

2019-10-07

Handläggare: Elin Engström

REMISS: Nationell handlingsplan för
ökad patientsäkerhet i hälso- och
sjukvården 2020-2024

Socialstyrelsen
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se

RSMH:s yttrande över remissen Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har genom remissen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024” beretts tillfälle att avge yttrande över ovan angivet förslag och vill med anledning av det framföra följande synpunkter.

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 är aktivt inom Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH. RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt och verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

Underlaget för i detta yttrande framförda synpunkter är remissen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024”.

Bakgrund

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram ett förslag till nationell handlingsplan som är tänkt ska öka patientsäkerheten.

Årligen drabbas ungefär 100 000 patienter av vårdskador inom den *somatiska sjukhusvården*, uppger Socialstyrelsen, skador som hade kunnat undvikas. För att stärka patientsäkerheten och samordna arbetet inom hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen tagit fram ett förslag till nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Samverkan har skett med andra myndigheter, nationella organisationer, regioner, kommuner och experter.

Fem områden är prioriterade, och planen innehåller ett 40-tal förslag till nationella åtgärder som syftar till att stärka patientsäkerheten. Bland annat betonas att kunskapen om patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården behöver öka, det förebyggande arbetet utvecklas och arbetet stärkas med att identifiera, utreda och analysera händelser som lett till vårdskador.

I handlingsplanen lyfts bland annat att säker vård förutsätter att det finns tillräckligt med hälso- och sjukvårdspersonal med relevant kompetens och goda förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete. Det är viktigt att vården upprätthåller en god beredskap genom exempelvis färdighetsträning, simuleringsövningar och katastrofövningar, framhåller Socialstyrelsen.

För att genomföra arbetet med handlingsplanen föreslår Socialstyrelsen att ett nationellt samordningsorgan bildas med berörda myndigheter och organisationer.

Den nationella handlingsplanen föreslås gälla för åren 2020-2024 och kommer att följas upp och revideras årligen.

Fem prioriterade fokusområden i handlingsplanen:

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner

Öka medvetenhet om hur säker vården är idag

Stärka analys, lärande och utveckling

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Grundläggande förutsättningar för säker vård:

En god säkerhetskultur

Kunskap och kompetens

Ledning och styrning

Patienten som medskapare.

RSMH:s synpunkter

Inom RSMH är vi utomordentligt oroade över situationen inom psykiatri, och att den analysen helt och hållet saknas i förslaget till handlingsplan. Socialstyrelsen har

överhuvudtaget inte gått igenom den psykiatriska vården och omsorgen i utarbetandet av förslaget. **Här skulle det behövas en egen utredning, med en ordentlig genomlysning på nationell nivå av hela psykiatrin.**

Det är också en mycket stor brist att en analys av hela barn- och ungdomsvården uteblivit. Det är vanligt att psykisk ohälsa och psykiatriska problem börjar redan under barn- eller ungdomsåren för att senare bli kroniska när vuxen ålder uppnåtts. Det är ett skäl till att det är **av yttersta vikt att patientsäkerheten granskas inom hela barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)** och att åtgärder vidtas för att patientsäkerheten ska öka. Men barn och unga är också här och nu och det gör det än viktigare att en sådan genomlysning sker skyndsamt.

Det står i remissen att uppskattningsvis 100 000 patienter varje år drabbas av en vårdskada i den somatiska sjukhusvården för vuxna och att det motsvarar ungefär en vårdskada vart tionde vårdtillfälle. Detta i sig låter otroligt mycket; att en vårdskada inträffar vid tio procent av vårdtillfällena. Betänk då att varken den psykiatriska vården och omsorgen eller vården av barn och unga är medräknade.

Tanken med det framtagna förslaget är att handlingsplanen ska kunna användas av regioner och kommuner för att etablera principer, prioriteringar och mål för arbetet med patientsäkerhet. **Men hur skulle det ens vara möjligt utan att det finns någon kunskap om hur det ser ut inom psykiatrin, barnsjukvården, hemsjukvården och annan vård som inte utförs på sjukhus, primärvården eller för den delen tandvården?**

Här **behövs betydligt djupare analyser på nationell nivå** innan en handlingsplan för ökad patientsäkerhet kan betraktas som färdig och användbar lokalt och regionalt.

Det behövs ett större fokus på vad en vårdskada faktiskt är. I det liggande förslaget finns definitionen främst med som en fotnot på sid 7: ”Med vårdskada avses ... lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”.

Definitionen gör det tydligt att lidande, psykiska skador och även självmord, som hade kunnat undvikas med rätt insatser, är vårdskador. Definitionen är hämtad ur patientsäkerhetslagen. Definitionen förpliktigar och behöver göras synligare eftersom det är den som ska ligga till grund för hela patientsäkerhetsarbetet. Definitionen ”vårdskada” måste samtidigt utvecklas till att omfatta även trauma, dåligt bemötande och nekad vård som leder till skada utanför vård.

