Region Stockholm

14

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

HSN 2021-1105

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Psykiatri och samverkan/allmänmedicin
Gabriella Norén
Julia Lindström

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-06-02

HSN 2021-1105

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

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

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6).

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i psykiatriberedningen.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande antas som nämndens yttrande och överlämnas till regionstyrelsen.

2. Paragrafen justeras omedelbart.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Socialdepartementet har skickat betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) på remiss till Region Stockholm för yttrande senast den 30 september 2021.

Utredningen föreslår att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Utredningen föreslår således att 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska omformuleras så att ”regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov”.

Överväganden
Förvaltningen ser positivt på att det i hälso- och sjukvårdslagen klargörs att regioner och kommuner ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården som krävs för att tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov.

I Region Stockholm har primärvården under lång tid haft i uppdrag att omhänderta både fysiska och psykiska vårdbehov. Under 2021 förstärktes husläkarmottagningarnas uppdrag gällande psykisk hälsa. Denna förstärkning går i linje med betänkandets bedömningar på flertal områden och inkluderar exempelvis stärkta krav på samverkan, uppföljning och bemanning med multiprofessionella team för en mer personcentrerad vård. Region Stockholm har även initierat ett utbildningspaket och kunskapsstöd för att stödja vårdgivarna i implementeringen av avtalsförändringarna.

Förstärkningen av husläkarmottagningarnas uppdrag gällande psykisk hälsa är en del av regionens bredare omstrukturering av primärvården enligt den primärvårdsstrategi (HSN 2019–2025) och tillhörande genomförandeplan (HSN 2019–0945) som hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om. Förändringarna är i linje med betänkandets lagförslag och med flera av bedömningarna i betänkandet.

Ett annat exempel på åtgärd i genomförandeplanen
för primärvårdsstrategin, som har genomförts 2021, är att alla kommuner respektive stadsdelar i Stockholms stad ska utse en husläkarmottagning att vara samordnande för samverkan på strukturell nivå mellan vårdgivare och mellan vård- och omsorgsgivare. Samverkan gäller även insatser mot psykisk ohälsa.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet medför oförändrade ekonomiska konsekvenser. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen anser dock liksom utredningen att det är samhällsekonomiskt effektivt att omhänderta besvär på ett tidigt stadium och på lägsta möjliga omhändertagandenivå. En

utbyggnad av primärvården så att den kan omhänderta lättare till måttliga psykiska vårdbehov avlastar specialistpsykiatrin som kan ägna sig svårare psykiatriska tillstånd.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Beslutet medför oförändrade konsekvenser för patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Beslutet medför oförändrade konsekvenser för jämställd och jämlik vård.

Miljökonsekvenser
Beslutet medför oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Beslutet medför oförändrade administrativa konsekvenser.

Johan Bratt
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

Godkänd av Johan Bratt, 2021-06-02

RS 2021-0375

God och nära vård

Rätt stöd till psykisk hälsa

Betänkande av utredningen
Samordnad utveckling för god och nära vård

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:6

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Combined AB
Inlagesillustrationer: Gullers Grupp och Combined AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0019-4
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Till särskild utredare förordnades chefläkaren och biträdande landstingsdirektören Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 3 mars 2017 kanslirådet Louise Andersson. Som sekreterare anställdes fr.o.m. den 2 oktober 2017 t.o.m. den 30 juni 2018 allmänläkaren Karin Träff Nordström och civilekonomen Marie Öberg Lindevall. Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 9 oktober 2017 t.o.m. den 31 mars 2019 juristen Malin Lundberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 22 oktober 2018 t.o.m. den 31 mars 2020 medicinska informatikern Niklas Eklöf, och den 28 januari 2019 juristen Anna-Klara Brage. Som sekreterare anställdes även juristen Caroline-Olivia Elgán fr.o.m. den 1 september 2019 t.o.m. den 3 mars 2020 och fil.kand. Max Printz fr.o.m. den 6 november 2019 t.o.m. den 31 mars 2020.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 departementssekreteraren Malin Bolinder, kanslirådet Anna Brooks, departementssekreteraren Fredrik Friberg, departementssekreteraren Elin Persson samt departementssekreteraren Nina Viberg. Som experter till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 allmänläkaren Peter Berggren, digitala strategen Niklas Eklöf, representanten för Funktionsrätt Sverige Anders Gustafsson, distriktssköterskan

Hanna Lundstedt, folkhälsorådet Iréne Nilsson Carlsson samt SKR:s samordnare för nära vård Emma Spak.

Departementssekreteraren Malin Bolinder entledigades den 19 januari 2018 och samma dag förordnades departementssekreteraren Lisa Midlert som sakkunnig i utredningen. Kanslirådet Anna Brooks, departementssekreteraren Nina Viberg och departementssekreteraren Elin Persson entledigades fr.o.m. den 11 september 2018. Kanslirådet Anna Gralberg, kanslirådet Anna Dahlin och kanslirådet Elin Sundberg förordnades som sakkunniga i utredningen fr.o.m. den 11 september 2018. Digitala strategen Niklas Eklöf entledigades fr.o.m. den 29 oktober 2018. Avdelningschefen Kristina Fridensköld förordnades som expert i utredningen fr.o.m. den 29 oktober 2018. Kanslirådet Fredrik Friberg entledigades fr.o.m. den 27 mars 2019. Ämnesrådet Sverker Lönnerholm förordnades som sakkunnig i utredningen fr.o.m. den 27 mars 2019. Kanslirådet Anna Dahlin entledigades fr.o.m. den 13 september 2019. Samma dag förordnades ämnesrådet Petra Zetterberg-Ferngren som sakkunnig och samverkanschefen Susanne Söderberg samt förvaltningschefen Torill Skaar Magnusson som experter. Den 5 december 2019 entledigades avdelningschefen Kristina Fridensköld och avdelningschefen Annemieke Ålenius förordnades som expert.

Ämnesrådet Petra Zetterberg-Ferngren entledigades fr.o.m. den 12 mars 2020 och samma dag förordnades departementssekreteraren Linda Hindberg som sakkunnig i utredningen samt verksamhetschefen Karl Torring och den medicinskt sakkunnige Niklas Långström att vara experter i utredningen. Den 14 maj 2020 entledigades sektionschefen Emma Spak och samordnaren Lisbeth Löpare Johansson förordnades som expert i utredningen. Kanslirådet Anna Gralberg entledigades fr.o.m. den 22 juni 2020. Departementssekreteraren Linda Hindberg entledigades fr.o.m. den 26 augusti 2020 och samma dag förordnades departementssekreteraren Andrea Larsson som sakkunnig i utredningen.

Den 7 juni 2017 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

Den 21 september 2017 fick utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2017:97).

Den 1 juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Den 23 augusti 2018 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2018:90).

Den 5 juni 2019 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – Vård i Samverkan (SOU 2019:29).

Den 15 augusti 2019 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2019:49).

Den 1 april 2020 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

I detta betänkande lämnar vi förslag på att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. Vidare redovisar utredningen sina bedömningar av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa under modellen ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som tillsammans och/eller kombinerat förbättrar bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möter behoven på befolkningsnivå.

Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att på olika sätt bidra till vårt arbete.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). Utredningens samtliga uppdrag är härmed slutförda.

Stockholm i januari 2021

Anna Nergårdh

/Louise Andersson
Anna-Klara Brage

Innehåll

Sammanfattning 15

1 Författningsförslag 29

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 29

2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter 31

2.1 Direktiven 31

2.2 Centrala begrepp för betänkandet 34
2.2.1 Psykiatri 34
2.2.2 Psykologi 37
2.2.3 Socialpsykiatri 38
2.2.4 Psykologisk behandling 39
2.2.5 Psykoedukation/psykopedagogik 39
2.2.6 Psykosocialt omhändertagande och stöd 40
2.2.7 Stegvis vård 41
2.2.8 Hälsolitteracitet 42
2.2.9 Civila samhället 42

2.3 Avgränsningar 42
2.3.1 Specialiserad hälso- och sjukvård 43
2.3.2 Socialtjänst 44
2.3.3 Barn 45

2.4 Utgångspunkter samt närliggande uppdrag och utredningar 46
2.4.1 Utgångspunkter 46
2.4.2 Närliggande uppdrag 49

2.4.3 Pågående statliga utredningar ... 54
2.4.4 Kraftsamling för psykisk hälsa ... 56

2.5 Dialogarbetet ... 56
2.5.1 Generellt ... 56
2.5.2 Referensgrupper samt experter och sakkunniga ... 58
2.5.3 Patient- och brukarrepresentation ... 58
2.5.4 Samverkan med statliga myndigheter och SKR ... 59
2.5.5 Relaterade utredningar ... 59
2.5.6 Digitala verksamhetsbesök ... 59

2.6 Samhällskontexten där uppdraget getts ... 60
2.6.1 Den historiska synen på kroppens och själens sjukdom ... 60
2.6.2 Föreningslivets roll ... 61
2.6.3 Hur står det till med den psykiska hälsan och ohälsan? ... 63
2.6.4 En förändrad syn på samhällets insatser för den psykiska hälsan? ... 65
2.6.5 Hjälp till självhjälp – vem ansvarar för det? ... 66
2.6.6 Hälso- och sjukvårdens förebyggande roll och tidiga insatser av mer generell karaktär ... 68
2.6.7 Det suicidpreventiva arbetet ... 70

2.7 Ytterligare reflektioner över utgångspunkter för uppdraget ... 71
2.7.1 Diagnoser… ... 71
2.7.2 …och livshändelser ... 73
2.7.3 Varför är det viktigt att beskriva detta kontinuum mellan upplevelse och diagnos? ... 74
2.7.4 Personcentrerad vård ... 75
2.7.5 Begränsningar ... 76
2.7.6 Corona och covid-19 ... 77

2.8 Allmänt om begrepp kopplade till psykisk hälsa ... 78
2.8.1 Avsaknad av gemensamma definitioner ... 78
2.8.2 Behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag ... 79

2.9 Olika mål- och riskgrupper 83
2.9.1 Kvinnor och män 84
2.9.2 Hbtq-personer 86
2.9.3 Personer i ekonomisk utsatthet 88
2.9.4 Äldre 88
2.9.5 Personer med funktionsnedsättning 90
2.9.6 Personer med riskbruk 91
2.9.7 Personer som vårdar eller stödjer en närstående 92
2.9.8 Asylsökande och nyanlända 94

3 Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa 97

3.1 Ansvarsförhållanden 97
3.1.1 Staten 97
3.1.2 Regioner och kommuner 99
3.1.3 Arbetsgivare 109
3.1.4 Universitet och högskolor 115
3.1.5 Skola 119
3.1.6 Det civila samhället som samverkanspart 120
3.1.7 Särskilt om rollen som vårdgivare 121
3.1.8 Sammanfattande reflektioner 123

3.2 Tillbakablickar på området 124
3.2.1 Statlig styrning genom satsningar inom området psykisk ohälsa och psykisk hälsa 124
3.2.2 Föreningslivets roll 127

3.3 Kunskapsunderlag 132
3.3.1 Strukturen för kunskapsstyrning 132
3.3.2 Nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa 134
3.3.3 Huvudmännens vård- och insatsprogram vid psykisk ohälsa 135
3.3.4 Andra rapporter och underlag av relevans för uppdraget 136
3.3.5 Sammanfattande reflektioner 138

3.4 Huvudmännens formulering av uppdraget psykisk ohälsa i primärvården ... 140
3.4.1 Inledning ... 140
3.4.2 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i regionernas primärvård ... 142
3.4.3 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i kommunernas särskilda boenden ... 151
3.4.4 Sammanfattande reflektioner ... 154

3.5 Möjligheter till uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa ... 156
3.5.1 Utredningens tidigare iakttagelser och bedömningar avseende uppföljning av primärvården ... 157
3.5.2 Möjliga källor till information om psykisk ohälsa i primärvården ... 159
3.5.3 Omfattning – vad går att säga? ... 164
3.5.4 Sammanfattande reflektioner ... 169

3.6 Tjänster på distans ... 170
3.6.1 En möjlighet till personcentrerad nära vård ... 170
3.6.2 Digitala tjänster på området psykisk ohälsa ... 171
3.6.3 1177 Vårdguiden ... 172
3.6.4 Stöd- och hjälplinjer ... 174
3.6.5 Sammanfattande reflektioner ... 175

3.7 Kompetenser och utbildningsinsatser ... 176
3.7.1 Övergripande om olika kompetenser för psykisk hälsa inom primärvården ... 178
3.7.2 Fördjupning i några professioner ... 180
3.7.3 Specifika funktioner av betydelse för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa ... 198
3.7.4 Olika typer av utbildningsinsatser ... 203
3.7.5 Sammanfattande reflektioner ... 206

3.8 Psykisk ohälsa och sjukfrånvaro ... 207
3.8.1 Sjukfrånvaro relaterad till psykiatriska tillstånd ... 207
3.8.2 ”Lättare psykisk ohälsa” och sjukfrånvaro ... 208

4 Internationell utblick 211

4.1 Psykisk ohälsa ett globalt problem 211

4.2 England – Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) 214
4.2.1 Bakgrund 214
4.2.2 Programmets innehåll 216
4.2.3 Resultat 217
4.2.4 Fortsatt utveckling 219

