

2017-10-20

Handläggare: Elin Odesson
Åke Nilsson

S2017/03403/FS

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

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över betänkandet *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48)*

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, 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 är en del av Funktionsrätt Sverige och aktivt inom Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). RSMH verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering för människor med psykisk ohälsa och är religiöst och partipolitiskt neutralt.

RSMH har inte direkt inbjudits att inkomma med remissyttrande. Men, Funktionsrätt Sverige (tidigare Handikappförbunden) har 2017-06-21, via remiss (S2017/03403/FS) som remissinstans n:o 76 av regeringen inbjudits att lämna synpunkter på betänkandet. Funktionsrätt Sverige har samlats sig bakom en gemensam skrivning och även om RSMH varit delaktig i denna beredningsprocess och anser att det framskrivna gemensamma yttrandet även i mångt och mycket talar för vår målgrupp så vill RSMH för egen del förtydliga och utveckla några synpunkter utifrån perspektivet psykisk ohälsa och dito funktionsnedsättning.

1. RSMH:s synpunkter i sammanfattning

RSMH stödjer förslagen om att inrätta vårdkommittéer och att Socialstyrelsen får en överordnad samordnande roll när det gäller att erbjuda och följa upp nationella kunskapsstöd. Sammantaget är RSMH:s uppfattning att förslagen som läggs fram inte på långt när är tillräckliga för att kunna bidra till en mer jämlik och kunskapsbaserad vård. Det är svårt att se hur de föreslagna ändringarna skulle kunna leda till någon större stringens eller större genomslag i praktiken för olika kunskapsstöd i vården.



Det skulle krävas en avbyråkratisering av enorma mått, förmodligen med väsentligt färre antal myndigheter än idag, om det ska gå att få någon ordning bland alla former av kunskapsstöd och om de stöd som tas fram ska ha någon verklig nytta. Mycket resurser skulle kunna frigöras till att öka brukarperspektivet och satsa på nära vård, egenmakt samt förebyggande och främjande insatser, men det skulle kräva radikala och djupgående förändringar av hela systemet för hälso- och sjukvård.

Det viktigaste är helhetssyn och brukarfokus. Det är inte professionerna inom vården som ska utgöra navet. I utredningen beskrivs välinformerade patienter som en ”utmaning” för vårdpersonalen. Det är en utgångspunkt som RSMH anser inte hör hemma i arbetet för att göra vården mer jämlik, kunskapsbaserad och likvärdig för kvinnor och män.

2. Inledning

Syftet med kunskapsutredningens uppdrag är vällovligt, nämligen att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik samt ges på samma villkor till kvinnor och män. När det kommer till förslagen är det ändå som om de inte har det brukar- eller patientfokus som borde vara en självklarhet. I stället är det professionerna som är i fokus genomgående i utredningen. Detta ser RSMH som en av de största bristerna med betänkandet, dvs att den helt enkelt har en felaktig utgångspunkt. Där allt borde utgå från att brukaren är den som har bäst kunskap om sin egen hälsa läggs i stället huvudfokus på professionernas och huvudmännens perspektiv.

På sidan 72 i betänkandet står följande:

”Den välinformerade patienten innebär i många avseenden en utmaning för vårdens personal. Utvecklingen ställer krav på andra sätt att möta patienten. Den ställer med andra ord krav på förändrade arbetssätt eller på en kulturförändring i mötet. Det är väl känt att kulturförändringar och förändrade arbetssätt är långsamma processer, avsevärt långsammare än till exempel den tekniska utvecklingen. Det moderna mötet kan sägas innebära en maktförskjutning. Maktförskjutningar är inga lätta processer eftersom makt ger status och är en form av belöning.” SOU 2017:48 s.72

Resonemanget ovan är ett av de många avsnitt i betänkandet som gör det tydligt att perspektivet genomgående är professionernas, inte patienternas/brukarnas. Det, anser RSMH, är den största bristen i utredningen. Även om patientperspektivet beaktas på sina håll i utredningen så är det inte, som det borde vara, patientens rätt till bästa möjliga vård som är huvudfokus utan snarare hur läkare och andra professioner bättre ska kunna tillgodogöra sig ny (vetenskapligt framforskad) kunskap. Därigenom glöms det allra viktigaste lätt bort – att oavsett hur väl förankrade vård och behandlingar är i vetenskapen så blir det inga positiva bestående behandlingsresultat om inte patienter och brukare bemöts på ett respektfullt sätt och upplever att de blir sedda och lyssnade till.

