



2021-09-30

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.fs@regeringskansliet.se

Remissvar God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa SOU 2021:6 (dnr S2021/00866/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på *God och nära vård – Rätt till psykisk hälsa, SOU 2021:6*. I beredningen av SLS svar har vi fått in synpunkter från följande medlemsföreningar/sektioner: **Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)**, **Svenska psykiatriska föreningen (SPF)**, **Arbets- och miljömedicinsk förening (ARM)** och **Svensk förening för beroendemedicin**. Då dessa yttranden innehåller värdefulla synpunkter, inte minst specialiteternas perspektiv, bifogas de.

Kap. 5 Primärvårdens grunduppdrag

Synpunkter på utredningens förslag: ”det ska synas i lag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende *både fysisk och psykisk hälsa*”.

SLS medlemsföreningar har inte framfört att de motsätter sig förslaget men vi ser ett antal risker som vi vill uppmärksamma regeringskansliet på.

SLS befarar att utredningens förhoppningar, om att detta förslag kan öka förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård och att huvudmännens planering av vården påverkas av synliggörandet, är *överskattade*.

SLS befarar att det kan finnas en risk att vårdbehoven delas upp i psykiska och fysiska vårdbehov när de i själva verket ofta förekommer samtidigt då människan är en helhet bestående av kropp och psyke. Vi ser följande risk: om den nya formuleringen uppfattas som en uppdelning, får det konsekvenser för hur man väljer att organisera vården som kan motverka strävan efter att se människan i ett helhetsperspektiv, vilket är grundläggande inom allmänmedicinen.

SLS vill uppmärksamma att förtydligandet i lag om primärvårdens grunduppdrag inte får riskera innebära att begreppet hälso- och sjukvård, som förekommer på många ställen i regelverken, uppfattas på annat sätt där *fysiska och psykiska* inte skrivs ut så att det riskerar exkludera psykiska ohälsa i de sammanhangen. Detta måste noggrant övervägas i ett eventuellt fortsatt lagstiftningsarbete.

SLS är kritiska till att utredningen drar slutsatsen att ”då det inte är fråga om några nya obligatoriska uppgifter eller någon skiljand i ambitionsnivå är finansieringsprincipen inte tillämplig och förslaget får därför inga ekonomiska konsekvenser för staten” (5.2.4). Om man väljer att gå vidare med förslaget, finns en risk/möjlighet att ändringen leder till en attitydglidning, att människor i ännu större utsträckning söker sig till primärvården vid upplevelse av psykiskt illabefinnande, vilket i så fall leder till ökat söktryck, vilket i så fall behöver kompenseras med *ökad resurstilldelning till primärvården*.

SLS befarar att den här slutsatsen kommer att kunna tolkas som att primärvården inte behöver resursförstärkning. Det vore olyckligt – omställningen till god och nära vård kommer att medföra ökade kostnader i primärvården och vinsterna ses i andra delar av samhällsekonomin. I *Svensk*

Förening för Beroendemedicins remissvar framförs farhågan om att resurser till primärvården kommer tas från den specialiserade vården. **SLS påtalade inför en nationell reglering** av primärvårdens grunduppdrag att det grundläggande är att uppdraget resurssätts så att det kan fullföljas i praktiken. SLS har också tidigare påtalat att en nödvändig ökad resurstilldelning till primärvården inte får ske på bekostnad av akutsjukhusen. Samma synpunkt gäller fortsatt.

SLS anser att tydligare förslag behövs för hur primärvården kan lotsa vidare personer vars upplevda ohälsa ej orsakas av medicinsk processer och därmed inte ska behandlas med medicinska åtgärder, till andra aktörer i samhället som kan erbjuda stöd till individens ökade välbefinnande. **SLS föreslår** att man tittar vidare på konceptet ”*social prescribing*” som är under stark framväxt globalt. Social prescribing har visat sig ha goda effekter på så väl upplevd hälsa som på medicinska resultat. Det gynnar folkhälsan och i förlängningen även samhällsekonomin (5.2.2).

