

2020-03-11

Handläggare: Elin Engström

Personcentrerat och sammanhållet  
vårdförlopp Schizofreni –  
förstagångsinsjuknande

**Sveriges kommuner och regioner**

## RSMH:s yttrande över remissen Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni – förstagångsinsjuknande

**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 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 de synpunkter som förs fram här är remissen ”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni – förstagångsinsjuknande”

### **RSMH:s synpunkter:**

**RSMH:s uppfattning är att vård och behandling inom psykiatri alltid och i alla sammanhang ska utgå från den enskilde.** Det är inte patienten som ska vara följsam till läkaren, utan läkaren som ska vara följsam till patienten och dennas unika situation. Det är viktigt att patienten, och ofta också närstående, involveras i vård och rehabilitering för dem som drabbas av schizofreni. Att försöka strömlinjeformera vården i ett system för mer eller mindre serieproduktion är en felaktig strävan, i varje fall när det gäller psykiatri som aldrig kan bli serieproduktion av standardiserade produkter eller tjänster.

Ytligt sett är förslaget till vårdförlopp mest en sammanställning av vad som i praktiken oftast sker i psykospatienters vårdprocess, och i det perspektivet är frågan hur meningsfullt dokumentet egentligen är.

Att på det här sättet stadfästa ett ”flödesschema” kan emellertid få mycket svåra konsekvenser för den enskilde patienten. Till att börja med: I vanlig ordning är sjukvårdsorganisationens beskrivningar till hundra procent präglade av ett extremt ensidigt biomedicinskt perspektiv.

Utan denna typ av standardiserade styrdokument finns en viss flexibilitet i hur behandlingar ska utföras och med vilka metoder. Om däremot det biomedicinska synsättet slås fast i ett styrdokument, blir det betydligt svårare att frångå det i praktiken.

Ett standardiserat vårdförlopp innebär oundvikligen en rigiditet, som sätter patientens möjlighet att välja den behandling hen själv föredrar – i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Patientlagen (PL) – ur spel. En personcentrerad vård är följsam till individens behov och egna önskemål. Men någon ”personcentrering” existerar per definition inte i ett standardiserat vårdförlopp, och beteckningen blir därför falsk.

Standardiserade vårdförlopp kan vara relevanta vid ohälsotillstånd, där det är odiskutabelt vilka vårdinsatser som är de rätta och behöver göras. Så är dock inte fallet i psykiatrisk vård. Där existerar det ingen obestridlig ”evidens” för någonting. Det saknas vetenskaplig grund för att slå fast vilka behandlingar som bör användas, och en sådan ordning sätter patientens lagstadgade rätt att välja ur spel.

**RSMH är alltså mycket tveksamt till om standardiserade vårdförlopp inom psykiatri överhuvudtaget bör användas. En jämlik vård inom psykiatri borde i stället innebära ett över hela landet jämlikt utbud av för patienten valbara behandlingar.**

Psykosor och schizofreni kan ha både biologiska och sociala orsaker, och oavsett genetiska bakomliggande orsaker är det oftast en händelse av något slag som gör att en psykos utlöses. Det behövs en lyhördhet från vården till varför en människa drabbas av en psykos. Patientens bakgrund är oerhört viktig att känna till, såsom barndomstiden, uppväxten och tonårstiden, och utifrån patientens trauman går det ofta att erbjuda rätt hjälp.

**RSMH vill gärna lyfta fram modellen ”Open Dialogue”, som bedrivs med stor framgång i norra Finland och numer i många andra länder.** Strategin för öppen dialog är både ett filosofiskt/teoretiskt förhållningssätt till personer som har en psykisk hälsokris och deras familjer/nätverk, och ett vårdssystem, utvecklat i västra Lappland i Finland under de senaste 30 åren. På 1980-talet var psykiatriska tjänster i västra Lappland i dåligt skick, i själva verket hade de några av de sämsta resultaten i Europa när det gällde schizofreni. Nu har de i stället de bästa dokumenterade resultaten i västvärlden. Till exempel har omkring 75 procent av dem som upplever psykos återvänt till arbetet eller börjat studera inom två år och endast cirka 20 procent tar fortfarande antipsykotiska läkemedel efter två års uppföljning.

Öppen dialog är inte ett *alternativ* till vanliga psykiatriska tjänster, det *är* den psykiatriska tjänsten i västra Lappland. Detta har gett en unik möjlighet att utveckla en övergripande strategi med välintegrerade slutenvårds- och öppenvårdstjänster. I samarbete med familjer och sociala nätverk, så mycket som möjligt i deras egna hem, hjälper open dialogue-team dem som är inblandade i en krissituation att vara tillsammans och föra en dialog. Det har varit

deras erfarenhet att om familjen/laget kan bära extrema känslor i en krissituation, och tolerera osäkerheten, framträder med tiden nya meningar och helande blir möjligt.

