

Stockholm den 29 september 2021

## **NSPH:s yttrande över remissen God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)**

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är en organisation som samlar patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. NSPH har idag 13 medlemsorganisationer. Dessa är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Suicide Zero, Svenska OCD-förbundet, ÅSS och FMN.

Bland våra medlemsorganisationer finns personer med exempelvis autism, bipolär sjukdom, depressioner, utmattningssyndrom, ångestproblematik, självskadebeteende, schizofreni, ätstörningar och missbruksproblem med mera. I många fall är tillstånden mycket långvariga, i vissa fall livsvariga. Att man har flera olika diagnoser är vanligt, liksom samsjuklighet (i avseendet samtidigt beroende och psykisk ohälsa). Hos medlemsorganisationerna finns även många anhöriga, exempelvis syskon, vänner och vårdnadshavare, till ovan nämnda personer samt till personer som begått suicid.

NSPH ser patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs genom deras särskilda kunskap och anser att deras perspektiv och erfarenheter bör ha ett större inflytande över beslut och insatser som berör dem både på individ- och systemnivå.

### **Allmänna kommentarer**

NSPH har som ett av sina stora viktiga områden att medverka till att samhället utvecklar tidiga och effektiva förebyggande insatser, så att uppkomsten av psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar eller funktionsnedsättningar så långt möjligt minimeras.<sup>1</sup>

NSPH uppskattar utredningens förebyggande resonemang och fokus på att primärvården, liksom all vård, ska utgå ifrån patientens behov och inte tvärtom samt även om vikten av att involvera personer med egna erfarenheter, patienter och anhöriga, i utformningen av vården. Dels i det enskilda vårdmötet, dels när förslag till vårdlösningar tas fram och implementeras. Det finns i dag väl beprövade metoder för sådan samverkan.

Enligt direktiven skulle utredaren ”utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa”. NSPH ser positivt på detta då en tillgänglig primärvård med resurser att snabbt möta människor i svåra livssituationer skapar förutsättningar att förebygga psykisk ohälsa, suicid och suicidförsök. Det finns dock ingen vedertagen definition av begreppet lättare psykisk ohälsa. NSPH vill sätta fokus på den enskildes perspektiv och upplevelse kring vad innebörden är. Man kan inte på egen hand veta om man har, eller inte har, ”en lättare psykisk ohälsa”, och om och i så fall vad som kan vara

---

<sup>1</sup> <https://nsph.se/wp-content/uploads/2021/04/Stadgar-for-NSPH-justerat-armotet-2019.pdf>



en lämplig behandling. Man vet bara att man mår dåligt, och att de vanliga nätverken och de egna resurserna inte är tillräckliga, utan man behöver hjälp.

När man mår psykiskt dåligt är det väldigt vanligt att ens självbild och initiativförmåga påverkas negativt. Man kan behöva stöd för att ta hjälp och för att ta sig ut ur sitt eget sammanhang. Primärvården bör då i samspråk med patienten stå för behandlingar och samtidigt hjälpa till med att hitta till aktiviteter som kan fungera stödjande för att hantera vardagen till exempel inom föreningslivet.

NSPH delar synsättet som framförs i utredningen att för bästa möjliga hälsa behövs ibland stöd från hälso- och sjukvården, ibland från andra aktörer runt individen, och ofta behövs en samverkan mellan dessa olika aktörer. I utredningen beskrivs också NSPH:s olika metoder för delaktighet och brukarrörelsens metoder för inflytande som man av erfarenhet vet leder till bättre vård.

### **Primärvården och psykisk ohälsa**

År 2015 stod kostnader för det som rubriceras som psykisk ohälsa, direkt och indirekt, för nästan 5 procent av Sveriges BNP, över 21 miljarder euro. Av dessa utgjordes drygt 13 miljarder av direkta kostnader för hälso- och sjukvård och socialförsäkring och drygt 8 miljarder av indirekta kostnader, till exempel som följd av ohälsans konsekvenser på arbetsmarknaden. I befolkningen bedömdes 18 procent lida av psykisk ohälsa, inklusive skadligt bruk och beroende

Enligt SKR sker fler än 12 miljoner läkarbesök/år inom primärvården och fler än 20 miljoner besök hos andra personalkategorier (mottagningsbesök och hembesök).<sup>2</sup> Primärvårdens breda uppdrag kräver med andra ord beredskap för att möta många olika grupper av patienter. 30% av besöken i primärvården bedöms ske med psykisk ohälsa som anledning. Det handlar alltså om flera miljoner besök årligen, det vill säga mycket stora volymer.