RSMH vill särskilt betona det unikt individuella och de många utom-medicinska faktorer, som påverkar en människas psykiska ohälsa och därmed den vård som ska ges. På det sättet skiljer sig psykiatrisk vård påtagligt från den mesta somatiska vården. Det finns inte alls samma möjligheter att använda en nationell ”kunskapsstyrning” i psykiatrin, som det gör i

den somatiska vården. Alldeles särskilt i psykiatrien måste vården utgå från brukarens individuella erfarenheter och önskemål. Jämlikheten uppnås då i stället genom att hälso- och sjukvården i möjligaste mån erbjuder samma ”smörgåsbord” av behandlingsinsatser för alla patienter i hela landet.

Produktionen av olika former av kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården är gigantisk, visar utredningen. En lång rad myndigheter på statlig, regional och kommunal nivå producerar riktlinjer, vårdprogram, vägledningar och rekommendationer i en aldrig sinande ström. Det kan komma tusentals rapporter årligen, och generellt verkar genomslaget för de flesta av dem litet. Som RSMH ser det skulle det krävas en enorm effektivisering bland myndigheterna, med målet att reducera antalet myndigheter väsentligt, om det ska gå att få någon ordning bland alla producenter av olika kunskapsstöd. Vi instämmer i att det behöver läggas mer tyngd på uppföljning och utvärdering än på ständig produktion av nya riktlinjer och andra kunskapsstöd.

RSMH befarar att förslagen är långt ifrån tillräckliga för att göra någon skillnad i praktiken.

3. Förslag till lag om vårdkommittéer (1.1)

RSMH ser positivt på att vårdkommittéer inrättas i stället för läkemedelskommittéer, och att kommittéernas uppdrag därigenom vidgas till att gälla inte enbart läkemedel utan hela vården. RSMH:s bild är att allt för stor del av vård och behandling idag handlar om medicinering och olika läkemedel.

Vårdkommittéerna ska arbeta och vidta åtgärder för att de nationella kunskapsstöden ska komma till användning. Med kunskapsstöd avses bland annat sådant som riktlinjer, vårdprogram, hälsoekonomiska utvärderingar, rekommendationer, tillgång till data och register. RSMH anser att det här läggs alldeles för lite vikt vid patienternas upplevelser av vården. Det skulle vara önskvärt att patienters och brukares samlade erfarenheter togs tillvara och användes som kunskapsbank i långt större utsträckning än vad som sker idag.

I utredningen jämföras ibland professionernas och patienternas kunskaper, men professionerna ges oftast en överordnad roll och på något ställe framställs patienterna främst som en ”utmaning” för personalen. Det är ett förhållningssätt som RSMH inte anser är värdigt utredningen. För RSMH är det självklart att patienten/brukaren är den som bäst känner sin hälsa och som i första hand behöver bli sedd och lyssnad till för att vård och behandling ska ha en möjlighet att ge goda resultat.

4. Förslag om ändring i hälso- och sjukvårdslag (1.3)

De förändringar som föreslås i Hälso- och sjukvårdslagen ser RSMH som onödiga. Vi befarar att de i bästa fall blir ett slag i luften. Det är svårt att se hur landstingen med de föreslagna mindre omskrivningarna i HSL skulle bli bättre på att samarbeta kring kunskapsstyrning eller kunna bli mer effektiva och samordnade.

Det ligger givetvis en stark motsättning i å ena sidan landstingens grundlagsskyddade självbestämmanderätt om hur vården i regionen ska bedrivas och å andra sidan det viktiga uppdraget att vården ska göras mer jämlik sett ur ett nationellt perspektiv. Det ska naturligtvis inte vara ett geografiskt lotteri så att du riskerar att få sämre vård för att du råkar vara bosatt i fel region.

Minst lika viktigt som att landstingen sinsemellan utvecklar sina samarbeten kring kunskapsstyrning är att brukares och patienters kunskaper och erfarenheter tas tillvara och kommer till användning i hälso- och sjukvården på ett helt annat sätt än idag. Samordning ska ske utifrån den sökandes behov, och patienter ska ha rätt till samordnade individuella vårdplaner då de själva önskar detta. Kontinuiteten inom hälso- och sjukvården behöver öka, och patienter ska erbjudas alternativa behandlingar och alltid ha rätt att välja vård utifrån sina personliga behov.

5. Förslag om Socialstyrelsens samordnande ansvar (1.4 – 1.11 samt 1.13 och 1.14)

RSMH stöder förslagen om ändringar i instruktionerna för Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd samt slutligen Socialstyrelsen.

Det vill säga RSMH tycker att det är en positiv utveckling att Socialstyrelsen ges ett övergripande samordnande ansvar för att underlätta kunskapsspridningen och följsamheten till nationella kunskapsstöd.