När det gäller konsekvenser för patientsäkerhet, medicinska resultat och för vårdens professioner (5.2.8 och 5.2.9) **anser SLS att utredningen missar vikten av** att åstadkomma fast läkarkontakt för alla i allmänheten, som en del i att uppnå ambitionen att erbjuda ”rätt stöd vid psykisk ohälsa”. Detta kan illustreras av att ordet allmänläkare används 7 ggr i utredningen i jämförelse med psykolog 143 ggr, arbetsterapeut 37 ggr, kurator 39 ggr och fysioterapeut/sjukgymnast 50 ggr. SLS menar inte att förringa vikten av dessa kompetenser i primärvården. Vi ser dock att den fasta läkarens uppgift som dirigent för patientens vård och omsorgskontakter, i samspel med sitt team bestående av olika resurser/kompetenser, är **den centrala delen (”navet i navet”) i organiseringen av framtidens primärvård** – med uppdraget att tillgodose så väl fysiska som psykiska vanligt förekommande vårdbehov. Detta kan inte nog betonas i relation till konsekvenser för vårdens professioner 5.2.9.

Kap. 6 Primärvårdens organisering

6.1 En modell för att bättre möta psykisk ohälsa i primärvården.

SLS anser att det hade varit önskvärt att utredningen här förslagit en modell som tydligare belyser vikten av den fasta läkarens centrala roll i framtidens nära vård. (Se sista kommentaren till kapitel 5 ovan.) Att veta namnet på sin fasta läkare och ha möjlighet att kontakta hen när det uppstår hälsoproblem – såväl fysiska som psykiska, som man vill ha hjälp att bedöma i relation till tidigare sjukdomshistoria ger möjlighet till tillit till systemet och trygghet i att hantera sitt hälsoproblem så självständigt man kan. Det stämmer väl med de önskemål som förmedlas i kapitlet om patientens perspektiv. Det stämmer lika väl med den organisation som man byggt upp på hälsocentralen i Borgholm, som möjliggör personcentrerat arbete i en synnerligen välfungerande allmänmedicinsk verksamhet. En verksamhet som av regeringen lyfts fram som en önskvärd förebild i organiseringen av svensk primärvård.

SLS håller med utredningen om att det ska finnas en palett av åtgärder med olika intensitet som man kan erbjuda patienten utifrån medicinsk bedömning och patientens önskemål och förutsättningar. Oklart varför man valt att kalla detta stegvis vård?

6.2.1 Rätt stöd till psykisk hälsa – vägen in

Regionerna primärvård:

SLS håller med om utredningens bedömning om att det ska vara enkelt och begripligt som invånare vart man vänder sig om man behöver stöd med psykisk ohälsa. **SLS anser** samtidigt att det är angeläget att regionerna, med stöd av staten, genomför den satsning på fast läkare till alla i allmänheten som är regeringens ambition. Det kommer att leda till bättre förutsättningar för primärvårdens uppdrag att fungera som första linjen vid psykisk ohälsa. Det är förhållandevis enkelt att kontakta vården när man vet namnet på sin fasta läkare och har möjlighet att ringa direkt (utan någon triageringsmur) till just sin läkare vid symtom på psykiskt illabefinnande som man önskar hjälp med att bedöma och hantera.

SLS ser risker med att rekommendera ökad användning av strukturerade bedömningsinstrument i betydelsen skattningsskalor och standardiserade intervjuer. Särskilt om man vill använda dem för triagering och/eller vill uppnå ökad mätbarhet i primärvården (typ räkna antal formulär). Man riskerar att skapa en otrygg och troligtvis kostsam ingång till vården genom att låta formulären slussa in

individerna i algoritmer som leder till hänvisning åt olika håll i sjukvårdssystemet. **SLS anser att algoritmen inte kan ersätta en läkares praktiska yrkesskicklighet, omdöme och förmåga att möta individens unicitet och samtidigt beakta rådande evidens i sin medicinska bedömning.** Algoritmen saknar intuition, omdöme, praktisk yrkeskunskande och klinisk expertis. Att läkaren med omdöme använder strukturerade bedömningsinstrument är en annan sak. Det är likväl en annan sak när läkaren ber en psykolog eller annan psykosocial resurs om en fördjupad strukturerad analys som del i sitt gemensamma differentialdiagnostiska arbete. Strukturerade bedömningsinstrument har sin plats i diagnostik och uppföljning på individnivå **MEN – trygghet börjar med ett möte, och vidmakthålls i relationen till en människa.**

Kommunernas primärvård:

SLS anser att behovet av en fast läkarkontakt oftast är som störst för de som är inskrivna i kommunens primärvård som inkluderar hemsjukvård upp till sjuksköterskenivå i ordinärt eller särskilt boende. Samordningsbehovet kring dessa patienter är ofta stort. Den fasta läkarkontakten behöver ofta kompletteras av fast vårdkontakt. **SLS håller med** om att när tecken till psykisk ohälsa noteras behöver kommunen ha utvecklade rutiner för att fånga upp och erbjuda bedömning, behandling och psykosociala insatser. Än viktigare är att sträva efter fasta kontakter: Fast läkare, fast vårdkontakt samt fast omsorgskontakt och på så vis uppnå relationskontinuitet.