Det är då en förutsättning att vården är resurssatt och bemannad, för att kunna möta dessa mångskiftande behov. Då resurser i nuläget saknas, vilket visas i utredningens genomgång av tillgång till såväl läkare, kuratorer samt psykologer, är NSPH:s erfarenhet att behandlingsutbudet brister och blir ensidig mot det medicinska även då olika typer av terapier och arbete i så kallade psykosociala team skulle kunna komplettera och vara till nytta.

### **Team kompletterade med själverfarna**

Det behövs grundläggande kunskap om psykisk ohälsa, bemötande och även hur man kan prata om suicid och suicidtankar hos alla som arbetar inom primärvården. För att kunna hjälpa dem med psykisk ohälsa på ett bra sätt tror vi att det behövs team, inkluderande kurator, psykolog, psykiatrisjuksköterska och arbetsterapeut samt riktlinjer för vilket stöd som kan erbjudas, hur det ska göras och av vem.

NSPH tror att det finns en stor fördel om teamen också kompletteras med minst en person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, exempelvis Peer supportrar (professionella kamratstödjare). Brukare/patienter kan känna en ökad tillit och motivation när de tillsammans med den professionella kamratstödjaren kan spegla sig i gemensamma erfarenheter. På senare år har man kunnat visa på mervärden av verksamhet som utförs av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Detta skapar mervärden som inte andra professioner kan

---

<sup>2</sup> [https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f74274e/1615284729580/statistik\\_om\\_halso-och\\_sjukvard\\_regional%20utveckling%202019.pdf](https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f74274e/1615284729580/statistik_om_halso-och_sjukvard_regional%20utveckling%202019.pdf)



erbjuda. Peer supportern kan medverka i patientutbildningar och även ha en coachande roll för patienter med psykisk ohälsa i återhämtningsfasen.

### **Psykiska och somatiska sjukdomar**

Psykisk ohälsa samverkar också ofta med olika somatiska sjukdomar, vilket ställer särskilda krav och ofta innebär kontakter med flera vårdgivare.

Studier visar att ca 80 % av patienter med depression presenterar sina problem som kroppsliga<sup>3</sup>. För många innebär det en skam att inför någon berätta om att man inte mår psykiskt bra. Detta har i sin tur en nära koppling till den stigmatisering som råder i samhället kring psykisk ohälsa. Denna har sin utgångspunkt i samhällets fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Det leder till negativ särbehandling och diskriminering på olika nivåer i samhället – såväl individuell, strukturell som institutionell diskriminering. Det leder också till att patienten införlivar dessa fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa – så kallad självstigmatisering.

Psykiska besvär påverkar även den somatiska hälsan och omvänt. Bristen på samordning och risken att ramla mellan stolarna är något som medlemmar i våra medlemsorganisationer tyvärr drabbas extra hårt av. Vi vet att den som lider av psykisk ohälsa inte bara har sämre allmäntillstånd, utan även får sämre somatisk vård. Att sjukvården inte sällan missat allvarliga somatiska besvär, som bortförklaras som psykiska. Personer med allvarliga psykiska sjukdomar har en mycket kortare medellivslängd jämfört med befolkningen i stort. Det kan dels handla om biverkningar av medicin i form av viktuppgång eller osunda matvanor, rökning, och brist på motion. Det handlar även om sämre tillgänglighet till behandling för kroppsliga sjukdomar, bristande hälsoundersökningar och lägre deltagande i förebyggande screening. Socialstyrelsen har visat att personer med en psykiatrisk diagnos som även lever med somatiska sjukdomstillstånd som stroke, bröstcancer, diabetes eller hjärtinfarkt inte får lika god medicinsk vård som patienter utan en psykiatrisk diagnos. NSPH vill betona vikten av att det vid behov tidigt görs utredningar av både den somatiska och psykiska hälsan

Det verkar också vara olika i vilken grad primärvården har ett strukturerat arbete med till exempel riskbruk av alkohol, olika huruvida det finns kompetens att fråga och bemöta dessa personer, eller om personer med den problematiken snarare hänvisas direkt till socialtjänstens missbruks- och beroendevård.

### **Primärvården och specialistpsykiatri**

Som tidigare nämnts är det cirka en tredjedel av alla personer som söker hjälp inom primärvården som har någon typ av psykisk ohälsa. Merparten vårdas och får, eller borde få, sin behandling i primärvården. Även om specialistvården inte varit utredningens uppdrag är det ju i praktiken så att en del patienter inom primärvården kommer att behöva vårdas inom psykiatri under kortare eller längre tid. Och samtidigt behöver personer som vårdats inom psykiatri och förbättrats kunna remitteras till primärvården.