4.3 Norge – Rask psykisk helsehjelp 219
4.3.1 Bakgrund 219
4.3.2 Programmets innehåll 221
4.3.3 Resultat 222

4.4 Finland 223
4.4.1 Bakgrund 223
4.4.2 Organisering 224
4.4.3 Utvecklingsarbete 225

4.5 Sammanfattande reflektioner 226

5 Primärvårdens grunduppdrag 229

5.1 Det ska synliggöras i lag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa 229

5.2 Konsekvensanalys 239
5.2.1 Övergripande konsekvenser av förslaget 239
5.2.2 Samhällsekonomiska konsekvenser 239
5.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 241
5.2.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten 244
5.2.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna 244
5.2.6 Konsekvenser för en jämlik vård 245
5.2.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen 245

5.2.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 246
5.2.9 Konsekvenser för vårdens professioner ... 247
5.2.10 Konsekvenser för företagen ... 248
5.2.11 Övriga konsekvenser ... 249

5.3 Ikraftträdande ... 249

6 Primärvårdens organisering ... 251

6.1 En modell för att bättre möta psykisk ohälsa i primärvården ... 251
6.1.1 Om bedömningar ... 251
6.1.2 En samlad modell – ”Rätt stöd till psykisk hälsa” ... 253
6.1.3 Målgrupp ... 255

6.2 Rätt stöd till psykisk hälsa ... 259
6.2.1 Vägen in ... 259
6.2.2 Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa ... 266
6.2.3 Samverkan och samarbete ... 280

6.3 Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa ... 291
6.3.1 Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd ... 292
6.3.2 Utbildning och kompetensförsörjning ... 303
6.3.3 Uppföljning och forskning ... 308
6.3.4 Framtida statliga satsningar ... 314
6.3.5 Utvecklingsarbeten ... 317

7 Författningskommentar ... 321

7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 321

Efterord ... 323

Referenser ... 325

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2017:24 341

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2017:97 359

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2018:90 367

Bilaga 4 Kommittédirektiv 2019:49 373

Bilaga 5 Begrepp inom området psykisk hälsa 381

Bilaga 6 Välkommen till verkligheten – en exempelsamling 399

Sammanfattning

Utgångspunkter

I enlighet med våra tilläggsdirektiv från den 15 augusti 2019 ska vår utredning, utöver tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt (dir. 2019:49). Detta uppdrag bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Uppdraget gavs i en kontext av utredningens tidigare förslag och bedömningar.

Tidigare betänkanden

Regeringen fattade den 2 mars 2017 beslut om att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen valde namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i slutet av maj 2018 beslut om prop. 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Utredningen överlämnade i juni 2018 sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i december 2020 beslut

om prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Ytterligare propositioner grundade på förslagen i detta andra betänkande är aviserade.

Utredningen lämnade i juni 2019 sitt tredje delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Det betänkandet innehöll i enlighet med utredningens direktiv en rapport om arbetets inriktning och fortskridande. Delbetänkandet innehöll en analys av och bakgrund till de områden inom vilka utredningen i huvudbetänkandet sedan lämnade förslag. Det tredje betänkandet ska därför läsas tillsammans med förslagsdelarna i huvudbetänkandet.

Utredningen lämnade i april 2020 huvudbetänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdsystem (SOU 2020:19). Det innehöll förslag på strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, med fokus på samverkan mellan de båda huvudmännen, region och kommun. Förslag på hur samverkan kan stödjas på makro- (mellan huvudmännen), meso- (mellan utförare), och mikronivå (utifrån den enskilde individen) lämnades. Betänkandet innehöll förslag på ett stärkt stöd för patienten vad gäller den lagstadgade individuella planen samt förslag på hur patientkontrakt, som en visualisering av den individuella planen, kan regleras i författning. Vidare föreslogs, i enlighet med uppdraget i direktiven, hur verksamheter som drivs enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (den s.k. nationella taxan) bättre kan integreras i framtidens hälso- och sjukvårdssystem. Förslag om hur utbildning i primärvården kan stärkas lämnades, tillsammans med bedömningar av hur forskningens roll kan främjas. En översyn av samtliga beskrivningssystem i hälso- och sjukvården föreslogs, i syfte att underlätta och skapa förutsättningar för omställningen till en god och nära vård. Slutligen lyftes framgångsfaktorer och hinder för omställningen. Betänkandet har remitterats, och förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Det aktuella uppdraget

I och med tilläggsdirektiven från augusti 2019 kom inte utredningens huvudbetänkande att bli det sista betänkandet. Det blir i stället detta betänkande, som besvarar frågeställningarna i direktiven

rörande omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Vi vill tydligt påpeka att även om detta betänkande har fokus på den psykiska ohälsan har utredningen aldrig i det tidigare arbetet skiljt den psykiska hälsan från den fysiska, utan hela tiden tvärtom betonat behovet av en holistisk syn på människan i kontakten med hälso- och sjukvården. I en personcentrerad hälso- och sjukvård utgår insatserna från den enskilda människans behov, och mindre från hur hälso- och sjukvården valt att organisera sig. Just därför är primärvårdens roll i systemet så viktig. I en adekvat resurs- och kompetensförsörjd primärvård finns förutsättningar att arbeta med hela människan, utifrån dennes situation och i dess närmiljö. I kontinuerliga relationer, med såväl förebyggande och hälsofrämjande insatser som med behandling och rehabilitering. Det är viktigt för oss att betona att detta betänkande, och de förslag och bedömningar vi här gör, hänger ihop med tidigare betänkanden och de där presenterade förslagen och bedömningarna i en odelbar helhet.

Berättelsen

På omslaget till detta sista betänkande ser ni Kim. Ni känner igen hen från illustrationen av den personcentrerade hälso- och sjukvården som vi haft med i våra tidigare betänkanden. Personen Kim är förstås fiktiv. Men vi tänker att det finns en berättelse bakom personen. Hen, som många andra, är drabbad av psykisk ohälsa, själv men också i sin omgivning. Hen upplever många gånger vården som fragmentiserad, och ibland utgående mer från hälso- och sjukvårdens organisation än från personens behov. Att samverkan saknas och att bemötandet ibland sviktar. Man möter många olika personer, och det är svårt att känna tillit och förtroende. Det kan göra det särskilt svårt att ta upp frågor om den psykiska hälsan, eller frågor relaterade till psykisk hälsa såsom riskbruk, våld i nära relationer eller annan utsatthet.

Många av de berättelser vi tagit del av i den här fasen av utredningen rör, liksom tidigare, fragmentisering, splittrade insatser och ett system som dumpar komplexiteten i patienter och närståendes knä, mer än ger stöd till bästa möjliga hälsa utifrån var och ens förutsättningar. De här berättelserna har varit viktiga pusselbitar för oss i vårt arbete. De, tillsammans med alla inspel vi fått från vårdens med-

arbetare, som ofta känner en stor frustration i att inte ha de strukturer och arbetssätt man behöver för att möta den stora andelen patienter som söker primärvården just för psykisk ohälsa.

De förslag och bedömningar vi presenterar i det här betänkandet handlar om hur primärvården i regioner och kommuner ska vara ett stöd för människor med psykisk ohälsa, och tillhandahålla redskap som stödjer människor till psykisk hälsa. Det kan handla om insatser från hälso- och sjukvården, men också hur hälso- och sjukvården kan vara en brygga till andra insatser, t.ex. från civila samhället i form av föreningslivet, när de egna resurserna och det nätverk man vanligtvis har omkring sig är för svagt, eller inte räcker till.

Betänkandets form och innehåll

I det följande görs en sammanfattning av betänkandets kapitel, med fokus på de förslag och bedömningar som lämnas. Kapitel 1 och 7 innehåller författningsförslag och författningskommentar, och sammanfattas inte närmare här. Dessa kapitel bör i stället läsas tillsammans med kap. 5.

Kapitel 2. Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs inledningsvis för bakgrunden till utredningsuppdraget enligt våra direktiv, och vi presenterar för betänkandet centrala begrepp. Vi beskriver utredningens avgränsningar; bl.a. den specialiserade hälso- och vården, vård tillhandahållen med stöd av socialtjänstlagen samt vården specifikt av barn. Det föreligger uppdrag till andra statliga utredningar, som angränsar till våra direktiv, t.ex. vad gäller samsjuklighet vid missbruk och gällande barn och ungas psykiska hälsa, samt även till statliga myndigheter, och vi redogör för vilka dessa är. Vi beskriver hur utredningen även i denna avslutande fas har upprätthållit en omfattande dialog med många aktörer, men på delvis nya sätt till följd av de förändrade förhållandena under covid-pandemin.

Den samhällskontext där uppdraget givits är central för hur vi tar oss an vårt uppdrag, liksom den historiska synen på kroppens och själens tillstånd. Frågan om gränsdragningen mellan allmänt välbefinnande, nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är i högsta

grad aktuell. Det finns en allmänt spridd uppfattning att den psykiska ohälsan ökat de senaste decennierna, men det råder delade meningar om i vilken omfattning, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas. Det finns också de som problematiserar om den psykiska ohälsan över huvud taget ökat. Vi noterar att det, inte minst till följd av stigmatisering, finns ett stort behov av lågtröskelverksamheter med fokus på ett öppet och fördomsfritt bemötande av den som söker hälso- och sjukvården med psykisk ohälsa. Vare sig det sedan visar sig vara något som ska hanteras i hälso- och sjukvården, eller där kontakten med hälso- och sjukvården leder vidare till andra insatser. Vi diskuterar i detta sammanhang föreningslivets roll, och den historiskt viktiga faktor som civila samhället spelat i folkhälsofrågor. Vi resonerar kring avsaknaden av gemensamma definitioner inom området psykisk ohälsa och redogör för begreppsanvändningen i detta betänkande, och därmed i utformningen av våra förslag och bedömningar. Slutligen redogör vi för några olika mål- och riskgrupper i förhållande till psykisk ohälsa.

Kapitel 3. Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Ansvarsförhållanden, tillbakablickar och kunskapsunderlag

Detta kapitel beskriver sammantaget olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa, och hur det ser ut i nuläget. Inledningsvis redogörs för den bredd av aktörer på olika nivåer som är involverade i den psykiska ohälsan och för det ansvar, utifrån roll och uppdrag, som respektive aktör har.

Efter en kort tillbakablick på såväl statens som föreningslivets roll i detta arbete belyser vi för området relevanta kunskapsunderlag. Utredningen konstaterar att det arbete vad gäller kunskapsstyrning som i nuläget genomförs samordnat mellan ett antal kunskapsmyndigheter samt regioner och kommuner är viktigt för att samordna insatserna inte minst inom området psykisk hälsa.

Vi kan också konstatera att flera uppföljningar och utvärderingar visar att de kunskapsunderlag som finns, t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inte implementerats i tillräcklig utsträckning. Trots att olika insatser och satsningar genomförts, bl.a. via överenskommelser mellan staten och SKR, är följsamheten fortfarande otill-

räcklig speglat som otillräcklig uppfyllelse av kvalitetsindikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna. En reflektion från utredningens sida är att kunskapsunderlagen många gånger förefaller utgå från den specialiserade psykiatrins logik och arbetssätt, trots att huvuddelen av patienterna finns i primärvården. Att inkludera primärvårdens kontext tydligare i framtagandet av kunskapsunderlag för att underlätta implementering är en framgångsfaktor för framtiden. Det bör inom ramen för partnerskapet mellan Socialstyrelsen och huvudmännens modell för kunskapsstyrning finnas goda möjligheter till ett sådant arbetssätt, där också förutsättningarna för att innefatta även kommunernas hälso- och sjukvård bör kunna vara bättre än tidigare.

Huvudmännens formulering av uppdraget

Utredningen redovisar en kartläggning av hur huvudmännen själva formulerar uppdraget gällande psykisk ohälsa i primärvården. Vad gäller regionerna uppvisar genomgången en variation i såväl detaljeringsgrad som specifika krav. En viss variation är att vänta, då en avsikt med att huvudmännen utformar organiseringen är just behovet av anpassning till lokal kontext och olika förutsättningar. Vår genomgång visar dock på skillnader som är svåra att förstå som enbart beroende på sådana anpassningar. Det är anmärkningsvärt att dessa uppdragsbeskrivningar många gånger är på en påfallande övergripande nivå. Detta lämnar ett utrymme för olika tolkningar av olika leverantörer, något som kan resultera i en ojämlik vård t.o.m. för invånare inom samma region. Det torde också försvåra uppföljningen från huvudmannens sida, och göra det svårt för invånarna att veta vad man kan förvänta sig från utförarna av primärvård.

Även vad gäller ett urval av kommunernas primärvård, i vår genomgång illustrerad av den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas för äldre på särskilda boenden, finns det en relativt stor variation, och vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på ett sätt som inte explicit anger att uppdraget omfattar både fysisk och psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis ser vi ett behov av att huvudmännen utvecklar och fastställer tydligare övergripande strukturer och stöd för primärvårdsverksamheternas omhändertagande av psykisk ohälsa.