Lex Maria måste utvecklas. Idag är det vårdgivaren själv som bedömer om det förelegat risk för vårdskada vilket kan påverka vilka ärenden som anmäls och utreds. Om syftet är att Lex Maria ska innebära bättre beredskap för att undvika framtida risker för vårdskador borde det finnas incitament för att anmäla också när risken för vårdskada inte varit uppenbar och inte enbart när det är särskilt allvarligt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få ett särskilt uppdrag att titta på faktorer för hur ”säker” vård inom psykiatrin ska formuleras.

Frågan om patientsäkerhet är vidare ytterst relevant i de psykiatriska sammanhangen, låt vara att psykiska skador många gånger kan vara betydligt svårare att mäta än somatiska skador.

Inom RSMH är vi djupt oroade över bristen på tillgång till psykiatrisk vård, vilket vi sett har lett till en stor patientsäkerhet. Kraven på kompetens och bemanning i psykiatrin måste öka. För det första är psykiatrin kraftigt underfinansierad jämfört med den somatiska vården. Trots att psykiatriska diagnoser idag står för över hälften av alla sjukskrivningar så är tilldelningen av anslag till psykiatrin bara en bråkdel av vad som går till somatisk vård (psykiatrin fick nio procent av den totala sjukvårdsbudgeten år 2016).

För det andra upptas en allt större andel av den psykiatriska slutenvården av patienter som tvångsvårdas. Personer som är dömda till rättspsykiatrisk vård måste tas om hand, och när den andelen ökar får det till följd att andra som behöver slutenvård inte får det därför att platserna upptas av dem som tvångsvårdas. Resultatet är att det blivit så trångt i infarten till psykiatrin att människor blir så dåliga innan de får någon hjälp att det ibland leder till suicid. Vi har genom åren sett många exempel på självmord som skulle ha kunnat undvikas genom adekvata åtgärder vid dessa personers kontakter med vården. Systemet har på så sätt drivits mot en kraftigt ökad patientsäkerhet.

För ökad kontinuitet behövs därutöver en samlad strategi för att motverka tillfälliga vikariat, stafettläkare, konsultpersonal och korttidsanställningar (inom psykiatrin). Patienter borde kunna kräva viss förutsebarhet i vem som är vårdgivare. Det förbättrar säkerhet, förutsebarhet och förtroende. Detta är viktigt inte minst för att psykiatrin i synnerhet bygger på förtroende mellan vårdtagare och vårdgivare).

Ett annat sammanhang gäller tvångsångripanden. Hur utbildar man personalen så att inslaget av fysiskt tvång eller våld minimeras? Det handlar om sådant som ”lågaaffektivt” och respektfullt bemötande. Det handlar om vilka grepp som får användas för att hålla fast en människa, om det ändå blir nödvändigt. Vi har sett fruktansvärda exempel, som fallet med Sinthu Selvarajha,¹ då bristen på patientsäkerhet fått fatala följder.

Tvånget i psykiatrin måste bort. Bältesläggning eller fastspänning är för de flesta oerhört traumatiserande. Sådana åtgärder bidrar inte till att patienten förbättras utan snarare leder de till ökad panik. Bland RSMH:s medlemmar vittnar människor, inte minst unga, om hur fasansfull de ibland uppfattar den psykiatriska vården. Sådana upplevelser är naturligtvis att betrakta som vårdskador. Vi hör om hur personal ibland provocerar fram bältesläggningar eller andra tvångsåtgärder. Det händer att det i slutenvårdspsykiatrin förekommer visst våld på grund av att människor anses vara ”besvärliga, arga patienter”. Bältesläggningar används i för

¹ <https://www.aftonbladet.se/kultur/a/VRa704/polisen-har-inte-lart-sig-nagonting>

hög utsträckning på sina håll och det försvaras av avdelningar med att personal saknas. Detta är helt oacceptabelt. Vid bältesläggningar kan det förekomma våld med skador som följd, som till exempel armbrott och andra skador, förutom den kränkning det innebär för patienten. Det finns inom både psykiatri och rättspsykiatri ett regelverk för hur personal ska förhålla sig till sådana situationer, men vi vet inte hur ofta anmälningar faktiskt görs eller om detta läggs över på patienten. **Anmälningar ska alltid göras och sanktioner sättas in mot dem som orsakar dessa skador.** Det finns också goda exempel, från enheter som BUP i Malmö. Där har de med nya arbetsmetoder kunnat minska tvånget med 80 procent. Sådana exempel behöver spridas.

Det är även viktigt att åtgärder för ökad patientsäkerhet sätts in när det gäller exempelvis beteenden hos personal, vilka ibland leder till återtraumatisering av patienter: dåligt bemötande, inlåsning av även icke tvångsintagna patienter (på avdelningar där tvångsintagna finns), placering av patienter med allvarligt självskadebeteende vid rättspsykiatriska kliniker och så vidare. Även utskrivning av patienter, som inte är redo att orka med livet på egen hand, kan hänföras till i varje fall risk för vårdskada. Dåligt bemötande, i synnerhet inom psykiatrisk vård men givetvis också i somatisk vård, måste ses som ett hinder för målet god och säker vård.