Därför är det viktigt att samarbetet mellan primärvården och psykiatri fungerar, så att patienter kan få vård på rätt nivå. NSPH har sedan länge fått signaler från patienter och anhöriga om hur samarbetet mellan psykiatri och primärvård inte fungerar. En kritik handlar om bristande diagnosättning och behandling inom primärvård, och till vilken

---

<sup>3</sup> [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\) \(vgregion.se\)](https://www.vgregion.se/ansvarfordelning-och-konsultationer-mellan-primarvard-och-specialistpsykiatri-vuxna)



vårdenhet remittering bör ske. Annan kritik handlar om upplevelsen av bristande tid hos enskilda läkare. Man tar sig inte tid att skapa en överblick av hur resan och slutmålet för behandlingen ser ut. Tydligast blir detta om behandlingsresultaten uteblir och inga alternativ ges för medicinsk eller terapeutisk insats. Det blir inte sällan patienten själv, eller anhöriga, som får fungera som samordnare av de insatser som respektive huvudman ska erbjuda målgruppen, och i värsta fall blir resultatet långvarig sjukskrivning eller sjukersättning.

NSPH ser ett starkt behov av ett fördjupat samarbete kring varje patient i en samverkan mellan psykiatri och primärvård. Patienter med psykisk ohälsa kan ju också ha varierande vårdbehov och återkomma till både primärvård och specialistpsykiatri. Det krävs dialog och samordning mellan de olika vårdgivarna.

### **Vårdgarantin och psykisk ohälsa**

Målsättningen inom nuvarande vårdgarantin, att patienten ska få träffa adekvat personal inom tre dagar, var ett förslag i tidigare betänkande från God och nära vård-utredningen. Målet är i sig bra, men fungerar dåligt. På nationell nivå var det i genomsnitt 42 procent av de som bedömdes behöva träffa en psykolog som fick göra det inom vårdgarantins gräns. Vårdgarantin omfattar inte heller hela vårdkedjan (prop. 2009/10:67 s. 43). Exempelvis omfattas inte utredningar som krävs för att fastställa patientens vårdbehov eller diagnos. Det kan innebära en betydande förlängning av den totala tiden mellan ett läkarbesök och behandling. Vidare omfattas inte heller återbesök, till exempel regelbundna kontroller för kroniskt sjuka patienter (prop. 2009/10:67 s. 38 f.; SOU 2013:2 s. 124).

### **Anhörigas behov**

Utredningen noterar hur man ”*dumpar komplexiteten i patienter och närståendes knä, mer än ger stöd till bästa möjliga hälsa utifrån var och ens förutsättningar.*”<sup>4</sup> NSPH delar denna bild. När resurser saknas, och/eller då samordningen av befintligt stöd fallerar, vet vi av erfarenhet att anhöriga är den grupp som ofta blir satta att hjälpa sina sjuka närstående och försöka koordinera vården.

Anhöriga har också egna behov av stöd, och även olika behov och förutsättningar att vara delaktiga i sina närståendes vård. Vården brister vad gäller anhöriga. Som exempel har Socialstyrelsens utvärdering<sup>5</sup> av de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom visat att det i stor utsträckning saknas rutiner för att stödja anhöriga till såväl barn och unga som till vuxna. Inom primärvården har endast var femte mottagning en rutin för hur de skulle stödja vuxna anhöriga till personer med depression eller ångestsyndrom. Vården ska enligt HSL särskilt beakta barns behov av råd och stöd när förälder eller annan vuxen som barnet bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning

En tidigare enkät av NSPH<sup>6</sup> har visat att bland anhöriga som förvärvsarbetade svarade samtliga att de gått ner i arbetstid, bytt tjänst eller behövt gå ifrån arbetet för att stödja närstående i kontakt med vård och myndigheter eller vid en krissituation. Nästan hälften hade själva varit sjukskrivna. Det är viktigt att vårdens stöd till gruppen anhöriga inte uteblir. Här finns en stor grupp människor där risken är stor för egen psykisk ohälsa, med negativa samhällsekonomiska konsekvenser

<sup>4</sup> God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6), sid 17

<sup>5</sup> Socialstyrelsen, Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden, 2019, s. 90 ff

<sup>6</sup> NSPH, Vem hjälper dem som hjälper? 2015.



## Utredningens förslag och bedömningar

### **5.1 Det ska synliggöras i lag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa**

*Regioner och kommuner ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov.*

NSPH tillstyrker förslaget.

Att detta ansvar, som egentligen ju alltid har funnits, skrivs ut tydligt i lagtexten kan förhoppningsvis göra att huvudmännen satsar resurser och att psykisk ohälsa också kan uppmärksammas och förebyggas i ett tidigare skede.

Förslaget synliggör primärvårdens roll i omhändertagandet, dels för huvudmännen i deras planering och organisering av primärvården, dels för patienter och deras anhöriga om vart de i första hand ska vända sig. Det kan bidra till bättre förutsättningar för ett jämlikt omhändertagande och därigenom, i alla fall på sikt, en förbättrad psykisk hälsa och bättre förutsättningar att genom tidiga insatser förebygga suicid. Forskning visar att en stark primärvård är ett sätt att skapa en jämlik folkhälsa, eftersom man kan arbeta med förebyggande insatser, skapa kontinuitet för patienterna och långa relationer.