Uppföljningsmöjligheter och tjänster på distans

I avsnittet belyser vi vilka möjligheter det i dag finns att, på ett systematiskt sätt, följa upp primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Genomgången befäster och understryker behovet av att skyndsamt utveckla en mer systematisk och standardiserad dokumentering och uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, såväl på verksamhetsnivå som på regional och nationell nivå. En systematisk nationell uppföljning förutsätter också ett arbete med att utveckla datakvaliteten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder runtom i landet. Genom en mer systematisk dokumentation och uppföljning ges förbättrade möjligheter såväl till verksamhetsutveckling som till forskning och utveckling av ny kunskap. Detta är avgörande för en effektiv vård med hög kvalitet.

I detta sammanhang lyfter utredningen, liksom i tidigare betänkanden, behovet av att ett primärvårdsregister i någon form följer av Socialstyrelsens pågående uppdrag kring möjligheten för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. För att sätta mer ljus på, och lära mer om, primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer vi det också som centralt att detta område finns med bland de indikatorer som slutligt väljs för att följa omställningen till en god och nära vård. Om primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården måste den ges förutsättningar att vara det för hela människan, såväl dess fysiska som psykiska hälsa.

Vi gör vidare i kapitlet en beskrivning av olika distanstjänster, inklusive 1177 Vårdguiden, för att möta psykisk ohälsa. I dag finns olika sätt att tillhandahålla vård på distans. Former för detta kan vara e-hälsotjänster, tjänster via telefon eller traditionella behandlingsmetoder som erbjuds via internet. E-hälsolösningar har en särskild potential att tillhandahålla information anpassad till olika målgrupper och vid det tillfälle som passar individen. Detta kan gälla såväl egenvårdsråd som hur man får kontakt med rätt del av hälso-och sjukvården vid olika behov. I detta har 1177 Vårdguiden en särställning så som varande regionernas gemensamma och nationella plattform. Noterbart är den stora roll som olika stödlinjer drivna av andra aktörer än regionerna själva, ofta frivilligorganisationer, har i relation till bemötandet av den psykiska ohälsan jämfört med den fysiska. Detta medför behov av tydliga strukturer för hur samverkan mellan 1177 Vårdguiden och olika stödlinjer beskrivs och bedrivs. Vid ut-

vecklande av alla typer av distanstjänster är det särskilt viktigt att både bejaka möjligheten att inkludera fler, och på nya sätt, än tidigare, men också risken att exkludera de som av olika skäl inte har möjlighet att använda sådana tjänster.

Kompetenser och utbildningsinsatser samt sjukfrånvaro

Många professioner är, i olika grad, involverade i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Primärvården med sitt breda uppdrag är den vårdnivå som har bäst förutsättningar att med ett holistiskt synsätt vara första vårdnivå för människors såväl fysiska som psykiska vårdbehov. För att kunna göra detta på ett ändamålsenligt sätt krävs dock en viss grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och bemötande hos alla som arbetar inom primärvården. Det krävs också en kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med psykisk ohälsa. Det ger förutsättningar att organisera arbetet på effektiva sätt och i enlighet med bästa tillgängliga kunskap, t.ex. genom användande av vårdsamordnare eller organisering av psykosociala team. Utredningens dialoger har visat på utmaningar vad gäller den kunskapen, såväl hos ledningsfunktioner som i kliniska verksamheter.

Vi ser utifrån detta att det finns behov av kompetenshöjning och tillkommande utbildningsinsatser. Hur dessa ser ut varierar dock runtom i landet utifrån lokal kontext, och det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Vi belyser i kapitlet att vi med hjälp av informationen i dagens nationella planeringsstöd inte kan säga något om var i hälso- och sjukvårdssystemet olika resurser finns. Vi kan alltså inte med säkerhet säga vilka, och hur många, professioner som är verksamma i primärvården i olika delar av landet. Det blir därmed mycket svårt att beskriva gapen. Sammantaget utgör båda dessa faktorer stora utmaningar i förhållande till såväl planering av olika utbildningsinsatser framöver som omställningen till en stark primärvård med förmåga att hantera såväl fysisk som psykisk ohälsa.

Vi belyser i kapitlet också hur bristen på reglering av s.k. grundläggande psykoterapiutbildning skapar en betydande otydlighet kring vilka kompetenser personer med sådan utbildning besitter, vilket är

problematiskt för dem som ska bemanna primärvården med kompetenser för psykisk ohälsa, för de patienter de möter och för den utbildade själv.

Slutligen redogörs kort för påverkan på sjukfrånvaro av psykisk ohälsa, och hur insatser tänkta att minska den psykiska ohälsan kan förväntas påverka numerärer vad gäller sjukfrånvaro.

Kapitel 4. Internationell utblick

Sverige står inför utmaningar liknande dem i andra länder vad gäller den psykiska ohälsan och vårt uppdrag placerar sig i en global kontext. Olika länder prövar olika strategier för att bemöta dessa utmaningar. I detta kapitel redogörs kortfattat för några internationella initiativ på området samt sjukdomsbörda globalt vad gäller psykisk ohälsa samt för dess uppskattade konsekvenser, för individer och samhällen. Därefter tittar vi närmare på ett par olika länders ansatser för att hantera s.k. lättare psykisk ohälsa, i enlighet med direktiven att kartlägga om lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något annat land inom EU eller EES-området, t.ex. i Norge eller Storbritannien. Vi belyser även Finland och dess nyligt genomförda arbete med en strategi för psykisk hälsa.

Vi reflekterar i kapitlet över våra svenska förhållanden, med hälso-/vårdcentraler uppbyggda med en bred interprofessionell kompetens som grunden för primärvården. Detta ger oss, rätt använt, goda förutsättningar att dra fördel av primärvårdens och generalisternas specialistkompetens – att se till hela människan, såväl de fysiska som psykiska behoven.

Vår analys är därför att vi bör bygga vidare på denna styrka när vi utvecklar den svenska primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Snarare än att skapa nya separata, organisationer eller strukturer för omhändertagande av den psykiska ohälsan i primärvården bedömer utredningen att vi bör vidareutveckla, bättre strukturera och stärka befintliga primärvårdsverksamheters arbete med psykisk ohälsa.

Samtidigt bedömer vi att det finns viktiga lärdomar att dra från såväl Englands som Norges arbete med att skapa tydliga strukturer till stöd för både patienter och medarbetare. Dessa strukturer bör omfatta tillgänglighet, bedömning och behandling, samt kopplas till

krav på kontinuerlig uppföljning och ständiga förbättringar. Likaså kan Finlands nyligen genomförda arbete med en 10-årig strategi tjäna som inspiration för det svenska kommande strategiarbetet.

Kapitel 5. Primärvårdens grunduppdrag

Förslag till lagändring

Utredningen föreslår att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), om primärvårdens grunduppdrag, ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

Skäl för utredningens förslag

Det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet har tillkommit i en annan kontext än dagens, när vanligt förekommande vårdbehov var andra än de som är vanligt förekommande i dag. Den psykiska ohälsan har historiskt haft en undanskymd roll i hälso- och sjukvården och i debatten som helhet. När hälso- och sjukvård har diskuterats och planerats har den somatiska vården på olika sätt haft företräde. I dag har den psykiska ohälsan fått ökat fokus, men även om ekonomiska satsningar, uppdrag och utredningar i allt högre grad identifierat och uppmärksammat denna ohälsa har de satsningar som gjorts inte i någon högre utsträckning inkluderat primärvården.

Av primärvårdens definition följer att dess uppdrag inte är begränsat i fråga om t.ex. sjukdomar. Majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns redan i dag i primärvården, i enlighet med avsikten i bl.a. Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området. Våra genomgångar i kap. 2 och 3 visar dock att hälso- och sjukvårdstjänster, och uppföljning av dessa, vad gäller psykiska vårdbehov inte tillhandahålls enligt lika strukturerade former som hälso- och sjukvårdstjänster för fysiska vårdbehov. Det bör därför synliggöras i primär-

vårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Statliga satsningar inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa har bestått och består fortsatt i stor utsträckning i riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Normering har i mindre utsträckning använts som en form för statlig styrning på området. Genom lag och andra föreskrifter skapas dock nationell enhetlighet, långsiktighet och tydlighet. Den nyligt beslutade regleringen av grunduppdraget för primärvården är ett exempel på hur normering har tillämpats i syfte att skapa enhetlighet, och därigenom förutsättningar för en mer jämlik vård. Regleringen är, tillsammans med bl.a. en ändrad definition av primärvården, viktiga steg i omställningen av hälso- och sjukvården och reformen av primärvården. Enligt utredningen bör detta redan påbörjade arbete med författningsändringar i HSL för en stärkt primärvård användas och utvecklas även i syfte att adressera den psykiska ohälsan.

Det har i utredningens dialoger framförts att det skulle underlätta om det fanns ett tydligt stöd i lagstiftning för att primärvården ska organiseras och planeras också med hänsyn till behovet av omhändertagande av den psykiska ohälsan. Det uppfattas som ett stöd för de funktioner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården.

Kapitel 6. Primärvårdens organisering

Rätt stöd till psykisk hälsa

I kapitlet presenterar vi utredningens bedömningar (till skillnad från utredningens förslag, i betydelsen förslag till lagreglering) av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa utifrån kartläggningar och analyser i kap. 2, 3 och 4 samt förslaget till ändrad lagstiftning i kap. 5. Dessa bedömningar redogör vi för under tre olika rubriker; *Vägen in, Organisering av primärvårdens insatser* samt *Samverkan och samarbete*. Vi samlar dessa tre områden under ett paraply – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som kombinerade är avsedda att förbättra bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möta behoven på befolkningsnivå. Tillsammans avser utredningens bedömningar bidra till

ett förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården; av psykiatriska tillstånd, men också av psykiska besvär. Bedömningarna avser utgå från en personcentrerad utgångspunkt och principer för stegvis vård.

Grundtanken är att vid psykisk ohälsa (patientens perspektiv), dvs. vid misstanke om psykiatriska tillstånd (vådens perspektiv), är primärvården oftast vägen in till hälso- och sjukvården. Där görs en första bedömning, ges stöd till egenvård och, om så är indicerat, behandlande insatser. Antingen på primärvårdsnivå eller via kontakt med och hänvisning till annan del av hälso- och sjukvården. I de fall kriterier för psykiatriska tillstånd inte uppfylls, kan insatser för att minska funktionspåverkan av psykiska besvär behöva erbjudas, ibland av primärvården, andra gånger via strukturerad samverkan med andra aktörer, såsom företagshälsovård, studenthälsa eller föreningslivet.

I våra bedömningar visar vi på goda exempel från verksamheter vi varit i kontakt med i olika faser av utredningens arbete. De exempel vi lyfter är valda utifrån att de visar på arbetssätt och metoder där evidens föreligger utifrån aktuellt kunskapsläge, eller där insatserna kopplats till pågående forskning eller egen strukturerad uppföljning.

Utöver dessa exempel har vi under arbetets gång fått till oss ett stort antal exempel på insatser som görs i olika delar av systemet för att tillgodose de behov kopplade till psykisk ohälsa som enskilda huvudmän, verksamheter, professioner och organisationer möter i sin vardag. Dessa redovisar vi, utan inbördes ordning och med vetskap om att evidensgraden för dessa insatser varierar, i bil. 6.

Vi påminner återigen om att de bedömningar vi gör i kapitlet ska ses som sammanhängande med de förslag utredningen lämnat i tidigare betänkanden. Både vad gäller primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvårdssystemet, med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande, och vad gäller ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem. Vi vill också återigen betona vikten av att det i primärvården ges förutsättningar för medarbetarna att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter, med såväl enskilda individer som med och i sin närmiljö. Därmed skapas förutsättningar för förtroendefulla relationer och tillit, och en möjlighet att minska de stigma som många gånger hindrar människor från att lyfta problem med den psykiska hälsan i kontakt med hälso- och sjukvården.

Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa

För att uppnå ett integrerat arbetssätt i enlighet med intentionen i modellen Rätt stöd till psykisk hälsa krävs en infrastruktur som ger förutsättningar och stödjer systemet till en sådan förändring. Det gäller en rad områden; patientdelaktighet, utbildning och kompetensförsörjning, forskning och utveckling, adekvata och evidensbaserade kunskapsstöd samt finansiering. Vi gör därför även ett antal bedömningar av hur sådana förutsättningar kan skapas.

Avslutningsvis presenterar vi en möjlighet till utvecklingsarbeten i form av geografiska modellområden för implementering av Rätt stöd till psykisk hälsa. Vi lyfter där särskilt möjligheten till (och nyttan med) samtidig följeforskning vid ett sådant införande i en avgränsad lokal kontext.

Till sist …

Denna sista del av utredningens uppdrag har på många sätt känts som en av de viktigaste. På området psykisk hälsa och ohälsa finns så många aspekter att belysa, men den som dominerat är den utsatthet och det lidande som drabbar många människor med psykisk ohälsa. Likaså vetskapen om att vi saknar kunskap om bästa sättet att möta och behandla många inom området, och att den kunskap vi har är ofullständig och ojämlikt implementerad. Det ligger stora utmaningar, ibland misslyckanden, från vårdens sida i att möta människorna bakom statistiken vad gäller t.ex. suicidalitet, sjukfrånvaro eller den höga somatiska sjuk- och dödligheten hos många med samtidig psykisk problematik.