Det är nödvändigt att en instans ges ett övergripande ansvar att samordna. En oerhört rik flora av myndigheter på olika nivåer producerar kunskapsstöd av alla de slag. Dubbelarbete förekommer och trots den stora produktionen, eller kanske på grund av, så är det bara en bråkdel av all nyproducerad kunskap som lyckas nå ut och implementeras i den praktiska vården. Läkare m.fl. bland professionerna uppger att de vanligaste sätten att inhämta ny kunskap är att googla eller att fråga en kollega.

Socialstyrelsen är den myndighet som lämpar sig bäst för denna samordnande roll. Visserligen har Socialstyrelsen genom sin medicinska historia haft en stark tendens till slagsida åt ett medikaliserat perspektiv på psykisk ohälsa. Detta perspektiv behöver vidgas, om myndigheten ska utses att axla detta samordningsansvar.

RSMH och andra medlemsorganisationer för personer med psykisk ohälsa har ändå på senare år sett en ökande öppenhet från Socialstyrelsens sida till att bjuda in stödföreningar och liknande för dialog och kunskapsinhämtning. Det välkomnar vi och vi ser att det är värdefullt ju mer brukarorganisationerna kan bidra i kunskapsutvecklingen.

Emellertid befarar vi att de föreslagna lagändringarna inte kommer att räcka till för att uppnå önskade effekter om jämlik och kunskapsbaserad vård eller vård på lika villkor för kvinnor och män.

6. Förslag om verksamhetschefens ansvar (16.2.2)

RSMH anser att förslaget är otillräckligt och för oprecist. Tanken är förstås god, att ”det av hälso- och sjukvårdslagen ska framgå att verksamhetschefen ska säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”. Frågan är vilket genomslag dylika nya skrivningar i HSL kan få.



Perspektivet är återigen sjukvårdspersonalens – verksamhetschefernas, läkarnas, sjuksköterskornas – när det borde vara brukarnas rätt till god hälso- och sjukvård som betonades i varje led.

Patientperspektivet uteblir. För att verksamhetschefen ska kunna ta ansvar för arbetet behöver vederbörande ha tillgång till medicinska utfallsdata, till metodstöd och till fortbildning står det i utredningen, men ingenting om att patienternas upplevelser kan vara det allra viktigaste verktyget.

7. En bred tolkning av kunskapsstöd och kunskapsstyrning (16.3.1)

Begrepp som kunskapsstöd och kunskapsstyrning leder fram till frågan om vad kunskap i sig är. Kunskap är inte enbart vad som kommer fram genom vetenskapligt prövade metoder och sprids. I kunskap kan ingå människors samlade erfarenheter, bemötande och förståelse.

Ett gott bemötande i hälso- och sjukvården är lika viktigt som att personalen arbetar utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är inte vad du får för vård, utan vem du träffar, som ofta spelar störst roll för hur gott resultatet av vård och behandling ska bli.

Det här är en mycket viktig fråga inom psykiatriområdet, eftersom förutsättningarna för en centraliserad och standardiserad kunskapsstyrning är mycket sämre i psykiatrin, än inom somatiken. Psykisk ohälsa berör många fler aspekter av livet, än de rent biomedicinska, och möjligheterna att få vården att vila på vetenskapligt säkerställd "evidens" är oerhört mycket mindre, än i kroppssjukvården. Av ren nödvändighet måste därför psykiatrin i mycket högre grad utgå från praktisk erfarenhet och de enskilda patienternas självupplevda behov och önskemål. Det betyder både att psykiatrin måste kunna erbjuda ett bredare behandlingsutbud och att behandlingsinsatser måste beslutas individuellt, i nära samråd med patienten själv. Jämlik vård handlar i psykiatrin om att överallt kunna erbjuda ett spektrum av behandlingsmetoder, som den enskilde patienten kan välja mellan, inom ramen för "vetenskap och beprövad erfarenhet".

Ett viktigt syfte med RSMH:s arbete i lokalföreningar 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 själva 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.

8. RSMH om att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte bindande (16.3.2)

RSMH instämmer i att nationella riktlinjer inte ska vara bindande. Självbestämmanderätten för landstingen är grundlagsfäst och det skulle vara orimligt med obligatoriska nationella riktlinjer. Samtidigt får det inte riskera att bli ett geografiskt lotteri där det avgörande för vilken vård du får är var du råkar vara bosatt. Alla människor har rätt till bästa tillgängliga vård. Det är därför viktigt med uppföljningar, kring vad som har blivit bättre och mer jämlikt exempelvis.