Vi ser dock stora utmaningar inte minst kring de resurser och den kompetensförstärkning som behövs för att göra verklighet av förändringarna. Finns inte personal så kan man helt enkelt inte åstadkomma kontinuiteten. Utredningen noterar också att det kommer att råda stora brister på personal inom hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst för den som är drabbad av olika former av psykisk ohälsa. Sverige har i jämförelse med andra länder en låg andel allmänläkare, samtidigt som sjukhusläkarna utgör en stor och ökande andel av läkarkåren<sup>7</sup>. Om det som i dag tar 7–8 veckor eller mer att få en första tid på vårdcentralen, riskerar detta att fördröja behandlingar och återhämtning. Vi vill lyfta fram vikten av tidiga insatser. Risken för att ohälsan blir långvarig eller bestående ökar markant redan efter ganska kort tid. Många har också levt med sina problem under lång tid innan de söker hjälp.

NSPH vill här påpeka att digitala lösningar inte fungerar för alla patientgrupper, exempelvis den med kognitiv funktionsnedsättning. Till exempel behöver det vara lätt för den enskilde att komma i kontakt med vården. Telefonköer, knappvalsinstruktioner liksom begränsade telefontider skapar stora svårigheter för många. Man måste kunna få tala med en person, att lämna ett meddelande och bli uppringd. Problemen våra grupper har med dessa kontakter illustreras väl av rapporterna från Socialstyrelsen kring de personliga ombudens erfarenheter. Antalet klienter som behöver stöd i kontakterna med myndigheter ökar, vilket bland annat beror på myndigheternas digitala övergång som skapar svårigheter för de som saknar e-legitimation eller bank-id<sup>8</sup>

För psykiatriska tillstånd så som ångest, depression, neuropsykiatriska tillstånd och ätstörning förekommer väntetider till behandling inom specialistvården på upp till 12 månader. Sådana väntetider är inte acceptabla, men när det sker är det nödvändigt att kunna få stöd under tiden, som exempel möjlighet till kortare terapeutiska insatser i primärvården i väntan på att få tillgång till specialistvård.

<sup>7</sup> Se delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, SOU 2021:59, sid 163

<sup>8</sup> Socialstyrelsen, Lägesrapport om verksamhet med personliga ombud, 2020



NSPH menar vidare att det är viktigt att förbättra tillgängligheten till *olika* typer av behandlingsmetoder och psykoterapiformer. Detta gäller naturligtvis för samtliga patienter, nydebuterade likväl som långtidssjuka. Primärvården behöver vidare bli mer enhetlig i landets regioner och kommuner och därmed erbjuda en mer jämlik vård.

Angående läkarbristen noterar referensgruppen med professionsorganisationer i den pågående utredningen om ökad tillgänglighet i vården att *”Ska primärvården vara navet, så räcker inte de allmänläkare som finns nu, utan referensgruppen menar att cirka 1 250 nya allmänläkare behövs i primärvårdens verksamheter. För att uppnå kontinuitet behövs en maxlistning per läkare tillsammans med att det finns ett team av olika professioner runt patienten”*.<sup>9</sup> NSPH anser att man bör lyssna till professionsföreningarnas uppfattning om behovet av de olika yrkeskategorierna som behövs för att ge en bra vård.

## 6.2 Rätt stöd till psykisk hälsa

### 6.2.1 Vägen in

*Regionens primärvård ska tillhandahålla en enkel och skyndsam väg in för den som behöver stöd för sitt psykiska mående. Kommunens primärvård bör ha rutiner och kunskapsstöd för personalen för att identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos patienter inom hemsjukvård, särskilda boenden och dagverksamheter. God kontinuitet i relationer, till exempel genom en fast vårdkontakt är viktig*

NSPH instämmer i detta liksom i att regionerna behöver säkerställa tillgängligheten till skyndsam bedömning i enlighet med vårdgarantin. Många personer har när de väl tar kontakt med vården redan gått länge med sin ohälsa, det vill säga man kommer sig inte för att söka vård. Även tillgängligheten till behandling behöver säkerställas. För att kunna göra adekvata bedömningar behöver också användandet av strukturerade bedömningsinstrument öka. Vad gäller suicidriskbedömningar saknas idag tillförlitliga bedömningsinstrument som understryker betydelsen av att medarbetare inom primärvården har som rutin att fråga om självmordstankar och självmord. Vid psykisk ohälsa är det viktigt att känna förtroende för den man möter i vården. Helst vill man möta samma person varje gång. Om man vill se till att primärvården blir den naturliga första instansen att vända sig till så behöver det finnas möjlighet att komma i kontakt med vården och få hjälp och stöd under hela dygnet - nätter, helger och storhelger.