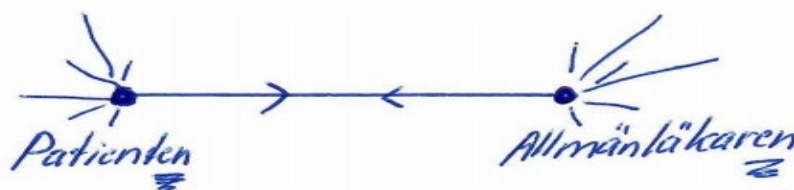
SLS ger i sitt svar till SOU 2020:70 om fast omsorgskontakt i hemtjänst stöd till denna funktion som med relationskontinuitet i tät kontakt kan ge möjlighet att fånga upp och agera på tecken till förändringar i en brukares hälsotillstånd, så väl fysiskt som psykiskt.

6.2.2 Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa

SLS håller med om att primärvården ska vara basen och navet i sjukvården. **SLS håller också med** om att insatser som görs gällande stöd vid psykisk ohälsa ska utgå från relevanta kunskapsunderlag. **SLS anser att** primärvården ska kunna erbjuda medicinsk bedömning liksom relevant stöd och behandling vid psykisk ohälsa. En viktig del för att uppnå detta kan vara att koppla ihop primärvården med lokalsamhället via "social prescribing" (vilket även nämns i kommentarerna till kapitel 5) för att på så vis stärka det friska i människorna genom låta utgångspunkten vara det individerna värdesätter och vill ha stöd att sträva mot att uppnå. Jämför med Storbritanniens modell – [NHS England » Comprehensive model of personalised care](#)

6.2.3 Samverkan och samarbete

SLS håller med om att en god nära vård som stärker hälsan förutsätter samverkan mellan olika aktörer. Vi vill återigen poängtera att funktionen fast läkare till alla i allmänheten ger stadga, begriplighet, tillit till och trygghet i sjukvårdssystemet, för såväl allmänheten som anställda inom primärvården och dess samverkanspartners i övrig specialicerad sjukvård liksom till lokalsamhället via social prescribing.



Bilden är tecknad av Bodil Jönsson som tillsammans med allmänläkare Åke Åkesson är författare till boken Tid för tillit och trygghet. I centrum finns en-en-relationen patient-läkare. Patienten har å ena sidan sina relationer, läkaren har å andra sidan sitt team som kan se olika ut utifrån patientens behov och önskemål.

Exempel på offentligt finansierade samverkanspartners till teamet kring patienten på hälso/vårdcentralen kan vara elevhälsa, studenthälsa socialtjänst, kommunal omsorg, kommunal missbruksvård och företagshälsovård. **Arbets- och miljömedicinsk förening** framhåller tex i sitt remissvar vikten av samarbete mellan primärvården och företagshälsovården i de fall då arbetsituationen identifieras som orsak till psykiskt illabefinnande/psykisk ohälsa/psykiskt sjukdom. Utredningen SOU2021-34 Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga lyfter samverkan mellan primärvård och elevhälsa. **SLS invänder sig, i sitt svar till denna utredning, mot** att flytta delar av elevhälsans ansvar till primärvården. Elevhälsan och primärvården behöver istället hitta närmare samverkansformer för att främja barn och ungas hälsa.

SLS stöder bedömningen att tekniska/digitala lösningar för att underlätta personcentrerad samverkan har sin plats i framtidens nära vård. **SLS vill dock poängtera** att det är ytterst angeläget att så väl läkare med gedigen kompetens i *medicinsk informatik* som med förankring i praktiskt kliniskt yrkeskunnande finns representerade i arbetet. I såväl urval, utformning, utvärdering, forskning som upphandlingar etc. Detta för att säkra klinisk relevans och att metoderna stödjer evidensbaserad samverkan som med fördel har patient-fast läkare-relationen som utgångspunkt och syftet att underlätta den fasta läkarens teamarbete med och kring sina patienter.

6.3.1 Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd

SLS delar bedömningen att det är centralt att inkludera patienter och anhöriga i utformningen av primärvårdens organisering.

