Stockholm den 29 mars 2021

**Verdandis synpunkter på förslagen i God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)**

Vi vill börja med våra mer generella synpunkter när det gäller övergången från en centraliserad specialistvård till en mer decentraliserad närvård med utgångspunkt från brukare av missbruks/beroendevård och psykiatri.

Längre ner i sammanställningen punktar vi det vi tycker är bra i utredningens förslag.

***Övergripande resonemang***

Verdandi ser många viktiga delar i det som utredaren beskriver och att styrkan i nära vård är att man flyttar fokus:

* från organisation till person
* från passiv mottagare till aktiv medskapare
* från isolerade insatser till samordnade
* från reaktivt till proaktivt.

Vi i Verdandi är måna om att man särskilt ser till behov hos personer med skadligt bruk(missbruk)/beroende. Under förutsättning att missbruket eller beroendet efter en medicinsk bedömning uppfyller kriterierna för en medicinsk diagnos är det ett sjukdomstillstånd. Det ska förebyggas och behandlas med ansvar hos sjukvården såsom för andra psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd. Regionens ansvar gäller här även spelmissbruk när det är en medicinsk diagnos.

Medicinering i stället för psykosocial behandling?

Målet för en stärkt primärvård i God och nära vård behöver ses i ljuset av annan utveckling som sker inom vården – till exempel Samsjuklighetsutredningens uppdrag att se över möjligheter för en förändring av huvudmannaskap för missbruk/beroende för personer med samtidig annan psykiatrisk ohälsa.

När primärvården får ett större uppdrag är vi oroliga att personer med beroendesjukdom inte kommer att få vård som är likvärdig över landet eller – precis som utredningens lyfter – ens inom samma region eller stad. Detta problem är redan ett faktum men riskerar att förvärras om ytterligare ansvar styrs bort från specialistvård till primärvård, en utveckling som påskyndas av att medicineringsalternativen blir fler och demografin ställer krav på decentralisering från större sjukhus till nära vård.

I denna utveckling ser vi framför oss att rätten att kunna få välja att bli *helt* drogfri - alltså utan underhållsbehandling eller psykofarmaka mot skadligt bruk/beroendetillstånd - måste värnas, när hälso- och sjukvårdens första linje får en större behandlande roll. Detta är en utveckling som för övrigt riskerar att stärkas ytterligare till följd av Samsjuklighetsutredningen. Om Samsjuklighetsutredningens förslag antas när det gäller minskad roll för socialtjänsten avseende behandling av personer med beroendeproblem kommer primärvårdens roll att öka än mer för denna patientgrupp. En alltför ensidig medikalisering av beroendeproblem är inte till hjälp för de som lider av beroendesjukdom eller riskerar att utveckla beroende.

Svårt med kompetensförsörjning och rekrytering

Vi instämmer i utredningens åsikt att huvudmännen behöver utveckla och fastställa tydligare övergripande strukturer och stöd för primärvårdsverksamheternas omhändertagande av psykisk ohälsa. En generell decentraliseringstanke för vården fungerar enligt vår åsikt dåligt när det gäller de grupper som har allvarliga sociala utmaningar, och där de medicinska diagnoserna bara är en del av problemen. Beroendevård är i allra högsta grad en specialistvård som ställer krav på akademisk kompetens och klinisk erfarenhet.

Stigmat som följer med skadligt bruk/beroende och andra psykiatriska diagnoser kan ytterligare förhindra öppenhet från patienter – vilket utredningen också lyfter – och därmed försvåra att primärvården tillräckligt kan hjälpa patienter med samsjuklighetstillstånd. Patienternas upplevelse av stigma kan också hindra vårdens bedömning hur allvarliga tillstånden är, trots generalisternas specialistkompetens. Vi ser också att just patientens känsla av stigma kan också antas vara försvårande utanför storstadsområden; i storstäderna är avståndet mellan läkare och patient större och kan antas erbjuda någon mån av anonymitet, vilket inte alltid är fallet i mindre orter. Därför är det extra viktigt hur man för frågor om psykisk ohälsa och skadligt bruk på tal – kunskap om detta behövs i primärvården, vilket vi återkommer till under rubriken ”Personcentrerad vård” nedan.

En god och nära vård kräver inte bara gott bemötande och ett synsätt där patienten är i centrum utan också – som utredningen vet – svårrekryterad kompetens för beroendetillstånd och tillstånd som kan följa med beroende, även psykiatriska. Eftersom primärvården inte har den här kunskapen idag ställer decentralisering av vården för denna patientgrupp krav på kompetensutveckling: För att uppnå det som utredningen skriver – kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med psykisk ohälsa – behövs nationella utbildningssatsningar där akademin, redan verksam profession och brukarrörelsen involveras. Inte minst sjukvårdens behov av psykoedukativ kunskap och kunskap om psykosocialt stöd som komplement till socialtjänsterna borde utvecklas med ett tydligare psykiatriskt uppdrag för primärvården. Att se över utbildningars innehåll och behov att utöka/komplettera dem behöver också ske i samarbete med profession och brukare, t ex i en genomlysning av psykoterapiutbildningar som utredningen efterlyser.