#### Fasta vårdkontakter

Vi ser det som positivt att utredningen betonat **betydelsen av relationerna** mellan patienten och vårdpersonalen. Vid många olika kontakter är det för många svårt att känna tillit och förtroende. Det kan göra det särskilt svårt att ta upp frågor om den psykiska hälsan. Att kunna ha en fast läkarkontakt i primärvården och/eller en fast vårdkontakt är en förutsättning för kontinuitet, men beskrivningarna vi får till oss är att detta sällan är verkligheten.

Många som anser att det är viktigt att ha en fast vårdkontakt har det inte i dag. Liknande skillnader finns även för andra kvalitetsaspekter, som delaktighet och tillgänglighet. Det finns ett gap i befolkningens syn på vad som är viktigt och hur väl det tillgodoses i vården.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, SOU 2021:59, sid 221

<sup>10</sup> Vårdanalys, Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler



De stora bristerna, och stora variationerna i landet, i tillgänglighet till relevanta professioner gör att det inte blir några fasta relationer. Utredningen beskriver att cirka hälften av personerna med depression och ångest aldrig diagnosticeras. NSPH menar att detta är alarmerande, och vi vet att utebliven behandling utgör en stor risk för att sluta i suicid eller allvarlig ohälsa som blir permanent

Ett annat argument för vikten av kontinuitet och tillräckliga resurser är nuvarande sjukvårdspersonalens arbetsmiljö. Vårdpersonal är en av de grupper i samhället som har högst sjukskrivningstal.

Vad gäller kommunernas primärvård, så är det många som bor på särskilda boenden eller har hemsjukvård från kommunerna som inte erbjuds psykologisk vård och behandling. I samband med ädelreformen 1992 tog man inte med psykologer eller kuratorer bland de hälso- och sjukvårdskompetenser som behövde finnas i kommunerna. NSPH anser att detta behöver kunna erbjudas gruppen och att äldre inte ska diskrimineras på detta sätt.

## **6.2.2 Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa**

### **Insatser från huvudmännen, vårdgivare och utförare**

*Huvudmännen bör organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser. För att säkerställa detta bör det finnas en övergripande struktur för omhändertagande av psykisk ohälsa, beslutad på huvudmannanivå.*

NSPH instämmer i detta. Det händer att insatser, ofta mediciner, sätts in när man söker hjälp i hälso- och sjukvården för psykiska besvär, utan att man tagit sig tid till att prata om vad patienten själv kan göra och olika delar i att ta hand om sig själv och sin egen hälsa. Det tycks saknas strukturer för omhändertagandet, vilket gör att stödet till egenvård varierar mycket mellan olika vård- och hälsocentraler. Vi tror dock att det även hänger ihop med tillgången till personal, samt kanske tidsbrist exempelvis vid läkarbesök där både samtal, bakgrund samt ifyllande av självskattningsformulär ska klaras av på 20 minuter. Ett bättre sätt vore att ta tid för de inledande samtalen, helst flera med korta intervaller mellan, utifrån vad som passar den enskilde. För många, men inte alla, kan dessa föras digitalt.

En viktig del är även att undersöka patientens egen förmåga att förstå och kunna tillämpa dessa hälsofrämjande strategier i sin vardag (hälsolitteracitet) och ge stöd utifrån behov. För den enskilde handlar det mycket om att känna sig sedd, och inte främst vilka metoder vården använder.

Utöver ökade personella resurser är det även viktigt att få till stånd en allmän kulturförändring inom vården kring hur man ser på patienter med psykisk ohälsa. Relationen behandlare-patient och att denna fungerar har stor betydelse för återhämtning. En fungerande relation kan skapas om patienten känner sig sedd och när hans/hennes egna resurser tas tillvara. Det handlar dels om personkemi, dels om personalens värderingar, förmåga och vilja att göra patienten delaktig. Bland patienter finns förstås olika uppfattningar, liksom förmågor, att ta till sig olika behandlingar och psykoterapeutiska metoder. Att patientens personlighet och preferenser får påverka valet av behandling/insats är enligt vad NSPH erfar tyvärr inte så vanligt, varken inom primärvården eller specialistpsykiatri. Detta trots att patientens delaktighet leder till större möjligheter till återhämtning. Den nuvarande kulturen bottenar enligt NSPH mycket i stigma. Stigmatisering har sin grund i samhällets fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Många med psykisk ohälsa har ett svagt



självförtroende och självbild och införlivar lätt samhällets ofta negativa syn och fördomar – självstigma. Därför är vårdpersonalens förhållningssätt väldigt viktigt.