Därför har detta uppdrag känts särskilt meningsfullt, inte minst eftersom det kom att utföras under en pågående pandemi. En pandemi vars effekter på den psykiska hälsan det ännu är för tidigt att uttala sig om, men där farhågor om effekter av allt från långa tider i intensivvård till en allmän social oro och påverkan på det dagliga livet blir viktiga att följa och adressera framöver.

Vi vill som alltid rikta ett stort tack till alla som har engagerat sig i vårt arbete, och bidragit med synpunkter och inspel, öppnat sina verksamheter och avsatt tid för dialogen med oss. Ett särskilt tack vill vi rikta till patient-/brukarorganisationer, personer med egen-

erfarenhet och vårdens medarbetare som bidragit i arbetet trots många gånger svåra förhållanden under en pågående pandemi.

Vi avslutar med att ställa oss bakom den globalt accepterade principen ”No health without mental health” – Ingen hälsa utan psykisk hälsa.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs att 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SFS 2020:1043	*Föreslagen lydelse*
13 a kap.	
1 §	
Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt	
1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,	1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,	
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,	
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och	
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.	

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs inledningsvis för utredningsuppdraget enligt våra direktiv, liksom några avgränsningar och utgångspunkter för vårt arbete. Vi beskriver även hur vi bedrivit dialogarbetet i denna sista fas av utredningen. Därefter belyser vi den samhällskontext där vårt uppdrag getts, och som är central för hur vi tar oss an vårt uppdrag. Vi resonerar kring avsaknaden av gemensamma definitioner inom området psykisk ohälsa och redogör för begreppsanvändningen i detta betänkande. Slutligen redogör vi för några olika mål- och riskgrupper i förhållande till psykisk ohälsa.

2.1 Direktiven

Den 15 augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning (se bil. 4). Utöver tidigare direktiv gavs uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Utredningen fick i uppdrag att vid behov lämna förslag på hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Uppdraget bygger på en punkt i det s.k. Januariavtalet.[1]

Som beskrivet i direktiven finns i dag ingen enhetlig definition av begreppet psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. I undersökningen från 2018[2] uppgav 17 procent av befolkningen ned-

[1] En sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.
[2] Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

satt psykiskt välbefinnande, bland kvinnor var andelen 20 procent och bland män 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga, och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–48 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016, då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent.

Män söker vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör, och de väntar längre innan de gör det. Andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande. Enligt Försäkringskassan är nästan hälften av dagens sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa, och även om någon ökning generellt inte setts på senare år tenderar sjukfrånvaron relaterad till psykisk ohälsa att bli allt längre.[3]

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar att psykisk ohälsa är vanligare hos kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer.[4] Det har också uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel vid symtom på psykisk ohälsa, trots att de kan ha behov av andra insatser. Liknande problematik har rapporterats även i andra grupper.

I direktiven lyfts ytterligare grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräckligt hög grad vad gäller det psykiska välbefinnandet; personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stödjer en närstående. I uppdraget understryks vikten av att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov vad gäller psykiskt välbefinnande, för att kunna beakta personens hela livssituation, och hitta bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa såsom våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

[3] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.
[4] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

Det konstateras att hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa av olika slag, från psykiatrisk diagnos till psykiska besvär, ges såväl inom regionernas och kommunernas primärvård, som inom den specialiserade vården. Även andra verksamheter, såsom studenthälsan och företagshälsovården, kommer i kontakt med personer som har behov av stöd vid olika typer av psykisk ohälsa. Regeringens uppfattning, såsom den uttrycks i direktiven, är att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle i vissa fall också dels kunna ge bättre förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är sådan psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ingår också att definiera målgruppen för den föreslagna insatsen. I utredningens uppdrag ingår sammanfattningsvis bl.a. att:

- Utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,
- överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna, hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bäst lämpade för målgrupperna,
- överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske, utifrån att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,
- överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
- överväga hur verksamhet såsom studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera regionernas och kommunernas primärvårdsuppdrag,
- utreda hur insatserna ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas.

Valet att ge vår utredning uppdraget grundade sig i en önskan att inte fragmentisera den nära vården i onödan. Från uppdragsgivarens sida såg man det därför som naturligt att även denna del av primärvården skulle utredas inom ramen för vårt uppdrag. Från utredningens[5] sida ser vi positivt på detta, då våra förslag för och arbete med att stärka primärvården hela tiden med självklarhet omfattat såväl fysisk som psykisk hälsa.

En grundbult i utredningens arbete är liksom tidigare en personcentrerad hälso- och sjukvård, där målsättningen är att skapa förutsättningar för partnerskap och samskapande mellan personen och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Ett förhållningssätt där utgångspunkten alltid är personens behov, preferenser och egna inneboende resurser i det individuella mötet, och där också övergripande mål på befolkningsnivå och den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen alltid måste tas i beaktande.

2.2 Centrala begrepp för betänkandet

2.2.1 Psykiatri

Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder psykiatri vetenskapen om psykiska sjukdomar och deras botande.[6]

Om vi tittar mer ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och tar hjälp av MeSH[7] så anges där att det är en medicinsk disciplin som ägnar sig åt orsaker till samt diagnos, förebyggande och behandling av psykiska sjukdomar.

Inom begreppet ryms alltså dels en bredare tolkning som omfattar ett brett vetenskapsområde och dels en snävare tolkning som specifikt syftar på en medicinsk disciplin, och egen specialitet, för bl.a. läkare och sjuksköterskor.

[5] I texten används omväxlande begreppen ”vi” och” utredningen” om vår egen utredning. När det handlar om andra utredningar anges dessa vid namn.
[6] Svenska Akademiens ordböcker, *Psykiatri*.
[7] Svensk MeSH är en översättning av MeSH (Medical Subject Headings), som är den kontrollerade vokabulär som produceras och underhålls av NLM (U.S. National Library of Medicine). MeSH används i databaserna PubMed, SveMed+ och Cochrane Library, se mer på https://mesh.kib.ki.se/info/om-webbplatsen.

Diagnostik inom psykiatri

I Sverige används International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) generellt vid diagnostik inom hälso- och sjukvården. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) används främst inom forskning och inom den specialiserade psykiatrin.

Första linjens psykiatri

Första linjens psykiatri är ett begrepp som används alltmer men inte har någon tydligt fastslagen definition, utan kan innebära olika saker i olika kontexter. Gemensamt är dock att det avser den del av vården som är avsedd att vara den instans som först tar emot den som söker hjälp vid psykisk ohälsa. Det vill säga vård på primärvårdsnivå, oavsett hur den är organiserad.

Det är utredningens förståelse att begreppet i hög grad vuxit fram inom vården av barn och unga. Socialstyrelsen konstaterar bl.a. att:

> … antalet barn och ungdomar som behandlas inom psykiatrin respektive med antidepressiva läkemedel har ökat och fortsätter att öka. För att möta dessa behov har många kommuner och regioner de senaste åren arbetat med att bygga upp en så kallad första linje, alltså en psykiatrisk primärvård för unga. Första linjen finns organisatoriskt mellan den generella nivån (de insatser som erbjuds alla barn och unga) och nivån för specialistinsatser, vilket gör att de kan erbjuda vård och stöd till barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Detta är således första linjen för barn och ungas psykiska hälsa. Första linjen är den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att vara den instans som först tar emot barn och ungdomar – eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt – oavsett om orsakerna till problemet är psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska.[8]

Begreppet används dock även för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa som tillhandahålls till övriga befolkningen (dvs. vuxna och äldre). Till exempel beskriver flera regioner i sina förfrågningsunderlag för hälso-/vårdcentraler att uppdraget innebär att vara första linjen för patienter med psykisk ohälsa.

[8] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 29.

Specialiserad vård och specialiteter inom psykiatri

Som angetts ovan är psykiatri en egen medicinsk disciplin. Liksom för all vård gäller vid psykisk ohälsa att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[9] När det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens för den psykiska hälsan är det i stället den specialiserade psykiatriska vården som ska svara för åtgärderna. Såväl för läkare som för sjuksköterskor finns det statligt reglerade specialiteter inom psykiatri.

Specialistläkare, psykiatri

I Socialstyrelsens målbeskrivning (2015) för samtliga specialiteter anges de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ST-läkaren ska utveckla under specialiseringstjänstgöringen, och hur de förväntas ta sig uttryck i den specialistkompetenta läkarens yrkesutövning.[10] Där anges bl.a. att specialiteten psykiatri karaktäriseras av utredning, bedömning, diagnostik, behandling och uppföljning samt omvårdnad och rehabilitering vid psykiska sjukdomar hos vuxna, där svårighetsgraden är av sådan art att den kräver specialistpsykiatrins samlade resurser.

Begreppet psykisk sjukdom avser här även personlighetsstörning och beroendetillstånd. Det innebär en psykisk dysfunktion med lidande eller funktionsinskränkning, eller både och. Specifika delmål betonar nödvändig kunskap om samordning och uppföljning av patienter över lång tid, kombination av psykofarmakologiska och psykosociala insatser i samarbete med andra yrkesgrupper och brukarorganisationers roll som resurs.

Psykiatri är en basspecialitet till grenspecialiteten rättspsykiatri. Noteras bör att barn- och ungdomspsykiatri är en egen basspecialitet. Givet utredningens fokus på de över 18 år (se avsnitt 2.3.3) utvecklas inte den vidare här.

[9] 2 kap. 6 § *hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30) (HSL). Obs. lydelsen gäller fr.o.m. den 1 juli 2021.
[10] Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2015*, 2015.

Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård

Av examensbeskrivningen framgår att studenten ska

- visa förmåga att observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov,
- visa förmåga att möta människor i kris, och
- visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg.

Psykiatrisk omvårdnad tar utgångspunkt i att alla människor har möjligheter att växa och utvecklas. Vidare att alla personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar har rätt till kvalitativt god och säker personcentrerad vård som stödjer personens oberoende och självständighet. Omvårdnad inom psykiatrisk vård innebär insatser som syftar till att stärka personens känsla av att ha kontroll över sitt liv, förmåga att hantera känslor av meningslöshet, utveckla strategier, lära sig att hantera sin sjukdom och dess konsekvenser, samt formulera rimliga livsmål och uppnå personlig utveckling. I psykiatrisk omvårdnad betonas hälsoprocesser ur ett helhetsperspektiv liksom de livsförhållanden och levnadsvillkor som bidrar till hälsa.[11]

2.2.2 Psykologi

Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder psykologi vetenskapen om själslivet i vid mening; själsliv; psykisk natur; människokännedom. I Svensk ordbok anges att psykologi är läran om själslivet, dvs. om människors upplevelser, känslor, beteenden och tankar i allmänhet.

Om vi även här i stället tar hjälp av svensk MeSH för ordets betydelse ur hälso- och sjukvårdsperspektiv, så anges där att psykologi är läran om psykiska processer och beteendet hos människor och djur.

[11] Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, inriktning psykiatrisk vård*, 2014.

Psykolog

En psykolog i sin tur är en specialist i psykologi. I Sverige motsvarar en psykologexamen fem års heltidsstudier. Utöver examen är tolv månaders praktisk tjänstgöring i psykologarbete (PTP), under handledning, ett krav för legitimation. Sedan 1994 gäller titelskydd för legitimerade psykologer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Psykologers kompetens innebär sammanfattningsvis att på vetenskaplig grund arbeta med människors beteenden, tankar, känslor och relationer. Det kan handla om bedömning, utredning och diagnostik samt psykologisk behandling, exempelvis psykoterapi.

Psykologer är också verksamma inom många andra områden än hälso- och sjukvården, t.ex. inom idrottsvärlden, kriminalvården och Arbetsförmedlingen, samt med handledning och rådgivning i personalgrupper och med att utveckla organisationer.

2.2.3 Socialpsykiatri

Någon allmän fastslagen definition av begreppet socialpsykiatri finns inte. I praktiken har begreppet (efter Psykiatrireformen på 1990-talet) kommit att användas som ett samlande begrepp för den verksamhet för personer med psykiska funktionsnedsättningar som kommunernas socialtjänst bedriver. Det vill säga en kommunal form av öppen vård för personer med psykiska funktionsnedsättningar.[12]

Detta reflekteras i att Socialstyrelsen vanligen delar upp socialtjänstens områden enligt följande: äldre, LSS – barn, LSS – vuxna, barn och unga, våld i nära relation – vuxna, socialpsykiatri, missbruk och ekonomiskt bistånd.[13]

[12] Uppsala Kommun, *Socialpsykiatri – Utredning, kartläggning och analys av verksamhetsområdet socialpsykiatri, Uppsala kommun* 2015, 2016, s. 7; Malmö stad, *Handlingsplan för Socialpsykiatrin*, 2019, s. 5.
[13] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialpsykiatri) Guide för att tolka resultaten*, 2017, s. 18.

2.2.4 Psykologisk behandling

Socialstyrelsens termbank

Enligt Socialstyrelsens termbank ingår ”Psykologisk och psykosocial behandling” i åtgärdsgruppen behandling i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och innebär behandling i form av verbal och icke verbal kommunikation. Det utesluter:

- olika former av test som ingår i utredning
- information och undervisning.

