

Socialdepartementet

Remiss av betänkandet God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)

Linköpings universitet (LiU) har beretts tillfälle att yttra sig över Remiss av betänkandet God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) och lämnar följande synpunkter.

Utredningen redogör för viktiga patientbehov inom området psykisk hälsa, särskilt mindre svåra psykiska besvär. Man konstaterar att dessa behov i dagsläget inte tillgodoses på ett tillräckligt bra sätt inom sjukvården. På ett övergripande plan är ambitionen att skapa strukturer och processer för att bättre tillgodose dessa behov mycket vällovlig. Utredningsmaterialet är mycket omfattande, men föreslagna åtgärder är färre. Ett antal specifika synpunkter följer.

Psykiska sjukdomar står för en stor del av sjukdomsburden i Sverige, omkring 8% mätt med standardmättet "disability adjusted life years" (DALY:s). Tvärtemot vanliga påståenden i samhällsdebatten har deras andel av sjukdomsburden sannolikt inte ökat nämnvärt senaste kvartseket, och var ca 7,5% vid periodens början. En annan indikator som pekar i samma riktning är antalet dödsfall i självmord / år, som minskat under perioden (även om minskningen på senare år planat ut).

Utredningen gör den korrekta iakttagelsen att primärvården och flertalet sjukvårdssystem utanför den specialiserade psykiatrin byggdes upp under en tid när fysisk hälsa stod i fokus, medan arbete med psykiska besvär inte självklart sågs som en del av uppdraget. Det är angeläget att förtydliga uppdraget för primärvården och andra aktörer, så att det på lika villkor omfattar såväl fysisk som psykisk hälsa. Det är utmärkt att utredningen föreslår detta.

Insatser för att göra arbete med psykiska besvär till en integrerad del av primärvårdens uppdrag behöver dock vägleds av samma sunda medicinska principer som dess övriga arbete. I annat fall riskerar man att än en gång främja ett

synsätt på psykiska problem som något i grunden avvikande. Det bidrar i sin tur till att upprätthålla stigmatisering. I arbetet med att normalisera synen på psykiska besvär är det därför inte produktivt med begrepp som saknar kliniskt användbara medicinska definitioner. Begreppet ”psykisk ohälsa” är tyvärr ett sådant.

Det finns en betydande praktisk risk med åtgärder som utgår från ett vagt och medicinskt odefinierat begrepp som psykisk ohälsa. Med det som vägledning kommer insatser att riktas mot en mycket blandad patientpopulation. Inom denna kommer man att med säkerhet återfinna personer med problem som sjukvården har goda förutsättningar att rikta effektiva insatser mot. När det görs kan man också förhindra att problemen förvärras och kräver specialistvård. Detta är en av utredningens intentioner, och en utmärkt sådan. Målpopulationen kommer dock även att omfatta personer med allsköns psykiska besvär, inklusive sådan som är relaterade till sociala problem, till exempel arbetslöshet, relationsproblem eller vardagens utmaningar. I dessa fall har sjukvården inte några unika evidensbaserade insatser att erbjuda för att förbättra patientens livssituation.

En betydande risk i ett sådant scenario är att undanträngningseffekter uppstår. Inkluderas alla former av odefinierad ”psykisk ohälsa” i uppdraget kommer personer med subjektivt upplevda besvär men i grunden god funktion och resurser lätt att tränga undan personer med genuin psykisk sjuklighet. En sådan utveckling strider mot såväl andan som bokstaven i hälso- och sjukvårdslagen, enligt vilken vården i första hand ska erbjuda insatser till dem med störst behov.

De psykiska sjukdomar som främst bidrar till sjukdomsördan i Sverige och i världen är depression, ångestsjukdomar och alkoholbrukssyndrom. På grund av den höga förekomsten av dessa tillstånd måste det stora flertalet av drabbade personer med nödvändighet tas omhand inom primärvården. I det avseendet är utredningens förslag utmärkta i princip. Dock saknas tydlighet i att detta rimligen ska gälla patienter med lindriga – måttligt svåra tillstånd, och endast så länge som dessa svarar på första linjens evidensbaserade interventioner.