Utredningen beskriver flera primärvårdsverksamheter med personcentrerade arbetssätt och stegvis vård, som NPSH menar är intressanta som exempel <sup>11</sup> Dels i Västra Götalandsregionen med vårdsamordnare kopplade till psykosociala team. Utöver ett snabbare omhändertagande bidrar detta till interprofessionellt lärande. Arbetssättet är också i linje med de nationella riktlinjerna för behandling vid depression och ångestsyndrom. Liknande vårdsamordnare finns i Region Dalarna, där man arbetar med konsultpsykiater som stöd, och har fokus på uppföljningen och följer hur många patienter på respektive vårdcentral som till exempel har pågående läkemedelsbehandling. Hälsocentralen Cederkliniken i Piteå är en tredje, med öppna föreläsningar och möjlighet att träffa en samtalsterapeut för rådgivande samtal och upprättande av handlingsplan för den enskilde. En annan känd är Gustavsbergs Vårdcentral kompetenscentrum för psykisk ohälsa i Stockholmsregionen med tät kurator- och psykologbemanning som har utbildningar i stegvis vård.

### 6.2.3 Samverkan och samarbete

*En god och samordnad vård förutsätter samverkan mellan olika aktörer. Det gäller såväl inom olika delar av huvudmännens hälso- och sjukvård som med elevhälsan, studenthälsovården, företagshälsovården och socialtjänst. Utredningen bedömer även att samverkan med det civila samhällets aktörer behöver stärkas.*

NSPH delar uppfattningen. Huvudmännen behöver säkerställa strukturer för att underlätta samverkan både inom delar inom vården, samt mellan hälso- och sjukvården på primärvårdsnivå och i civilsamhället.

Det är nödvändigt med samverkan mellan regionerna och kommunerna. Antalet personer som får hemsjukvård har ökat, och kommer att fortsätta öka i takt med att befolkningen blir allt äldre. Hemsjukvården kommer att få bistå allt fler med samsjuklighet med till exempel psykisk ohälsa och somatiska sjukdomar.

Vården kan knappast med dagens brister förväntas ha resurser att inom en snar framtid klara av att på egen hand förebygga, behandla och rehabilitera personer med psykisk ohälsa och göra det i tid. Vi menar att civilsamhället är en outnyttjad resurs som kan ha stor betydelse för den enskilde. Utredningen diskuterar när det gäller denna betydelsen av KASAM – känslan av sammanhang – som bidrar till att människor kan bibehålla eller till och med förbättra hälsan. De områden som identifieras som betydelsefulla är Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet. Detta är områden som andra med liknande erfarenheter inom NSPH:s medlemsorganisationer kan vara en resurs för. Att få möta människor i liknande situation som förmedlar hopp om att återhämtning är möjligt. Ett flertal av NSPH:s medlemsorganisationer organiserar och tillhandahåller sedan årtionden via sina lokalföreningar viktiga mötesplatser för personer med psykisk ohälsa. Det är verksamheter som självhjälpsgrupper eller telefonjourer, som alla syftar till att bryta ensamhet och erbjuda kamratstöd från någon som är återhämtad.

Vi upplever tyvärr en ängslighet hos vården vad gäller att samverka med civilsamhället. En del av detta tror vi hör ihop med att man blandar ihop vårdens behandlingsansvar enligt HSL med det som olika föreningar kan bidra med. Det vill säga att primärvården genom att

<sup>11</sup> God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6), sid 272 ff





koppla ihop patienter med civilsamhället skulle ha ett (vård)ansvar för verksamheterna inom dessa föreningar. Det är tydligt i lagstiftningen att så inte är fallet, och att föreningarnas verksamheter inte kan ses som vård enligt HSL (såvida man inte har ett tydligt avtal kring detta). Det blir också motsägelsefullt när samma vård ofta hänvisar patienter till egenvård med svag eller ingen tillsyn eller uppföljning. NSPH ser civilsamhället som ett *viktig komplement* till vården som vi menar tveklöst både har, och ska ha, det medicinska ansvaret. NSPH menar att ett tydliggörande av regelverken, samt uppmuntran till samverkan med civilsamhället, behövs från SKR:s sida.

Utredningen resonerar kring det civila samhället som samverkanspart, vilka fördelar som finns men också behovet av förutsättningar för sådan samverkan. Utredningen Idéburna aktörer i välfärden (Fi 2018:04) lämnade i slutet av år 2019 ett antal förslag för att öka de idéburna aktörernas medverkande i utförandet av offentligt finansierade välfärdstjänster. NSPH menar att om civilsamhället ska kunna vara den samverkanspart som utredningen beskriver, så behöver departementet gå vidare med förslagen från utredningen om Idéburna aktörer i välfärden.

Regeringen och huvudmännen bör, som utredningen föreslår, ordna de tekniska lösningarna på nationell nivå, där utbuden från de olika civila aktörerna kan samlas och tillgängliggöras. Man bör också tillse samverkan mellan 1177 Vårdguiden och olika stöd- och hjälplinjer, avsedda att möta psykisk ohälsa.