Det kan noteras att åtgärdsgruppen ”behandling” i KVÅ avser åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Exempel på behandling är läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling.

Allmänspråkligt

Ur ett mer allmänspråkligt perspektiv kan också sägas att psykologisk behandling är ett samlingsnamn för olika metoder som är grundade på psykologin som vetenskap. Den mest kända är psykoterapi.

Psykoterapi är en behandlingsmetod som oftast innebär att man pratar med en psykolog eller psykoterapeut. Det finns även andra yrkespersoner som erbjuder samtalsbehandling i sjukvården. Läkare, kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor är några. Eftersom det finns så många olika yrkespersoner som arbetar med detta används ibland begreppen ”behandling” och ”behandlare”.[14]

2.2.5 Psykoedukation/psykopedagogik

De bägge begreppen psykoedukation och psykopedagogik används ofta på ett sinsemellan utbytbart sätt. Det finns ingen definition av begreppen i Svenska Akademiens ordböcker och termerna finns inte heller med i svensk MeSH.

[14] 1177 Vårdguiden, *Psykoterapi och psykologisk behandling*, 2020.

Socialstyrelsen beskriver det som att psykoedukation innebär att lära sig mer om svårigheter och diagnoser. När en person får mer kunskap om och förstår varför olika saker och situationer känns svåra blir det lättare att hantera dem.[15]

Enligt Natur & Kulturs Psykologilexikon är den svenska termen psykoedukation en direktöversättning av den engelska, och eftersom ”education” i den här betydelsen vanligen översätts med ordet pedagogik och ”educative” med pedagogisk, förekommer också varianten psykopedagogik på svenska. En vanlig term är sålunda psykopedagogiskt program för en speciell utformning av psykoedukation. Själva innebörden i begreppen beskrivs som följer:

> Psykoedukation/psykopedagogik avser riktad information i olika former till personer med psykiska eller sociala problem, vanligen också till deras familjer, om problemens natur. Psykopedagogisk rådgivning […] kan också gälla problem och svårigheter som uppstår i samband med olyckshändelse och allvarlig sjukdom.
>
> Det ingår träning enligt beteendeterapeutiska principer i att hantera vardagliga situationer på ett konstruktivt sätt. [...]
>
> Objektiv kunskap ska hos patienter och familjemedlemmar kunna ge upphov till ett sakligare sätt att se på deras egna reaktions- och handlingssätt. Det ska kunna minska oro och ångest och ge en bas för behandling med andra metoder.[16]

2.2.6 Psykosocialt omhändertagande och stöd

Allmänspråkligt avser begreppet psykosocial det som rör samspel mellan psykologiska och sociala förhållanden t.ex. i arbetslivet.[17]

Psykosocialt omhändertagande är enligt Socialstyrelsens termbank psykologiskt, psykiatriskt och socialt stöd som ges till drabbad för att förebygga negativa efterverkningar.

[15] Socialstyrelsen, *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Behovs- och problemanalys avseende god vård*, 2019.
[16] Natur & Kulturs Psykologilexikon, *psykoedukation.*
[17] Svenska Akademiens ordböcker, *psykosocial.*

2.2.7 Stegvis vård

Det finns ingen helt vedertagen definition av begreppet stegvis vård, även om detta är ett begrepp som återkommer i många riktlinjer, både i Sverige och internationellt (t.ex. i England och Norge, se kap. 4).

Grundprincipen kan dock sägas vara att man anpassar behandlingens intensitet efter patientens behov, dvs. ger vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON-principen). Om det behandlingssteg man gick in på inte ger resultat, rör man sig till ett annat steg av tillgängliga insatser. Olika modeller kan dock ha varierande antal steg, varierande modaliteter (t.ex. föreläsning, grupp, självhjälp, individuell behandling) och varierande innehåll (t.ex. *watchful waiting*,[18] KBT, problemlösning, farmakologisk behandling).

Olika tillämpningar av principen kan innebära antingen att patienten konsekvent börjar med de insatser som har lägst intensitet (såsom självhjälp eller vägledd självhjälp), eller att det alltid görs en individuell bedömning och sedan fattas beslut om vilken nivå av insatser patienten startar på. Genom att hjälpa personer på lägsta effektiva nivå är avsikten också att frigöra mer tid för behandling av dem som har behov av mer högintensiva insatser.

I svensk kontext finns flera verksamheter som arbetar utifrån modeller av stegvis vård. En välkänd sådan verksamhet är Gustavsbergs vårdcentral i Region Stockholm. Vårdcentralen är sedan 2014 också kompetenscentrum för psykisk ohälsa i regionen, och tillhandahåller bl.a. utbildningar i stegvis vård.[19]

Flera andra regioner arbetar också enligt varianter av stegvis vård, eller är på väg att utveckla strukturer för det. Ett aktuellt exempel, där regionstyrelsen har beslutat att utveckla en liknande modell för hela regionen, är Uppsala.[20] Även i Västra Götalandsregionen (VGR) organiserar man arbetet enligt en modell för stegvis vård,[21] och i Region Gävleborg pågår utveckling av en lokal modell grundad på konceptet.[22]

---

[18] På svenska används begreppet ”aktiv expektans”.
[19] Se vidare och ta del av utbildningsmaterial: https://www.kompetenscentrumpsykiskohalsa.se/utbildning/stegvis-vard/en-stegvis-vardmodell/.
[20] I mars 2020 uppdrog regionstyrelsen åt regiondirektören att genomföra rekommendationerna i rapporten *Förbättra psykisk hälsa för vuxna*. Slutrapporten och övriga handlingar finns att hämta här (se ärende 59/20 Förbättrad psykisk hälsa för vuxna): https://opengov.360online.com/Meetings/regionuppsala/Meetings/Details/365470?agendaItemId=213155.
[21] Möte med Lise-Lotte Risö Bergerlind m.fl. från VGR, 2020-09-10.
[22] Region Gävleborg, *Vårdlinjearbetet PV/VUP*, 2020.

2.2.8 Hälsolitteracitet

Begreppet hälsolitteracitet avser individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.[23]

2.2.9 Civila samhället

Det civila samhället definieras som en arena, skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet, där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen. Inom det civila samhället verkar bl.a. ideella föreningar, stiftelser och registrerande trossamfund men även nätverk, upprop och andra aktörer.[24]

2.3 Avgränsningar

För att få brett genomslag i arbetet med att bemöta den psykiska ohälsan i befolkningen krävs en systemsyn på området, och ett gemensamt samhällsåtagande som sträcker sig över flera olika sektorer. Vårt utredningsuppdrag handlar dock specifikt om primärvårdens roll i arbetet med psykisk ohälsa. Det rör sig alltså om en delmängd av hälso- och sjukvårdens arbete inom området, som i sin tur är en delmängd av hela samhällets åtagande.

För att ringa in den målgrupp som omfattas av insatserna, samt möjliggöra ett effektivt utredningsarbete utifrån de frågor som ställs i direktiven, har utredningen inledningsvis fastställt avgränsningar för arbetets genomförande.

Våra förslag och bedömningar utgår från primärvårdens oavgränsade uppdrag när det gäller sjukdomar, ålder och patientgrupper. De avgränsningar som presenteras i det följande innebär dock att vi i utredningsarbetet inte har gjort specifika analyser av dessa grupper, eller hur deras behov särskilt ska mötas inom ramen för vårt uppdrag.

Värt att lyfta i detta sammanhang är den pågående pandemin och dess relevans för frågor relaterade till omhändertagandet av befolkningens psykiska ohälsa. Det är inte möjligt för utredningen att göra en fullödig analys av pandemins påverkan på den psykiska ohälsan,

[23] Svensk MeSH.
[24] Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila samhället*, Kulturutskottets betänkande 2009/10:KrU7, *En politik för det civila samhället* samt rskr. 2009/10:195.

framför allt med hänsyn till att den fortfarande är pågående och dess effekter på den psykiska hälsan är ofullständigt kända.

2.3.1 Specialiserad hälso- och sjukvård

Specialiserad psykiatrisk vård

Den primära avgränsningen består i att utredningen ska utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser *inom primärvården*. Med primärvård avses, fr.o.m. den 1 juli 2021, då en ny definition träder i kraft, hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar, enligt kommande lydelse, för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[25] Primärvården kännetecknas alltså av att verksamheten är beroende av flera olika generalistkompetenser. Den specialiserade vården, som enbart regionen är huvudman för, kännetecknas i stället av behov av insatser av professioner med olika specifika specialistkompetenser. Hälso- och sjukvårdsverksamhet som baseras på sådan specialistkompetens, dvs. den specialiserade psykiatrin, utgör en avgränsning för utredningens uppdrag.

Psykiatrisk tvångsvård

En del av den specialiserade psykiatriska vården utgörs av tvångsvården på området. Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ger samhället befogenheter att, när särskilda rekvisit i lagen är uppfyllda, ingripa och vårda under tvång när någon bedöms vara i stort behov av psykiatrisk vård men sådan vård inte tas emot frivilligt. Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) avser vård som ges efter att domstol har beslutat om rättspsykiatrisk vård som en påföljd vid brott, samt bl.a. i samband med anhållan, häktning m.m. En av flera förutsättningar för att tvångsvård med stöd av någon av nämnda lagar ska vara aktuellt är, förutom att samtycke till frivillig

[25] Se även kap. 5 där ändringen beskrivs. För nuvarande definition av primärvård, se 2 kap. 6 § HSL.

vård saknas, att den vårdade personen bedöms lida av en allvarlig psykisk störning.

Allvarlighetsgraden på den psykiska ohälsa som är i fråga när tvångsvård är aktuellt, innebär inkludering av specialistkompetens på området. Det är också uppenbart att allvarlig psykisk störning inte faller inom ramen för lättare psykisk ohälsa. Den psykiatriska tvångsvården utgör naturligt en avgränsning i utredningens arbete.

2.3.2 Socialtjänst

Missbruksvård

Vård som ges till personer med missbruksproblematik inkluderar inte alltid ett samtidigt behov av omhändertagande av annan psykisk ohälsa. Att socialtjänstens missbruksvård här omnämns beror dock på att samsjuklighet i form av både psykisk ohälsa och beroendeproblematik är vanligt förekommande.[26]

Kommunen genom socialtjänsten har ett övergripande ansvar för att alla i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Avseende personer med missbruksproblematik har socialnämnden en särskild skyldighet att aktivt tillse att den enskilde får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.[27] När missbruket är så allvarligt att det finns skäl för tvångsvård, ska socialnämnden ansöka om sådan vård hos allmän förvaltningsdomstol. Flera rekvisit ska vara uppfyllda för att tvångsvård med stöd av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska vara aktuellt, men möjlighet för socialtjänsten att vårda en enskild med tvång p.g.a. ett missbruk, finns bl.a. när denne till följd av missbruket utsätter sin psykiska hälsa för allvarlig fara. Eftersom socialtjänstens ansvarsområde faller utanför utredningens uppdrag, utgör dess missbruksvård en avgränsning.

Regionen har ett ansvar för behandling av skadligt bruk eller beroende.[28] Regioner och kommuner har således ett delat ansvar gällande missbruk och beroende. Detta delade huvudmannaskap som aktualiseras för människor med både psykisk ohälsa och missbruks- eller beroendeproblematik, är under översyn. I juni 2020 tillsatte reger-

[26] Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019.
[27] 5 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL).
[28] Jfr 8 kap. 1 § HSL.

ingen en utredning med uppgift att se över hur insatser för dessa personer kan ske mer samordnat. Uppdraget för utredningen, som tagit namnet Samsjuklighetsutredningen, beskrivs i avsnitt 2.4.3. Samsjuklighetsutredningens pågående arbete motiverar ytterligare att missbruksvården som sådan utgör en avgränsning i vårt arbete.

Socialpsykiatri

Också för personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykiskt funktionshinder har socialtjänsten ett särskilt ansvar. Insatser kan ges med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), i båda fallen efter en behovsbedömning. Eftersom socialtjänstens ansvarsområde inte ryms i utredningens uppdrag är socialpsykiatrin en avgränsning.

I sammanhanget kan dock noteras att kommunen också är ansvarig för att tillhandahålla hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå (förutom läkarinsatser) för de som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende enligt SoL eller i bostad med särskild service enligt LSS och för de som vistas i sådan dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § SoL.

I augusti 2020 lämnade utredningen Framtidens socialtjänst sitt betänkande Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47) med förslag som tillsammans avser att skapa förutsättningar för just en hållbar socialtjänst. Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

2.3.3 Barn

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, gäller som svensk lag sedan den 1 januari 2020.[29] Med barn enligt konventionen avses varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet.[30] Att 18 år är gränsen för myndig i Sverige anges i föräldrabalken (FB).[31]

Det är inte ovanligt att det i olika sammanhang talas om ”barn, unga och vuxna” eller liknande. Inom hälso- och sjukvården kan begreppet unga användas, eftersom vissa verksamheter riktar sig till

[29] Lag (2018:1197) *om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*.
[30] *Barnkonventionen*, art. 1.
[31] 9 kap. 1 § FB.

människor i övergången mellan barn och vuxen. Det finns dock ingen gemensam generell åldersdefinition av ”ung”, utan alla människor är i formell mening att betrakta som antingen barn eller vuxna.