9. RSMH om förtydligad samverkansskyldighet för huvudmännen (16.3.5)

RSMH ser en tydlig risk för att förslag om att skriva in skyldigheten för landstingen att samverka med andra kring kunskapsstöd i hälso- och sjukvårdslagen blir till slag i luften. Det finns många regleringar redan idag om samverkan mellan kommuner, landsting, regioner och nationell nivå men det viktiga är att det fungerar i praktiken.

10. RSMH om ett nationellt kansli (16.3.8)

RSMH är starkt tveksam till om förslaget om ett nationellt kansli, om det genomförs, kan bidra till att ge avsedda effekter. Riskerna är snarare nya gränsdragningsproblem och att ytterligare en "myndighet" tillkommer vid sidan av alla de redan befintliga. Det är svårt att se hur ett nationellt kansli skulle kunna få den legitimitet och genomslagskraft som skulle krävas för att kunna följa upp om vården går mot att bli mer kunskapsbaserad och jämlik.

11. RSMH om nationell digital kunskapstjänst (16.4)

Förslaget är inte fel i sig. Snarare är frågan vilka resurser det kräver och vilket utfallet blir i förhållande till de insatser som krävs för att hålla en digital kunskapstjänst uppdaterad och relevant. Erfarenheterna, visar utredningen, är att stora mängder kunskap aldrig får någon spridning till de som berörs och borde ha användning av den och då är frågan på vilket sätt en digital kunskapstjänst skulle kunna göra stor skillnad i det avseendet. Såsom påpekas i utredningen behövs mer tyngd läggas vid att tillgängliggöra kunskap och att arbeta med uppföljningar och utvärderingar mer än vid en ständig produktion av nya kunskapsstöd.

12. RSMH om förändringar gällande SBU (16.5.5)

RSMH stödjer förslaget att SBU ska utveckla den nationella upplysningstjänsten och stödet till utbildning och handledning för dem som gör kunskapsunderlag. Detta för att vårdens behov av vetenskapligt stöd ska kunna tillgängliggöras mer effektivt och brett. Åtgärder som kan bidra till att god vård och omsorg blir mer tillgänglig ser RSMH positivt på.

13. RSMH om förändringar gällande Läkemedelsverket (16.5.6)

RSMH förordar att Socialstyrelsen får det övergripande ansvaret för rekommendationer för läkemedelsbehandling i stället för Läkemedelsverket. Socialstyrelsen bör ha det samordnande ansvaret och är en myndighet som kan ha mer av ett helhetsperspektiv på vård och behandling än Läkemedelsverket.

Däremot ställer vi oss frågande till om landstingen är lämpligast för utgivningen av Läkemedelsboken.

14. RSMH om förslag om en genomförandekommitté (16.6)

Det är nog nödvändigt men sannolikt inte tillräckligt med tillsättandet av en genomförandekommitté, om det ska vara möjligt att effektivt genomföra utredningens olika förslag och tillsammans med landstingen genomföra de insatser som krävs. RSMH ser förslaget om genomförandekommitté som ytterligare ett försök till nödåtgärd för att i någon mån kunna styra riktningen på en stor skuta som egentligen är otroligt tung och svår att manövrera överhuvudtaget.

Det är svårt att tro att en genomförandekommitté kan få det stora inflytande och mandat som krävs, men att det skulle gå att genomföra stora förändringar som leder till en större följsamhet till nationella stöd utan en sådan kommitté är heller inte särskilt troligt.

15. RSMH:s avslutande medskick

Slutligen vill RSMH framhålla att det är viktigt att patienter får reella möjligheter att fatta beslut om sin egen vård. Det finns chefläkare som kan säga saker som att ”Tänk om patienten väljer fel?” Men patienten väljer alltid rätt utifrån sitt perspektiv. Det som krävs är att professionerna kan presentera olika alternativ och kommunicera på ett sätt så att alla förstår. God handläggning och vägledning behövs för att patienter ska kunna styra över sin egen vård.

Professionerna kan dock aldrig veta vad en patient långsiktigt behöver förrän vederbörande har blivit lyssnad till.

RSMH ser vidare ett stort värde i att psykiatrin inte i första hand skulle vara en medicinsk specialitet, utan hellre en tvärvetenskaplig disciplin med social inriktning. Ett verkligt möte måste kunna komma till stånd mellan olika vetenskaper och barriärerna mellan skilda professionella kulturer behöver rivas. Det behövs också alternativ till den traditionella medicinskbio-logiska 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. Här är behovet av förbättrade kunskapsstöd påtagligt.

Det vilar ett stort ansvar på primärvården att människor får bra hjälp med sin psykiska ohälsa eftersom de möter patienten först. Den måste 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 chefläkare 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.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Kristina Båth Sägänger
Kanslichef

CC: **Funktionsrätt Sverige**
NSPH