### **6.3.1 Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd**

*Huvudmännen tillsammans med verksamheter på primärvårdsnivå behöver utveckla metoder för att strukturerat inkludera patienters synpunkter och erfarenheter för uppstart, utveckling och uppföljning. Huvudmännen bör stärka och utveckla utbudet av relevanta psykopedagogiska insatser för psykisk hälsa. Utredningen delar Socialstyrelsens bedömning att huvudmännen bör utveckla skriftliga rutiner för stöd till närstående, för att därigenom öka andelen som får ta del av stödinsatser.*

NSPH instämmer i att kommuner och regioner behöver bli bättre på att följa upp resultat som är viktiga för patienter, brukare och anhöriga. Man behöver skapa tjänster och funktioner inom vård och omsorg som bygger på den särskilda kunskap som personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa har (exempelvis brukarrevision, patientforum och Peer support).

NSPH anser att det är viktigt med en systematisk uppföljning och utvärdering av primärvården för att kunna utvärdera omställningen mot en god och nära vård. Det behövs en brukarmedverkan i utvärderandet. Detta kan ske till exempel genom att etablera brukarråd inom primärvårdens verksamheter. På det sättet kan brukar- och anhörigorganisationer ges inflytande över hur vården organiseras, vilka insatser som ges och aktivt medverka till utformningen av vårdprocesserna. I ett brukarråd med kontinuerlig dialog mellan personal/chefer för en verksamhet och representanter för olika regionala patient- och brukarföreningar skulle verksamheterna kunna förbättras.

Ett annat viktigt verktyg är regelbundna brukarrevisioner. Det är en oberoende och systematisk undersökning av en verksamhet som utförs av personer som har varit brukare, patienter eller anhöriga i en likartad verksamhet. Brukarrevisioner kan göras genom samtal, intervjuer eller enkäter med anhöriga, brukare eller patienter i verksamheten och personalen som jobbar där. Fördelar med såväl brukarråd som brukarrevisioner är att dessa resulterar i en samlad röst från en demokratisk fristående brukarrörelse, som kan framföra en systematiserad



och analyserad erfarenhet och kunskap om hur god vård kan utvecklas och implementeras. Det finns goda exempel på hur en region kan stärka samverkan med patient-, brukar- och närståendeföreningar<sup>12</sup>

Vad gäller skriftliga rutiner för stöd till närstående, så har Socialstyrelsen den 30 juni 2021 redovisat regeringsuppdraget kring en nationell anhörigstrategi till socialdepartementet. NSPH noterar att många anhöriga har det mycket besvärligt. Ena stunden förväntas man stå för stora hjälpinsatser och ska försöka vara vårdsamordnare för sina sjuka närstående när vården inte sköter detta lagstadgade uppdrag via exempelvis SIP. För att nästa stund helt bli utestängd ifrån vad som sker med hänvisning till sekretess. NSPH anser att man behöver vägleda anställda inom vård och kommunal omsorg kring hur de kan bemöta anhöriga om sekretessrelaterade frågor. Detta kan göras med bibehållen respekt för den sjukes integritet.

### **6.3.2 Utbildning och kompetensförsörjning**

*Huvudmännen bör säkerställa erforderlig kompetens i primärvården vad gäller psykisk ohälsa och vid behov tillhandhålla nödvändiga kompetensutvecklingsinsatser.*

NSPH delar uppfattningen som utredningen beskriver, att regeringen bör överväga att utreda om det finns behov av att standardisera och kvalitetssäkra den grundläggande psykoterapiutbildningen. Det är inte tillfredställande med så stora olikheter i terapeuternas utbildningsbakgrund, och i förlängningen en patientsäkerhetsfråga. För att kunna stödja andra människor till hälsa måste också goda förutsättningar finnas för den egna hälsan. Därför bör huvudmännen särskilt beakta att det erbjuds ändamålsenliga insatser till stöd för medarbetarnas hälsa.

Suicide Zero, som är en av NSPH:s medlemsorganisationer, beskriver att verksamheter i kommuner och regioner ofta saknar rutiner för hur man ska agera vid risk för suicid, suicidförsök och fullbordad suicid. Man understryker också betydelsen av att primärvården utvecklar arbetssätt kring att upprätta en säkerhetsplan mellan patient och behandlare. Säkerhetsplanen innehåller ett antal personligt anpassade hanteringsstrategier för hur en patient kan förebygga en möjlig självmordskris. Det är de insikter och strategier som patienten tillsammans med sin behandlare kommer fram till som bildar innehållet i planen. Utvärderingar visar på 45 procents minskad risk för dem som använder sig av säkerhetsplaner jämfört med dem som inte gör det.