Någon uttrycklig angivelse i våra direktiv om att barn inte omfattas av vårt uppdrag finns inte. I avsnitt 2.4.3 redogörs för den utredning som ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, inklusive barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen ska enligt sina direktiv utgå från och samordna sina förslag med vår utredning. I samråd mellan vår och denna nämnda utredning har konstaterats att deras uppdrag, som specifikt avser barn och unga, innebär att barn naturligt utgör en avgränsning för vår utredning.

Som en följd av att barn är en avgränsning gör utredningen inte särskilda analyser eller bedömningar i fråga om verksamheter som elevhälsa och ungdomsmottagningar, som företrädesvis riktar sig till barn eller unga vuxna i övergången från barn till vuxen. Detsamma gäller barn- och ungdomspsykiatrin, som dessutom utgör en avgränsning genom att vara specialiserad vård.

2.4 Utgångspunkter samt närliggande uppdrag och utredningar

2.4.1 Utgångspunkter

Våra analyser, samt de förslag och bedömningar vi lämnar, utgår från det ansvar primärvården redan i dag har för psykisk ohälsa, och innebär inte någon ändring i detta avseende. En tydlig utgångspunkt är att primärvården ska omhänderta det som faller inom ramen för hälso- och sjukvårdens ansvar, inte något annat. Primärvården ska endast svara för behov av hälso- och sjukvårdstjänster[32] och vi avser inte att flytta gränserna för vad som utgör hälso- och sjukvård.

Viktigt att poängtera är också att detta betänkande ska läsas tillsammans med de förslag och bedömningar vi lämnat tidigare i vårt utredningsarbete.[33] Resonemangen och förslagen i våra tidigare betänkanden är förstås tillämpbara också på psykisk ohälsa. När en god

[32] Se t.ex. beskrivningen av primärvårdens grunduppdrag som närmare redogörs för i kap. 5.
[33] SOU 2017:53, *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan* och SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

och nära vård för psykisk ohälsa analyseras och diskuteras ska resonemangen i detta betänkande således inte läsas isolerat, utan tillsammans med tidigare lämnade förslag och bedömningar från utredningen.

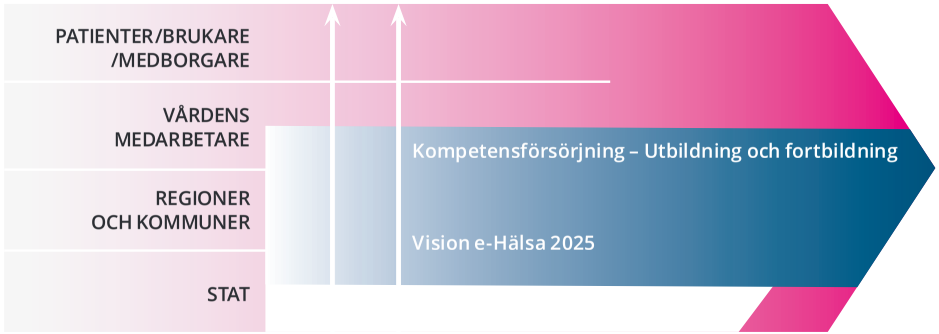
Redan i utredningens första delbetänkande presenterade vi en färdplan och målbild för omställningen till god och nära vård. Detta var vårt sätt att visualisera resan från en hälso- och sjukvård historiskt fokuserad på akuta insatser, och därmed på akutsjukhusvård, till en personcentrerad, integrerad hälso- och sjukvård med primärvården som nav. En tydlig avsikt var också att visa på behovet av en gemensam målbild för alla aktörer i systemet. Vi avsåg illustrera att för att förändra svensk hälso- och sjukvård räcker det inte att fatta beslut om lagändringar på statlig nivå. Här krävs också beslut fattade av huvudmännen, regioner och kommuner, på lokal nivå. Vi ville visa att omställningen måste förväntas ta tid, och la en tidsperiod om tio år på vår tidslinje. Färdplanen fördjupades i vårt andra delbetänkande, mycket grundat på de inspel som inkom i vårt första betänkandes remissrunda. Vi valde också att i bilden lyfta in två aspekter som vi inte har i vårt uppdrag att särskilt adressera, men som vi ser som avgörande för omställningens framgång; frågor om bemanning och kompetensförsörjning samt digitaliseringens möjligheter, uttryckt som Vision e-Hälsa 2025.

I vårt fjärde betänkande, vårt huvudbetänkande, utvecklade vi resonemangen inte minst gällande uppföljningen av omställningen i förhållande till målbilden och färdplanen, men ändrade inte något ytterligare i den. I och med riksdagens beslut om en primärvårdsreform,[34] justerar vi målbilden i enlighet med den av riksdagen beslutade lydelsen. Till följd av att Socialstyrelsen fått uppdrag att utveckla uppföljningen av omställningen justerar vi färdplanen vad gäller uppföljningstillfällen (se figur 2.1).

Vi vill betona att vi aldrig i utredningens arbete skiljt den fysiska hälsan från den psykiska hälsan, utan alltid utifrån ett personcentrerat synsätt i våra förslag sett till hela människans hälsa. Målbilden och färdplanen är därför lika giltig för resonemangen i detta betänkande som i de tidigare.

[34] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Figur 2.1 Målbild och färdplan – från akutsjukhus till nära vård



”Hälso- och sjukvården bör ställa om så att
i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med social-tjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att patienten får en
som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.”*

*Prop. 2019/20:164

2.4.2 Närliggande uppdrag

Folkhälsomyndigheten

Via dialog sprida kunskap till allmänheten

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att inrätta en funktion för psykisk hälsa och suicidprevention vid myndigheten. Funktionens roll ska vara att sprida kunskap om psykisk hälsa och suicid till allmänheten samt föra dialog med allmänheten inom området. Funktionen ska i huvudsak inrättas i enlighet med Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdraget om att lämna förslag på hur en sådan funktion kan inrättas vid myndigheten. Vid funktionen, som ska organiseras som en särskild verksamhet inom myndigheten, ska det finnas en företrädare för psykisk hälsa som ska fungera som talesperson för funktionens verksamhet. Arbetet med inrättandet av funktionen ska genomföras i dialog med berörda myndigheter och andra relevanta aktörer. Arbetet vid funktionen startade den 1 januari 2021.[35]

Inkomma med underlag inför en nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Tillsammans med Socialstyrelsen har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att i nära samverkan med ett stort antal andra statliga myndigheter inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.[36] Strategin avser att ersätta den tidigare strategin inom området psykisk hälsa.

Samtliga i uppdraget inkluderade myndigheter ska dels göra en individuell analys av nuläget samt av de långsiktiga behoven inom det egna verksamhetsområdet, inklusive en bedömning av resultatet av genomförda och pågående insatser och hur dessa kan utvecklas, dels göra en gemensam analys samordnad av Folkhälsomyndigheten och

[35] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inrätta en funktion för psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.

[36] Myndigheterna som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ska samverka med är Arbetsmiljöverket, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Jämställdhetsmyndigheten, Kriminalvården, Läkemedelsverket, Migrationsverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Polismyndigheten, Sametinget, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens institutionsstyrelse, Statens medieråd, Statens skolverk, Trafikverket och Vetenskapsrådet.

Socialstyrelsen. I den individuella analysen ska myndigheterna, inom sina respektive verksamhetsområden, identifiera områden som bör prioriteras i en nationell strategi, analysera målgrupper som berörs av uppdraget och i förekommande fall peka på utvecklingsbehov inom det egna verksamhetsområdet i frågor som berör psykisk hälsa och suicidprevention. Utifrån de individuella analyserna och bedömningarna ska Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, tillsammans med de övriga myndigheterna, samordna framtagandet av en gemensam analys. I det ingår att lämna ett samlat förslag till strategi med mål och prioriteringar för området samt indikatorer för uppföljning liksom att föreslå hur ett eventuellt uppföljningssystem kan förvaltas och administreras på ett kostnadseffektivt sätt. Myndigheterna ska även lämna förslag på hur de kan komma att stödja genomförandet och uppföljningen av den föreslagna strategin. De individuella myndighetsanalyserna ska redovisas till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 1 september 2021. Uppdraget ska sedan slutredovisas av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 1 september 2023.[37]

Utreda behovet av en nationell stödlinje

I juli 2020 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje. Stödlinjen ska rikta sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet och till deras anhöriga och närstående. Om Folkhälsomyndigheten bedömer att det behövs en sådan nationell stödlinje, ska myndigheten lämna förslag på hur den kan organiseras och definiera dess verksamhet. Uppdraget ska genomföras i samverkan med Socialstyrelsen och dialog ska föras med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regioner och kommuner, patient-, brukar- och anhörigorganisationer, det civila samhället och representanter för de nationella minoriteterna. Samråd ska också ske med relevanta aktörer som t.ex. Inera och 1177 Vårdguiden.

I sin kartläggning av behovet av en stödlinje ska Folkhälsomyndigheten beakta de redan etablerade stödlinjerna och analysera den nya stödlinjens roll i relation till dessa. Folkhälsomyndigheten ska i sitt arbete också se över hur stödlinjen förhåller sig till myndighetens

[37] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.

övriga arbete inom området, bl.a. den särskilda funktion som har inrättats vid myndigheten (se ovan). Uppdraget har, utöver nedläggningen av Nationella Hjälplinjen, sin bakgrund i den pågående pandemin och de konsekvenser för människors psykiska hälsa och välmående som denna kan komma att innebära. Med ökad psykisk ohälsa relaterat till pandemin, kan mer lättåtkomliga stödåtgärder behövas och den eventuella stödlinjen utgöra en sådan stödinsats. Folkhälsomyndigheten ska redovisa sitt uppdrag senast den 30 januari 2021.[38]

Följa, utvärdera och stödja regioner och kommuner när de genomför insatser inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR om psykisk hälsa

Tillsammans med Socialstyrelsen har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att i nära samverkan följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023. Myndigheterna ska följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna i kommuner och regioner i förhållande till de syften och den inriktning som anges i överenskommelsen mellan staten och SKR 2020, om insatser för att stärka psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. Vidare ska myndigheterna stödja kommuner och regioner i deras arbete med att genomföra insatserna.

Uppföljningen, utvärderingen och stödet från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ska komplettera det SKR gör, i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse och i mindre grad på process. Arbetet ska ske i dialog med SKR, kommuner, regioner, berörda myndigheter, patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt övriga aktörer som myndigheterna finner relevanta för uppdraget. Årliga lägesrapporter ska lämnas till regeringen och en delrapport lämnades i september 2020. Slutredovisning ska ske den 30 september 2024.[39]

[38] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*, 2020.
[39] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023*, 2020.

Socialstyrelsen

Som framgått ovan har Socialstyrelsen flera pågående uppdrag inom området psykisk hälsa tillsammans med bl.a. Folkhälsomyndigheten. Några andra relevanta uppdrag presenteras nedan.

Implementering av de nationella riktlinjerna avseende ohälsosamma levnadsvanor – för personal som möter personer med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har sedan december 2017 i uppdrag att i samverkan med professionsorganisationerna stödja genomförandet av nationella riktlinjer för förebyggande och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor i hälso- och sjukvården. Uppdraget ska i delar som rör genomförandet av förebyggande insatser i relevanta överenskommelser ske i samråd med SKR. I uppdraget ingår även att fördela medel till professionens organisationer för insatser som ska stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2022.[40]

Förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor vid psykisk ohälsa inom primärvården

I mars 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag att, i nära samverkan med berörda verksamheter och SKR, stödja, analysera och utvärdera utvecklingsarbete i primärvården för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen lämnade för detta ändamål statsbidrag till regionerna och fördelade för 2020 totalt 15 miljoner kronor till dessa. Satsningen avsåg åren 2018–2020. Slutredovisning ska lämnas av myndigheten senast den 31 mars 2021.[41]

[40] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar*, 2017.
[41] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor,* 2018.

Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre

Med stöd av förordning (2019:474) om statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre personer delar Socialstyrelsen ut statsbidrag till ideella föreningar med syftet att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre.[42] Bidrag får lämnas för anordnande av aktiviteter som bidrar till gemenskap och stimulans bland äldre, skapande av mötesplatser för äldre och kontaktytor mellan äldre och yngre personer och åtgärder som möjliggör att fler äldre kan engagera sig ideellt eller delta i verksamheter som anordnas ideellt. Bidrag får även lämnas för andra åtgärder som bidrar till att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre personer.[43]

Suicidprevention i hälso- och sjukvård samt socialtjänst

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram och sprida kunskap som kan stödja hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete med att förebygga suicid. Socialstyrelsen ska även ta fram och sprida kunskap för att stödet till personer som förlorat en anhörig eller närstående i suicid ska kunna stärkas. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2022 och en delrapportering av uppdraget ska ske årligen senast den 30 november.[44]

Universitetskanslersämbetet

Kartlägga universitets och högskolors arbete med studenthälsovård

I november 2019 fick Universitetskanslersämbetet (UKÄ) i uppdrag av regeringen att göra en kartläggning av universitets och högskolors arbete med studenthälsovård. Varje universitet och högskola ansvarar för att studenterna vid lärosätet har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studen-

[42] För närmare precisering vilka ideella föreningar och stiftelser, se 5 och 5 a §§. Insatserna ska huvudsakligen rikta sig till personer över 62 år, 1 §.
[43] Regeringskansliet (Kulturdepartementet), *Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende anslag 13:5 Insatser för den ideella sektorn*, 2019.
[44] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande*, 2019.

ternas fysiska och psykiska hälsa.[45] Studenthälsovården förväntas således omhänderta psykisk ohälsa i viss uträckning. I UKÄ:s uppdrag ingick bl.a. att belysa studenternas tillgång till studenthälsovård och se skillnader i hur den är organiserad på olika universitet och högskolor. Eventuella brister i hur studenthälsovården är organiserad skulle också belysas. Förslag på åtgärder för en mer ändamålsenlig studenthälsovård, inklusive författningsförslag, skulle lämnas vid behov. Uppdraget redovisades i december 2020. Myndigheten gör ett antal bedömningar samt lämnar två förslag; att samarbetet inom studenthälsovården stärks ytterligare genom att ett lärosäte får uppdrag och resurser att nationellt samordna lärosätenas arbete med studenthälsovården samt att insatser görs för att öka den digitala omställningen av studenthälsovården. Avseende det senare förslaget anges bl.a. att en gemensam webbportal till studenthälsovården skulle kunna skapas – studenthälsa.nu – med inspiration från umo.se.[46]

2.4.3 Pågående statliga utredningar

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05)

I november 2019 tillsattes en utredning som ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.[47] Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). I direktiven anges att nämnda utredning bl.a. ska utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt, bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, exempelvis genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården samt föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utveck-

[45] 1 kap. 11 § *högskoleförordningen*.
[46] Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet), *Uppdrag att kartlägga studenthälsovården*, 2019, UKÄ, *Studenthälsovården vid Sveriges universitet och högskolor*, 2020.
[47] Dir. 2019:93, *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

lingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll.

Arbetet med förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Arbetet med att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa ska samtidigt delredovisas. Övriga delar av uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2021.

Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08)

Utredaren ska bl.a. analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet, i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd, kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman, se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman, belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet och analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 30 november 2021.[48]

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12)

En kommitté i form av en delegation, tillsatt av regeringen i augusti 2020, ska arbeta för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Inriktningen ska vara att korta väntetiderna. Sedan lång tid tillbaka har svensk hälso- och sjukvård haft långa väntetider och bristande tillgänglighet i bred bemärkelse. Därtill kommer de uppskjutna vårdinsatser som den pågående pandemin har förorsakat. Delegationen ska bl.a. stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter, stödja regionernas och kommunernas arbete

[48] Dir. 2020:68, *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*.

med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård, utreda och lämna eventuella förslag på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden, utreda en utökad vårdgaranti och vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden. Vissa delar av uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2021, andra senast den 15 maj 2022.[49]

2.4.4 Kraftsamling för psykisk hälsa

Kraftsamling för psykisk hälsa bygger på ett initiativ som togs av SKR under 2019 utifrån identifieringen att psykisk hälsa berör alla och att lösningar därför måste vara breda och tvärsektoriella. Kraftsamlingen avser att fungera som en samlande arena för ett långsiktigt och tvärsektoriellt utvecklingsarbete för en bättre psykisk hälsa.[50] Den är öppen för medverkan för alla aktörer, både offentliga och privata. Totalt har cirka 350 organisationer hittills medverkat i kraftsamlingens aktiviteter.[51] Bland deltagarna finns bl.a. representanter från statliga myndigheter, huvudmän, vårdgivare och civila samhället. Kraftsamlingen arbetar inom de tre arbetsområdena ”Ett mer hälsofrämjande samhälle och levnadsätt”, ”Individer rustade för att nå sin fulla potential och välmående” och ”Hållbara stöd till de som behöver”. Målsättningen är att kraftsamlingen och idéerna med densamma ska tillämpas i alla regioner och kommuner.

2.5 Dialogarbetet

2.5.1 Generellt

Som vi beskrivit i tidigare betänkanden har vår utredning i grunden haft ett tvådelat uppdrag. Dels ett traditionellt utredningsuppdrag att ta fram författningsförslag inom utpekade områden. Dels ett uppdrag att bidra till att samordna omställningen av hälso- och sjukvården och föra dialog om, och förankra, utredningens arbete och förslag brett.

[49] Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.
[50] SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020.
[51] Morgondagens psykiatri, inspirationsdag 20-10-09 anordnad av NSPH och Riksförbundet Hjärnkoll.

Mot bakgrund av kunskapen att det är avgörande för reformers legitimitet att processerna de tagits fram igenom upplevs som rättvisa och transparenta, har utredningen hela tiden sett detta dialoguppdrag som centralt. Vi har därför från start lagt oss vinn om att arbeta med stor öppenhet och en inkluderande dialog,[52] något som vi hållit fast vid även i detta avslutande uppdrag.

Samtidigt har coronapandemin, som tog sitt grepp om Sverige och världen samtidigt som vi började arbeta med detta uppdrag, påverkat sättet på vilket dialogarbetet har kunnat genomföras. Samtliga möten med referensgrupper samt experter och sakkunniga har fått ställas om till telefon-/videomöten. Vi har inte kunnat resa i landet för att medverka vid olika konferenser och temadagar eller genomföra fysiska verksamhetsbesök på det sätt vi tidigare gjort. I stället har dessa dialoger fått ske via digitala mötesplattformar, telefon och e-post. Detta har dock – tack vare en stor del flexibilitet och det fortsatt stora engagemanget och viljan att bidra som möter oss överallt – fungerat över förväntan. Liksom i andra skeden av utredningen har det också i detta arbete varit en stor bredd i dialogerna. Allt från enskilda individer och medarbetare till företrädare för olika organisationer (för patienter, professioner och andra intresseorganisationer), myndigheter, huvudmän och politiska företrädare på alla nivåer.

Utredningen har också under denna period fortsatt sitt arbete med en kontinuerlig kommunikation via utredningens hemsida och blogg, samt vid några tillfällen tagit in relaterade gästbloggare från patient-/brukarorganisationer samt verksamheter.

I vårt huvudbetänkande inkluderade vi även dialogfrågor kopplade till vårt uppdrag om psykisk ohälsa, som vi välkomnade inspel på. Liksom tidigare när vi använt detta format ledde det till flera inspel och reflektioner såväl från enskilda som olika sammanslutningar av patienter, medarbetare och organisationer. Och liksom tidigare gav det en mycket bred och god belysning av frågorna, ur olika perspektiv.

I detta sammanhang vill vi slutligen också understryka att även om utredningen fullt ut tog sig an uppdraget avseende psykisk ohälsa först efter att vårt huvudbetänkande överlämnats den 1 april 2020, har vi samlat material kring hälso- och sjukvårdssystemet, med fokus

[52] För redovisning av utredningens tidigare dialogarbete, se avsnitt 2.1.3 i SOU 2018:39 *God och nära vård. En primärvårdsreform* samt avsnitt 2.2 i SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

på primärvården, sedan utredningens start 2017. I det arbetet har vi givetvis tittat på helheten, dvs. hur man arbetat för att bemöta och förebygga såväl fysisk som psykisk ohälsa.

2.5.2 Referensgrupper samt experter och sakkunniga

Utredningen hade sedan tidigare fem referensgrupper med företrädare för patienter/brukare, professioner, politiska partier (samtliga riksdagspartier), huvudmännen regionerna (i form av hälso- och sjukvårdsdirektörernas nätverk på SKR) och huvudmännen kommunerna (i form av ett nätverk med ett antal kommundirektörer som utsetts av SKR:s kommundirektörsnätverk). Samtliga dessa har kvarstått under detta uppdrag specifikt rörande psykisk ohälsa. Liksom tidigare har vi samlat grupperna cirka två gånger per halvår.

Den grupp med experter och sakkunniga som regeringen utsett till utredningen har kvarstått även under denna del av uppdraget. Gruppen har dessutom utökats med en representant för civilsamhället (Röda Korset) och en representant för psykiatrin.

2.5.3 Patient- och brukarrepresentation

Det finns en tydlig samordningsorganisation för flertalet patient- och brukarorganisationer inom området psykisk ohälsa: Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Utredningen har därför i arbetet med detta betänkande haft NSPH som löpande och primär dialogpart från patient- och brukarrörelsen. Genom NSPH har vi också fått en värdefull kanal in till ett flertal centrala organisationer inom området. Historiskt sett skapades denna organisation (då nätverk) utifrån behovet av att samordna patient-/brukarorganisationerna på området i samband med dåvarande psykiatrisamordnarens arbete i början av 2000-talet (se även avsnitt 3.2.2).

Utöver samverkan med NSPH har vi fört dialog med andra patient-/brukarorganisationer samt enskilda personer med egen patienterfarenhet, bl.a. via vår referensgrupp.

2.5.4 Samverkan med statliga myndigheter och SKR

För detta uppdrag har utredningen haft en kontinuerlig dialog med framför allt Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och UKÄ. De två förstnämnda utifrån deras centrala roller som kunskapsmyndigheter inom folkhälsa respektive hälso- och sjukvård, med flera olika uppdrag inom området psykisk ohälsa. Samverkan med UKÄ har skett utifrån deras uppdrag att kartlägga universitets och högskolors arbete med studenthälsovård (se avsnitt 2.4.2).

Utredningen har liksom tidigare också haft en dialog med SKR, primärt med företrädare för Uppdrag psykisk hälsa, men även med NPO äldre och NPO psykisk hälsa, i det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.

2.5.5 Relaterade utredningar

Med anledning av detta betänkande har utredningen, i olika former och utsträckning, haft dialog med följande pågående utredningar: S 2019:05 Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, S 2020:08 Samsjuklighetsutredningen, S 2019:02 Fast omsorgskontakt i hemtjänsten och S 2020:12 Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Utredningen har också haft dialog med de tidigare utredarna Mandus Frykman (utifrån betänkandet SOU 2020:24, Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess) och Kerstin Evelius (utifrån betänkandet SOU 2018:90, För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt).

2.5.6 Digitala verksamhetsbesök

Liksom tidigare har utredningen tagit emot inbjudningar, och (digitalt) besökt såväl olika primärvårdsverksamheter från Skåne till Norrbotten, som verksamheter inriktade på specifika områden såsom t.ex. riskbruk. Likaså har vi mött företrädare på mer central och strategisk nivå i olika regioner, samt enskilda medarbetare och forskare inom området. Vidare har vi, utöver mötena med professionsföreträdare i vår referensgrupp, efter inbjudan träffat företrädare för Sveriges Psykologförbund, Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna och Psykoterapeutföreningen inom SSR.

2.6 Samhällskontexten där uppdraget getts

2.6.1 Den historiska synen på kroppens och själens sjukdom

Sjukt och friskt, liv och död, hälsa och sjukvård har engagerat människor i alla tider. Det gäller det kroppsliga, fysiska, det som (ofta) syns på utsidan, men också, och i kanske än högre utsträckning, det som inte är lika lätt att se, definiera, beskriva och sätta etikett på: det själsliga, psykiska. Synen på psykisk hälsa och psykisk sjukdom har varierat över tid och tagit sig ibland oförsonliga och inhumana uttryck med dagens synsätt. Psykisk ohälsa har medfört stigmatisering. Frånvaron av kunskap om psykets sjukdomar och avsaknad av fungerande behandlingsmetoder, tillsammans med föreställningar om bakomliggande orsaker, har ibland öppnat för grymma experiment och ”behandlingar”. Själens mående har illustrerats och beskrivits i olika former i samhället, ofta utifrån kulturell kontext; i litteraturen, musiken, filmen, teatern. Gränsdragningen mellan friskt och sjukt i sinnet, svårigheten att historiskt med fysikaliska mätningar och objektiva fynd klassa sjukt från friskt har öppnat för att det periodvis i samhällen, länder och av regimer varit möjligt att mer eller mindre godtyckligt via diagnoser och etiketter ”medikalisera” det som legat utanför normen.

Det är utifrån detta förståeligt att idéhistoriska strömningar kommit att prägla synen och utvecklingen av den psykiatriska vården kanske mer än den somatiska, och att debatten om den psykiska hälsan och människans välbefinnande återfinns som ett starkt element såväl i äldre tider som i modernismens och postmodernismens tidevarv. Många är skildringarna av såväl själens mående som av synen på vården av psykiatriska tillstånd i olika former de senaste decennierna. Kanske är det också detta som återspeglas i att många av de satsningar som gjorts vad gäller psykisk ohälsa från statligt håll i många länder, inklusive Sverige, ofta präglats av visionära målsättningar och i hög grad utgått från samtids- och omvärldsbevakning.[53]

Vi har redan tidigare i utredningen konstaterat att få frågor engagerar människor så mycket som hälso- och sjukvård, och detta gäller inte minst området psykisk hälsa och ohälsa. Ofta uppfattas gränsdragningen mellan friskt och sjukt, mellan ”normaltillstånd” och patologi, mellan en variation inom det normalas gräns eller ett dia-

[53] SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

gnosticerat tillstånd, särskilt svår att göra när det kommer till det psykiska. Denna aspekt har betydelse för vår utredning och det uppdrag vi har. Att försöka hantera frågor om psykisk hälsa och ohälsa utan att respektera och försöka förstå de drivkrafter, den historik och den särskilda komplexitet som präglar och präglat området är utsiktslöst. Det finns en historik, traditioner, förväntningar och en ofta stigmatiserande syn på själens tillstånd som måste vägas in i vårt uppdrag. Det finns en särskild historia att ta sig an för den som vill närma sig området psykisk hälsa på ett personcentrerat sätt.