Att ha målet med en väl fungerande stegvis vård kräver kunskapslyft.

Primärvården kan naturligtvis ha en avgörande *detekterande funktion* när det gäller skadligt bruk och därmed ha möjlighet att komma in i tid med förebyggande och motiverande insatser, men ansvaret för vård och uppföljning inom specialist-, och heldygnsvård får inte nedmonteras p g a en syn att primärvården ska ha en större roll för psykiatriska tillstånd. Tillstånden är svårbedömda och skiftande från dag till dag, och kan som känt vara livshotande vid *t ex* alkohol- och opiatberoende - särskilt i kombination med psykiatrisk annan diagnos och social utsatthet.

Verdandi efterlyser här att primärvården *särskilt* får ökad kompetens att upptäcka risk för suicid, och välkomnar att utredningen lyfter arbetet med suicidprevention.

Multisjuka med mindre uttalat skadligt bruk kan snabbt bli mycket sjuka

Patientgruppen multisjuka behöver täta, kvalificerade läkarkontakter som vi inte ser att primärvården är ensam rustad att hantera. *Detta kan gälla även då svårighetsgraden i diagnoserna var för sig inte ser allvarlig ut, och patienten inte varit aktuell för specialistvård*: Dessa patienters möjligheter till att leva upp till primärvårdens mål med ökad egenvård och följsamhet till läkares rekommendationer är ofta mycket försämrade och kan – beroende på dagsform – ibland vara helt satta ur spel. Här kan också principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON) vara kontraproduktiv. Patentkontrakt kan inte heller antas fungera som tänkt under svåra sociala förhållanden eller förändringar till det sämre i vardagen.

Eftersom tillstånden psykisk ohälsa och skadligt bruk växelverkar med varandra och kan skifta så snabbt över tid, blir det svår gränsdragningsproblematik om vad som kan ses som lättare psykisk ohälsa när diagnosbilden är komplicerad och särskilt sociala aspekter tillkommer.

Samtidigt behöver dessa patienter, som alla, tillgång till husläkare. Enligt vår erfarenhet har det varit ett problem i sig att få primärvården att vilja ta sig an patientgruppen med samsjuklighet. Det gäller särskilt privat drivna husläkarcentraler där avtalen inte främjar komplicerade vårdkontakter av det slag som multisjuka personer med skadligt bruk och psykisk ohälsa ofta har.

Det är alltså inte bara en fråga om kultur i vården, utan också ekonomiska/juridiska incitament.

***Verdandi ser positivt på följande av utredningens förslag – med vissa invändningar***

Vi tycker att det är bra att utredaren föreslår att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Invändning: Ansvaret ska inte ta bort resurser från specialiserad vård.

* Vi vet att det är mycket viktigt med kontinuerliga relationer och med en fast läkarkontakt. För dem av våra medlemmar som inte har en specialistläkare att vända sig till underlättar det med den fasta vårdkontakten i primärvården som kan remittera vidare vid behov och som finns som dialogpart för efter eventuella sjukvårdsvistelser - LUS, Lagen om säker utskrivning efter heldygnsvård, eller Samordnad Individuell Plan, SIP.

Invändning: Systemet med hyrläkare är riggat för att vårdkontakten riskerar att bli fast bara på pappret, men inte kontinuerlig i behandlingsalliansen – vilket är nog så viktigt för personer i utsatthet. Vi ser också att behovet av utökad användning av SIP är nödvändig för att tillse att denna målgrupp får gott socialt stöd (oavsett hur Samsjuklighetsutredningens förslag kommer att landa när det gäller ansvarsfördelning mellan huvudmän avseende psykosocialt, respektive socialt stöd). Detta gör det svårt att möta utredningens förhoppning att det i primärvården – utan stora förändringar – ska finnas förutsättningar för medarbetarna att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter.

* Vi ser också positivt på utredningens syn att civilsamhället är ett viktigt komplement till utbudet hos det allmänna.

Invändning: Vi vill inte ha en roll där gruppen med samsjuklighet ska hänvisas till oss där vården inte räcker till. Vi efterlyser att det allmänna tar ett helhetsgrepp på frågan om underanvändningen av SIP och LSS i denna utsatta grupp.

* Vi ser också mycket positivt på utredningens betoning av strukturerad uppföljning hos regioner och kommuner för att kunna utvärdera effekten av de insatser som görs, för kompetensförsörjning och annan planering.

Invändning: Vi är inte tillfreds med planerna på tillvägagångssätt som planeras inom socialtjänsten, dvs utökat socialtjänstregister på personnummerbas hos Socialstyrelsen (se Verdandis remissvar till Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag, SOU 2020:47). Vi ser att utökat register kan behövas för uppföljning, men förordar kontrollnummer istället för personnummer och att registren inte i något skede får anförtros privata aktörer, t ex i uppdrag av myndighet för uppföljningsuppdrag/studier.