Utredningen lägger ett betydande fokus på dokumentation och uppföljning för att säkerställa att omhändertagandet av patienterna blir gott, och man refererar till kvalitetsparametrar i nationella kunskapsstyrningsdokument. Medan intentionen här är god, är förslagen missriktade, och fokus hamnar på fel saker. Det sista vårdpersonalen behöver i dagsläget för att utföra ett bra arbete är ytterligare administrativa pålagor som registrering och dokumentation. Och kvalitetsparametrarna i kunskapsstyrningsdokumenten är inom psykiatriområdet i anmärkningsvärt hög grad inriktade på processmått av tveksamt värde för patienten.

För att insatserna ska bli effektiva behöver fokus i stället ligga på breddimplementering av evidensbaserad metodik för att screena efter specifika psykiatriska syndrom, behandla dessa, och följa upp effekten av givna insatser med validerade effektmått. På de områden som står för de stora bidragen till sjukdomsördan, dvs depressioner, ångestsjukdomar och alkoholbrukssyndrom finns väl dokumenterad metodik för alla tre av dessa komponenter. Vad vårdpersonalen och patienterna är betjänta av är lättanvända redskap för att fortlöpande få återkoppling med effektmåtten, så att man kan ta ställning till om insatserna ger avsedd effekt. Ett annat viktigt redskap är verktyg för att inhämta och fortlöpande få återkoppling av patientgenererade effektmått, inklusive mått på livskvalitet och funktionsnivå.

En ytterligare åtgärd som sannolikt kan bidra till en framgångsrik strategi är att koppla insatser mot identifierade psykiska besvär till minskade somatiska vårdbehov. Det är väl känt att en stor andel av vårdkonsumtionen inom all sjukvård, men kanske främst inom primärvården, utgörs av patienter som söker för somatiska besvär, där symtomen i själva verket orsakas av ej identifierade psykiska besvär. Oidentifierade alkoholproblem står för en stor andel av detta.

Specialistpsykiatrins uppdrag måste förbehållas de svårast sjuka, men bör även innefatta att vara konsultativt stöd till primärvården i omhändertagandet av individerna med lättare sjuklighet. Utformningen av en sådan samverkan är ett område där utredningen hade kunnat lägga fram mer konkreta förslag till förbättringar. Här krävs inte minst förbättringar av incitamentssystemen, så att samverkan alls kommer till stånd. I nuläget motverkar incitamentsstrukturen ofta ett sådant arbetssätt.

Sammanfattningsvis ger utredningsförslaget uttryck för en vällovlig ambition att förbättra omhändertagandet av personer med lindriga – medelsvåra psykiska besvär. Ambitionen att tydliggöra primärvårdens uppdrag som första linjens sjukvård även i dessa fall är god. Önskan att tillföra resurser och kompetens för att utföra detta uppdrag är lika berömvärda. Förslagen brister däremot i konkretion. Analysen utgår från en begreppsapparat som inte lämpar sig för att vägleda implementering av effektiva, evidensbaserade insatser. Det saknas en realistisk strategi för hur den nödvändiga kompetensen skall tillföras en primärvård som redan i dagsläget på många platser i landet har svårt med personalförsörjningen. Förslagen missar också tillfället att analysera de incitamentsstrukturer och ersättningssystem som i dagsläget motverkar det uttalade syftet. På dessa områden finns anledning till ett betydligt fördjupat arbete.

Handläggningen av beslutet

Beslut om detta yttrande har fattats av dekanen vid Medicinska fakulteten Lena Jonasson efter föredragning av professor Markus Heilig.

Lena Jonasson
Dekan

Markus Heilig
Professor i psykiatri

Sändlista:

Socialdepartementet
Fakultetsledningen
Medfak-kansliet
Universitetsdirektörens ledningsgrupp
Dokument- och arkivenheten (original)