En annan viktig del, som också är en del av återhämtningen, är de sjukskrivningar som är vanliga, under kortare eller längre tid. Det behövs dels regler inom socialförsäkringarna som medger återhämtning, dels att läkare inom primärvården kan beskriva detta i sina intyg till Försäkringskassan. Detta brister på sina håll, och försäkringsmedicinsk kunskap är därför nödvändig. Man bör hålla i minnet att dessa diagnoser är de vanligaste vid sjukpenning och även att, som exempel, ca 70% av de med ångest och depression hanteras i primärvården

### **6.3.3 Uppföljning och forskning**

*En systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå behöver brådskande byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård.*

---

<sup>12</sup> "Handlingsplan för överenskommelsen mellan Västra Götalandsregionen och det civila samhället 2020–2022".



NSPH instämmer i förslaget att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå behöver byggas upp. Vi menar att man bör förtydliga primärvårdens liksom kommunernas ansvar att lämna underlag för denna uppföljning och forskning. Detta är även i linje med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, där det uttalas att Sverige inte bara åtagit sig att ge en jämlik vård och erbjuda insatser som behövs speciellt på grund av funktionsnedsättning (artikel 25), utan även att genom statistik och forskning följa upp att så faktiskt sker (artikel 31).

## **Forskning**

*Utredningens bedömning: Möjligheterna till forskning inom primärvården gällande psykisk ohälsa bör stärkas. Genom att stärka forskningen i primärvården ökar kunskapen och det blir möjligt att i större utsträckning erbjuda ändamålsenliga och effektiva insatser. Att finansiera forskning i primärvård är en fortsatt utmaning, och insatser bör göras, på såväl statlig som huvudmannanivå, för att på olika sätt stimulera denna.*

NSPH instämmer i bedömningen att forskningen inom primärvården gällande psykisk ohälsa bör stärkas

## **Kunskapsstöd Nationell nivå**

*Utredningens bedömningar: Psykisk ohälsa bör tydligare uppmärksammas i kommande översyner av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.*

*Ett arbete med ett nationellt kunskapsstöd avseende stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom bör initieras av Socialstyrelsen, även om kunskapsläget vad gäller behandlingar är bristfälligt, i syfte att ge förutsättningar för mer jämlik vård i hela landet samt möjlighet till strukturerad uppföljning och forskning av de insatser som ges hos huvudmännen.*

*Utifrån ökad kunskap om interventioner vid lindrig depression bör övervägas att vid kommande översyn av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom särskilja insatser vid lätt respektive måttlig depression. Detta också för att underlätta för huvudmännen i den lokala organiseringen av insatser.*

NSPH instämmer i bedömningarna.

## **Huvudmanna- och verksamhetsnivå**

*Utredningens bedömning: Såväl regionens som kommunens primärvård bör ha tillgång till relevanta kunskapsstöd, utformade utifrån primärvårdskontext, för att triagera, bedöma och behandla personer med psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att arbetet med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, och de insatsprogram som där tas fram, kan utgöra sådana kunskapsstöd.*

*Utredningen bedömer vidare att standardiserade vårdförlopp, med avsikt att inkludera såväl primärvård som annan hälso- och sjukvård och socialtjänst, kan möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan individ och personal.*



NSPH delar utredningens bedömning, och menar att en styrka med de standardiserade vårdförloppen är att man utifrån från en persons symtom omfattar samtliga aktörer som kan tänkas involveras i patientens process.

### **6.3.4 Framtida statliga satsningar**

*Utredningens bedömning: Framtida statliga satsningar inom området psykisk hälsa/ohälsa bör ha en ramstruktur som tydligt adresserar de olika nivåerna av arbete med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården, i syfte att inte enbart beakta delarna utan helheten. De bör därför omfatta såväl specialiserad psykiatri som primärvård (regional och kommunal), och samordningen dem emellan.*

NSPH instämmer i bedömningen. Statliga satsningar på området behöver se till helheten, och omfatta specialistpsykiatri samt primärvården (regional och kommunal) samt samordningen.

### **6.3.5 Utvecklingsarbeten**

*Utredningens bedömning: Regeringen bör initiera två till tre utvecklingsarbeten som syftar till att utveckla modeller för hur primärvården inom ett geografiskt län – såväl den regionala som den kommunala primärvården i samverkan – kan skapa metoder och strukturer för ett stegvis integrerat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Modellerna bör även inkludera gränssnittet till specialiserad psykiatri samt andra aktörer såsom det civila samhället i linje med den modell som beskrivs i avsnitt 6.2, Rätt stöd till psykisk hälsa. Utvecklingsarbetena bör pågå under tre år och ha såväl strukturerad uppföljning som forskning av oberoende aktör knuten till sig från start.*

NSPH instämmer i bedömningen.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Conny Allaskog

Ordförande