Samma synpunkter har vi när det gäller resonemangen i God och nära vård om *primärvårdsregister*: hänsynen till de enskildas integritet och patientsekretessen måste vara styrande för utvecklingen.

* Vi ser positivt på distanskonsultation och digitala lösningar i vården - på brukarens villkor.

Invändning: Distanskontakter bör ske bara då brukaren efterfrågar sådan, och inte som första förslag. Vi ser också att den digitala kompetensen hos befolkningen skiftar och är ojämlik, och att detta också fortsättningsvis måste beaktas *särskilt* i den digitala utvecklingen för vården: e-hälsolösningar kommer aldrig kunna gälla hela befolkningen och vi vill bara förorda e-hälsolösningar där de efterfrågas och vården verkligen förbättras av digitala kontakter/lösningar, för att som utredningen skriver, *inte exkludera de* som av olika skäl inte har möjlighet att använda sådana tjänster.

* Det är bra att utredningen lyfter att uppföljningar som gjorts visar att Socialstyrelsens riktlinjer inte implementeras i tillräcklig utsträckning. Vi tror i detta sammanhang att SKR:s Vård och insatsprogram – VIP – borde utökas, vidareutvecklas och få en tydligare roll i vårdens olika verksamheter, inte minst primärvårdens.

Invändning: Detta ställer krav på verksamheternas delaktighet i SKR:s arbetsgrupper när VIP:arna utvecklas – och särskilt bör förutsättningarna för vårdcentralernas medverkan ses över, inte minst de privatdrivnas.

* Det är bra att utredningen lyfter att det med hjälp av informationen i *dagens* nationella planeringsstöd inte kan sägas var i hälso- och sjukvårdssystemet olika resurser finns.

Vi förslår ett motsvarande system för hälso- och sjukvården som det som finns för socialtjänsten i Socialstyrelsens ”Öppna jämförelser”, och med ett tillräckligt bemannat kansli hos Socialstyrelsen.

* Vi är glada att utredningen lyfter kunskapsinhämtning/utbyte i ett internationellt perspektiv och vill lyfta arbetet med brukarinflytande som sker på till exempel Socialhögskola i Lund. Vi tror också att lokal följeforskning nära praktiken kan vara mycket avgörande för genomslag för modellen Rätt stöd till psykisk hälsa, och vi menar att brukarna måste involveras i forskningen – gärna redan i forskningsdesignen.

***Personcentrerad vård***

Modellens ”Rätt stöd till psykisk hälsa” principer och arbetssätt ser vi som ett välkommet och efterlängtat paradigmskifte.Verdandi håller med i utredningens åsikt att primärvården behöver inkluderas i statliga satsningar på psykisk hälsa, och att modellen ”Rätt stöd till psykisk hälsa” kan användas som grund för det. Målet att förbättra bemötandet och omhändertagande med den enskilde i centrum visar ett genomslag för brukarinflytande – vilket vi vill understryka behövs både på individ-, grupp- och systemnivå (den senare nivån i samverkan med brukarrörelsens organisationer).

Vi vill tillägga att det finns väl framprövade metoder för inflytande på gruppnivå: Bland annat har Verdandi och Brukarkraft tagit fram metoder för brukarstyrda brukarrevisioner, certifiering av brukarinflytande och ett kontinuerligt inflytandearbete genom Tredje kraften-hjulet. Metoderna är utvecklade för att underlätta arbetet med brukarinflytande på verksamhetsnivå och lyfts av SKR i underlaget för den nationella handlingsplanen för insatser till unga mellan 13-29 år med missbruk/beroende och i VIP:en för missbruk och beroende. Socialstyrelsen lyfter brukarstyrda brukarrevisioner i Öppna jämförelser för socialtjänstens missbruksvård och socialpsykiatrin. Vi uppfattar att metoderna behöver lyftas än mer, och också inom hälso- och sjukvården.

Vi ser också positivt på att SKR lyfter frågorna om patientens medverkan som centrala för kommande utveckling inom patientnära vård: Att vården utgår från individuella förutsättningar och behov, bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv är viktiga mål. Vi ser också som viktigt att man lyfter jämlik hälsa, trygghet och självständighet och det ska grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Bemötandefrågor behöver utbildning, och vi är glada att utredningen lyfter bemötande. När det gäller primärvårdens möten med patienter med skadligt bruk/beroende vill vi särskilt lyfta att primärvårdens personal behöver bättre beredskap att på ett bra sätt kunna ta upp frågan om användning av alkohol eller droger. Detta är viktigt för patienternas integritet och för att inte spä på känslan av stigma hos patientgrupperna. Annars riskera vården en utestängningseffekt istället för en inkluderande effekt för målgruppen.

Med det sagt så är övergången ”från mottagare till medspelare” i vården en utveckling som måste ha plats för de svagaste; även personer som är i socialt svåra situationer eller av andra skäl inte kan delta i eller har nytta av en digitaliserad vård med hög grad av självständighet och egenvård.