt att känna viss oro för att det finns många hinder och motverkande krafter på vägen.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Kristina Båth Sågänger
Kanslichef

**CC: Funktionsrätt Sverige
NSPH**