6.3.2 Utbildning och kompetensförsörjning

Viktiga förutsättningarna hanteras sent i betänkandet, och skarpa förslag saknas. När det gäller specialister i allmänmedicin har **SLS i flera remissvar** framfört att det behövs en rad åtgärder för att göra allmänmedicinen till ett attraktivt karriärval. Förutom arbetsförhållanden och arbetsmiljö (bl a tillräckling många specialister i allmänmedicin) krävs goda möjligheter och förutsättningar för forskning och professionellt utvecklingsarbete. SLS har också framfört att staten måste ta ett större ansvar för kompetensförsörjningen under en övergångsperiod. SLS tillstyrkte en statlig finansiering av ST i allmänmedicin under en omställningsperiod, men påtalade även behovet av handledare och vårdcentraler som fungerar väl ur ett utbildningsperspektiv.

I detta sammanhang vill SLS även hänvisa till **sektionen för psykiatri remissvar** som lyfter hur kompetensen i psykiatri kan påverkas av den nya läkarutbildningen då bl a AT fasas ut och BT införs som en del av ST. SLS har inför införande av BT framhållit att psykiatrien särskilt bör beaktas under BT. Se även sektionens **för psykiatri remissvar** om psykoterapiutbildningen.

SLS välkomnar förslaget om standardisering av den grundläggande psykoterapiutbildningen för att kvalitetssäkra den.

6.3.3. Uppföljning och forskning

SLS har i tidigare remissvar (2020-09-02 på God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19) framfört att det är positivt att forskning i primärvården lyfts fram. **SLS stöder** idén med en dedikerad nyskapad finansieringsstruktur (allmänmedicinsk forskning i Norge som exempel) som kan utvecklas till en svensk motsvarighet för stöd för forskning och forskningstjänster i den ”nära vården”, ett uppdrag som skulle kunna ges till Vetenskapsrådet för att säkerställa hög vetenskaplig kvalitet efter utlysning i konkurrens. **SLS saknade dock ekonomiska satsningar** på utbildning och forskning.

Tillgången till kunskapsstöd bedöms av utredningen kunna tillgodoses via regionernas kunskapsstyrningssystem. **SLS vill framhålla** vikten av att inkludera professionsföreningarna i arbetet i regionernas kunskapsstyrningsorganisation och säkerställa att kliniskt aktiva allmänläkare är representerade i kunskapsstyrningens olika grupper. **SLS anser** att det likväl är viktigt att kunskapsstöd kokas ner till tydligt och lättanvänt material för klinisknära arbete. Till exempel så har SLS Levnadsvaneprojekt, på uppdrag av Socialstyrelsen, med syftet att skapa förutsättningar för implementering av de nationella riktlinjerna, tagit fram [Guldorn](#) som är ett verktyg för att på ett enkelt sätt uppmärksamma viktiga fakta och råd om levnadsvanor till patienter med psykisk ohälsa, oavsett vart i hälso- och sjukvården kontakten sker. Förutom att det gynnar patienten så vet vi att lättillgängliga verktyg av det här slaget är avgörande för att stressad hälso- och sjukvårdspersonal ska ges förutsättningar att på ett enkelt sätt arbeta med det viktiga preventiva arbetet i alla möten med patienter. Frågan är hur väl regionerna lyckas fånga upp material som detta till sina kunskapsstöd riktade såväl till patienter som till vårdpersonal?

Utredningen skriver på sid 313 att de bedömer att standardiserade vårdförlopp med avsikt att inkludera så väl primärvård som annan hälso- och sjukvård och socialtjänst kan möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan patient och individ. **SLS anser** att lättillgängliga lättanvända kunskapsstöd är viktiga i patientmötet. Att tala om att standardisera vårdförlopp i nära vård-kontext anser SLS leder tankarna fel. Det enda som där behöver standardiseras är att alla i allmänheten ska erbjudas en fastläkarkontakt – en dirigent som kan ta hänsyn till såväl kunskapsstöd som individens och situationens unicitet. Och att låta utgångspunkten vara att fråga patienten/brukaren – vad är viktigt för dig.

6.3.4 Framtida statliga satsningar

SLS är inte positivt till tillfälliga överenskommelser och s.k. satsningar då de tenderar att bli just tillfälliga och leda till en splittrad styrning samt mer administration. Primärvården behöver stabilitet och långsiktigt byggas ut för att kunna bli basen i hälso- och sjukvården. Vägen framåt är att säkerställa att alla i allmänheten erbjuds en fast läkarkontakt i primärvården.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
Ordförande

Susanna Althini
ledamot i SLS nämnd

Bilagor:

Remissvar från SLS medlemsföreningar/sektioner

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
Svenska psykiatriska föreningen (SPF)
Arbets- och miljömedicinsk förening (ARM)
Svensk förening för beroendemedicin
Svensk Neurokirurgisk Förening