Patienter i psykiatri måste kunna skyddas mot övergrepp. Det har förekommit fall med sexuella trakasserier, till och med våldtäkt, på slutenvårdsavdelningar. Patienter måste kunna få sådana händelser klassade som vårdskada, vilket inte alltid är fallet. Se exemplet med Tilda, där Civil Rights Defenders överklagat.² Brott som utförs mot patient under det att patient befinner sig under vårdens vårdplikt måste anses som en form av vårdskada, som i fallet som CRD driver.

RSMH vill även lyfta problemen med polisens roll vid handräddning i den psykiatriska vården. Vi känner en stark oro över ibland brutala polisingripanden och ser en uppenbar risk för patientsäkerhet. Begreppet vårdskada behöver omfatta även den del av vården som innebär handräddning av polis.

Ytterligare en viktig sak som sänker patientsäkerheten är att primärvården inte alls fungerar som första linjens psykiatri såsom det var tänkt. I primärvården saknas tillräckligt god kompetens för att ställa psykiatriska diagnoser, i stället remitterar de snabbt vidare till psykiatri om de uppfattar symtomen som ”psykiska”. Ibland skickar de hem patienten med lite mediciner eller kanske ännu sämre – gör ingenting alls. I primärvården görs många misstag då patienter inte får rätt behandling eller remitteras vidare felaktigt. Är symtomen diffusa och personen hamnar i psykiatri görs sällan de somatiska undersökningar som kanske hade behövts. Risken är uppenbar för stor patientsäkerhet.

Det är känt genom forskning att människor som befinner sig i den öppna eller slutna psykiatriska vården diskrimineras kraftigt när det gäller somatisk vård. De blir inte tagna på

² <https://www.dn.se/sthlm/15-ar-aring-valdtogs-nar-hon-vardades-pa-barnpsykiatrisk-avdelning-anmaler-bup/>

samma allvar som andra inom den somatiska vården. Vi vet att medellivslängden är betydligt kortare (upp till 25 år kortare enligt vissa studier) för dem med svår psykisk ohälsa som bipolaritet eller schizofreni. Till en del kan det förklaras med självmord, men det beror också på en överdödlighet i somatiska sjukdomar som cancer, diabetes och hjärt-/kärlsjukdomar. Diskriminering och negativa strukturer måste motarbetas så att den som har en konstaterad psykisk ohälsa ges samma vård och förutsättningar till somatisk vård som andra. Likaså att äldre ges samma förutsättningar som unga och så vidare.

Slutligen något om behandlingsmetoder inom psykiatrin. **RSMH kräver att för att ECT-behandling ska kunna ges ska det finnas ett skriftligt informerat samtycke.** Vi möter människor, inte sällan unga kvinnor, som behandlats med ECT (dvs elbehandling där epileptisk aktivitet framkallas i hjärnan) utan att de i förväg informerats om innebörden av behandlingen eller fått möjlighet att ge sitt samtycke. Det är förstås helt oacceptabelt. ECT är fortfarande inte fullt utvärderat, de långsiktiga effekterna är inte mätta på ett bra sätt. Inom RSMH ser vi ibland konkret hur människor som behandlats med ECT har påverkats personlighetsmässigt. Vi träffar många som lidit av svår depression och som efter behandling med ECT fått minnesstörningar, både på kort tid men också för mycket lång tid. De studier som gjorts och som visar att människor blivit bättre har varit allt för kortsiktiga. Men det är svårt att driva fall med minnesförlust på grund av ECT genom patientförsäkringen. Avslag motiveras med att det inte går att säga om det var ECT eller depressionen som orsakat minnesstörningen. Hur går det att bevisa när personens ord inte räcker? **Både när det gäller ECT, dess yngre släkting TMS (transkraniell magnetstimulering) och vissa former av neurokirurgi behöver granskas ytterligare och utvärderas grundligt när det gäller patientsäkerhet.**

En del biverkningar av psykofarmaka borde inte accepteras utan snarare betraktas som vårdskada. Det gäller exempelvis viktuppgång på 30-50 kilo av vissa läkemedel. Impotens är en vanlig följd av vissa läkemedel mot psykisk ohälsa, liksom muntorrhet och försämrad tandhälsa. Vissa biverkningar av läkemedel är snarare att betrakta som nya sjukdomar. Läkemedelsverket och andra som har att utvärdera vinster och kostnader med olika läkemedel värderar ofta fel när de enbart ser till eventuell patientnytta men inte till den patientnytta som uppstår som en följd. I RSMH hör vi talas om för tidiga dödsfall som tycks ha berott på dåliga kombinationer av läkemedel. Här finns mycket att granska och analysera för den som vill arbeta för ökad patientsäkerhet.

Vi förstår att intentionen är god i förslaget till nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, men att i diffusa formuleringar tala om ökad systemförståelse och stärkt kunskap räcker inte på långa vägar. Det behövs särskilda genomlysningar av hela psykiatrin och hela barn- och ungdomsvården, inte minst BUP, innan det går att göra en plan för ökad patientsäkerhet för hela hälso- och sjukvården.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Barbro Hejdenberg Ronsten
Förbundsordförande

Kristina Båth Sågänger
Kanslichef

CC: Funktionsrätt Sverige
NSPH
SKL