De arbetar alltså med öppna samtal från monolog till levande dialog i sociala nätverk. På liknande sätt arbetar psykiatrin i Sollefteå i Västernorrland med Specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT). Dessa är nominerade till Bästa psykiatriska verksamhet inom RSMH.

Med detta sagt vill RSMH ändå framföra några synpunkter på innehållet i remissen. RSMH har varit representerat i framtagandet av förslaget till detta vårdförlopp och har fått gehör för en del synpunkter men inte alla.

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet vid schizofreni eller psykosliknande tillstånd visar flödet vid psykosens eller kristillståndets början och vilka utmaningar som finns idag. Utmaningarna är förvisso stora när det gäller bemötande, behandling, delaktighet och arbetssätt ur ett rättssäkerhetsperspektiv. Byråkratin blir besvärande för den enskilde när en psykos startar, men också därefter då det finns flera parter som ska dirigera utifrån sina plånböcker på bästa, billigaste sätt. **Förändringar idag görs inte från patienternas perspektiv utan från verksamheternas, och där är RSMH positivt till att nya former och arbetssätt provas.**

- Med remissunderlaget ges intrycket av att vårdplaner och ”kontrakt” är till för att tillförsäkra patienten den vård hen har rätt till. Sjukvårdens ansvar att ge den vård patienten behöver och har rätt till finns emellertid alldeles oavsett om det finns vårdplaner och kontrakt eller inte. Kontraktet tillför inga rättigheter till patienten. Vad kontraktsskrivning i själva verket handlar om är att binda upp patienten i ett ”kontrakterat tillfrisknande”. Det ska noteras i kontraktet vad som är ”patientens ansvar”. Varför? Om patienten inte mår tillräckligt bra för att orka följa kontraktet, är det ändå ”brutet”. Vem ska då ställas till ansvar? Ska patienten i oåterhämtat tillstånd kastas ut från vården på grund av ”kontraktsbrott”? **Det är vårdens ansvar att hjälpa, och om den inte lyckas med det, ska inte patienten skuldbeläggas ytterligare.**
- Ett av de huvudsakliga skälen till att de patientcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa en tillgänglig och jämlik vård för alla personer oavsett var de befinner sig i landet. **En indikator som föreslås är att patienter inom tre kalenderdygn efter misstanke om psykos ska ha fått kontakt med någon i en verksamhet med särskilt uppdrag, vid förstagsångsinsjuknande i psykos. Detta anser RSMH är en allt för lång tid, det bör ske redan inom det första dygnet.** Det är begripligt att inte samma förutsättningar råder över hela landet, och att det i en storstadsregion som Stockholm eller Malmö kan vara lättare att kräva kortare tid för insatser. Detta är ytterligare ett exempel på att flexibilitet är nödvändigt och att jämlik vård inte alltid behöver betyda exakt samma ledtider i varje del av landet, utan att ett jämlikt utbud av behandlingsalternativ är det centrala.

- Genomgående i förslaget till vårdförlopp hänvisas till VIP, det nationella vård- och insatsprogrammet. **Vad gäller punkten Samtal – uppföljning efter tvångsåtgärd är RSMH starkt kritiska till formuleringarna i VIP. Där står det att ett strukturerat uppföljningssamtal ska erbjudas efter tvångsåtgärderna fastspänning, avskiljande och medicinering under fastspänning/ fasthållande. Men inga kompetenskrav är knutna till personal som ska genomföra dessa samtal. Dessutom står det: ”Samtalet innehåller både personalens och individens egna upplevelser av tvångsåtgärden och händelseförloppet”. Vad personalen hade för upplevelser är ju i detta sammanhang fullständigt irrelevant. Frågorna som följer är också till stor del tveksamma. En tvångsåtgärd innebär per definition alltid en form av kränkning, och det blir då märkligt att ställa frågor som ”Upplever du att tvångsåtgärden har kränkt dig och i så fall på vilket sätt?”.**

Slutligen vill RSMH än en gång säga att viktigast av allt är att all vård, inte minst i psykiatrin, tar sin utgångspunkt hos den enskilde individen. Patienternas makt och självbestämmande behöver stärkas, men med standardiserade vårdförlopp vid psykiatriska tillstånd känner RSMH en oro för att patientmakten snarare riskerar att försvagas.

## Riksförbundet för Social och Mental hälsa

**Barbro Hejdenberg Ronsten**  
Förbundsordförande

**Kristina Båth Sågänger**  
Kanslichef

CC: **Funktionsrätt Sverige**  
**NSPH**