Ytterligare ökas komplexiteten när vi tar oss an begrepp som *lättare psykisk ohälsa* och *nedsatt psykiskt välbefinnande*. Upplevelsen av det psykiska välbefinnandet är subjektiv, och många gånger relativ till en rad olika faktorer och livsbetingelser. I våra dialoger under utredningens gång har många, i diskussionen om såväl somatisk som psykisk hälsa, återvänt till begreppet KASAM – känslan av sammanhang.[54] Begreppet är centralt i den salutogena teorivärlden. Det utgår från faktorer som bidrar till att människor kan bibehålla eller t.o.m. förbättra hälsan, och beskriver att människor med god förmåga inom vissa områden klarar påfrestningar bättre än de med lägre förmåga inom samma områden. De områden som identifieras som betydelsefulla är Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet. Vi får anledning att återkomma till detta i våra texter, och till nödvändigheten i att utifrån ett salutogent synsätt inte bara inkludera insatser från hälso- och sjukvården när vi beaktar en människas upplevda välmående, utan också den kontext och det sammanhang människan befinner sig i.

2.6.2 Föreningslivets roll

Vi kommer i detta betänkande att diskutera civilsamhällets viktiga roll som samverkanspart till hälso- och sjukvården och inte minst primärvården i regioner och kommuner. Vi har även i tidigare betänkanden lyft behovet av tydligare strukturer för en sådan samverkan.[55] Den psykiska hälsan, och upplevelsen av psykiskt välbefinnande, hänger nära samman med känslan av en meningsfull tillvaro,

[54] Svensk MeSH: *Känsla av sammanhang*, Sense of Coherence: A view of the world and the individual's environment as comprehensible, manageable, and meaningful, claiming that the way people view their life has a positive influence on their health.
[55] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 7.

och många gånger och för många människor har civila samhället och föreningslivet en avgörande roll att spela. Många är de exempel som påtalats för oss om hur engagemang i en förening skapar sociala kontakter och möjligheter för den som har få sådana. Likaså påtalas den dubbelverkande effekt som ofta uppstår, att nyttan med aktiviteten uppstår både för den som utför och den som omfattas av en sådan insats. Faktorer som på senare år allt tydligare framträtt som viktiga komponenter för att stärka det fysiska och psykiska välmåendet återfinns dessutom inom områden där föreningslivet traditionellt har en stark roll. Ett sådant exempel är fysisk aktivitet, kopplingen mellan ett minskat stillasittande och främjande av hälsa, och idrottsrörelsens verksamheter.

Från föreningslivets sida har under utredningens gång i samband med dialoger och verksamhetsbesök påtalats att man kan se sig ha en större roll, och önskar mer av samverkan, med hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst i frågor kring psykiskt välbefinnande. Att man ibland erbjuder aktiviteter och program för att motsvara av vården beskrivna behov, men inte känner att man får den utväxling eller det genomslag man skulle kunna få, för att man inte når de tänkta målgrupperna. Att det saknas strukturer för samverkan med hälso- och sjukvården. Att man skulle önska en ökad tydlighet i ”vem som gör vad” inom områden där såväl föreningsverksamheten som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har aktiviteter på en ort och att bristen på samverkan och samordning kan minska effektiviteten i insatserna, och till och med riskera att skapa förvirring för dem insatserna är till för. Särskilt påtalas också den grupp äldre som har insatser från kommunens socialtjänst i form av hemtjänst, och där möjligheterna att både hitta och ta sig till aktiviteter kan vara begränsade. Ibland finns inte heller lokaler för dessa individer och aktiviteter anpassade för dem på samma sätt som många gånger erbjuds t.ex. i ett särskilt boende. Att stödja dessa individers deltagande i föreningsaktiviteter kan vara ett viktigt sätt att bidra till en meningsfull tillvaro, stärka den psykiska hälsan och minska ensamhetsproblematik. Vi återkommer till detta område i utredningens bedömningar i kap. 6.

2.6.3 Hur står det till med den psykiska hälsan och ohälsan?

Frågan om gränsdragningen mellan allmänt välbefinnande, nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa, vilka definitioner, diagnoser och etiketter som ska vara giltiga och vem som har tolkningsföreträde är högaktuell. Det finns en allmänt spridd uppfattning att den psykiska ohälsan ökat de senaste decennierna, men det råder delade meningar om i vilken omfattning, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas. Det finns också de som problematiserar om den psykiska ohälsan över huvud taget ökat.[56] Problemen som lyfts är flera. Dels att alltmer av det som förr betraktades som naturliga delar av livet i dag av alltfler upplevs som hälso- och sjukvårdens sak att hantera. Att det har skett en ”medikalisering”, en förändring i hur diagnoskriterier används, vilket gör att allt fler får en diagnos. Men också att det har skett en glidning när det gäller diagnoskriterier så att allt fler också anses uppfylla de uppställda kriterierna. Det har spekulerats i att eftersom särskilda insatser från såväl skola och arbetsgivare som hälso- och sjukvård, liksom möjligheten att ta del av socialförsäkringssystemet, t.ex. sjukskrivning, baseras på diagnossättning, sker en medikalisering av allmänmänskliga tillstånd och adekvata mänskliga reaktioner. Det kan också vara så att även de ersättningssystem som tillämpas i hälso- och sjukvården, och som inte sällan knyts till diagnoser, kan driva mot att fler diagnoser sätts. Från patient- och brukarhåll framhålls att det är viktigt för många människor att få en diagnos, ett kvitto på att ens upplevelse är bekräftad av andra, inte bara en börda för den enskilde att bära själv i ensamhet.

Kanske finns också, till följd av stigmatisering och synen på psykisk ohälsa, gamla föreställningar om att det är mindre skuld-/skambelagt med somatiska än psykiska tillstånd, och kanske leder det ibland till en somatisering av psykiska symtom. Därav skulle såväl överdiagnostik och överbehandling av somatiska tillstånd som underdiagnostik och underbehandling av psykiska tillstånd kunna följa. Detta understryker vikten av att kunskapen om psykosomatiska tillstånd[57] och somatoforma syndrom[58] finns bland de som först möter människor

[56] C Rück, *Olyckliga i paradiset*, 2020; Mind, *Unga mår allt sämre – eller?*, 2018.
[57] Svensk MeSH: Organspecifika besvär där emotionella faktorer orsakar fysiska symtom. Dessa kommer huvudsakligen av överaktivitet i det autonoma nervsystemet och påverkas av individens känslomässiga tillstånd.
[58] Se ICD-10 code F45.1.

i primärvården. Det understryker också vikten av lågtröskelverksamheter och ett öppet och fördomsfritt bemötande av den som söker vården med psykiska besvär. Vare sig det sedan visar sig vara något som ska hanteras i hälso- och sjukvården, eller där kontakten med hälso- och sjukvården leder vidare till andra insatser.

Har den psykiska ohälsan ökat eller minskat?

Vi kommer medvetet från utredningens sida inte att ansluta till någon specifik uppfattning i den frågan. En reflektion är att det är en intressant diskussion, men kanske mest på akademisk nivå. Att man från olika aktörers sida kommer fram till olika slutsatser beror förstås på att det finns olika sätt att betrakta befintliga data, och att beroende på var i systemet man befinner sig, och vilken roll eller utifrån vilket uppdrag man har, gör man olika tolkningar. Det är som det ska vara, och ett bidrag till en levande samhällsdebatt. Däremot framstår det som tydligt för oss att vi som samhälle och i hälso- och sjukvården inte är tillräckligt bra, utifrån rådande kunskapsläge, på att bemöta människor med psykisk ohälsa.

Vi vill därför fokusera på hur man ur samhällssynpunkt bäst stödjer varje individ till bästa möjliga hälsa, utifrån var och ens förutsättningar och resursen i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Då blir det självklart att bejaka synsättet på den psykiska hälsan som ett brett åtagande för alla samhällssektorer, inte bara hälso- och sjukvården.

Människor har olika behov för att uppnå bästa möjliga hälsa utifrån var och ens förutsättningar. Det är olika vilka egna förmågor och inneboende resurser man har tillgång till i sig själv och i sin egen nära omgivning. Därmed har man också olika behov av samhällets kompenserande insatser, och dessa måste vara utformade för att möta olika individuella behov. Stöd till hälsa behöver ibland komma från hälso- och sjukvården, och ibland från andra instanser. Därför är samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer, t.ex. civila samhället, så viktig. Där kan primärvården ha en avgörande roll, med sin möjlighet att arbeta nära människor, utifrån den egna befolkningens behov, och i nära samverkan med lokalsamhället. Detta underlättas av kontinuerliga relationer såsom fast läkarkontakt och fast vårdkontakt eller fast teamkontakt.

Om vi utgår från individens behov och ser mer till hur olika instanser, aktörer och friskfaktorer kan samverka bättre för stöd till hälsa, kanske vi når längre i samhällets gemensamma strävan efter minskade hälsoklyftor på befolkningsnivå och en god upplevd hälsa på individnivå.

2.6.4 En förändrad syn på samhällets insatser för den psykiska hälsan?

En iakttagelse vi gjort under utredningens gång är att synen på psykisk ohälsa, och hur den psykiska ohälsan behöver mötas inte bara av hälso- och sjukvården utan som ett samhällsfenomen som måste lösas tvärsektoriellt, har påverkat och inspirerat ett flertal initiativ de senaste åren. Förslagen i slutbetänkandet av den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa, syftar sammantaget till en systemsyn på området, och också ett gemensamt samhällsåtagande, ett politikområde, för att stärka den psykiska hälsan i befolkningen.[59] Det breda angreppssätt regeringen aviserat för framtagandet av den nya strategin för att möta psykisk ohälsa, där uppdraget getts till ett stort antal aktörer gemensamt, signalerar samma sak.[60] Att Folkhälsomyndigheten är den statliga myndighet som har en ledande och samordnande roll i arbetet mot psykisk ohälsa är ytterligare ett tecken på det breda befolknings- och folkhälsoperspektiv som alltmer präglar frågor om den psykiska hälsan, mer än en angelägenhet enbart för hälso- och sjukvårdens aktörer.

Även i huvudmännens arbete ses det tvärsektoriella sättet att betrakta frågan växa sig allt starkare. Ett exempel är SKR:s arbete med Strategi för hälsa, där man slår fast att Sveriges viktiga välfärdsverksamheter; skola, socialtjänst, vård och omsorg, hälso- och sjukvård behöver ledas, styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa för hela befolkningen.[61]

[59] SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*
[60] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.
[61] SKR, *Strategi för hälsa*, 2019.

Ytterligare ett initiativ från SKR verkar i samma riktning: arbetet med Kraftsamling för psykisk hälsa, tänkt att fungera som en samlande arena för ett långsiktigt och tvärsektoriellt utvecklingsarbete för en bättre psykisk hälsa.[62] Även internationellt är ett sådant angreppssätt vad gäller den psykiska hälsan allt vanligare. Det återspeglas t.ex. i den norska respektive finska strategin för psykisk hälsa.

Utredningen stödjer ett sådant tvärsektoriellt synsätt på området psykisk hälsa, och att den psykiska hälsan i befolkningen inte enbart kan vara en fråga för hälso- och sjukvården. Det är däremot viktigt, nödvändigt tror vi, att definiera vad som är hälso- och sjukvårdssektorns ansvar och uppdrag inom området. Detta för att också kunna definiera och beskriva, ibland även lagreglera, rollen för hälso- och sjukvårdens olika aktörer; huvudmän, vårdgivare och utförare i systemet. Likaså för att beskriva vilka samverkansarenor som behövs, finns och behöver utvecklas eller nyskapas. Allt detta också i syfte att ge invånarna en tydlighet i vart man vänder sig med sina behov på området, och därmed öka tryggheten och tilliten till systemet.

2.6.5 Hjälp till självhjälp – vem ansvarar för det?

Det har i våra möten, och som svar på våra dialogfrågor ställda i tidigare betänkande, lyfts från patienthåll att medan stöd till egenvård och lättillgängliga egenvårdsråd är självklart när det gäller somatisk hälsa är det ett område som fortfarande ser väldigt olika ut, och av många uppfattas som outvecklat, när det kommer till psykisk hälsa. Det gäller i kontakten med hälso- och sjukvården, där utformningen av stödet till egenvård gällande psykisk hälsa varierar mycket mellan olika vård- och hälsocentraler och också i utformningen på 1177 Vårdguiden. Som alltid gäller också, och kanske mer än någonsin när en person vill prata om psykiska besvär, att erbjudandet från vården måste ges anpassat till den enskilda individen.

På liknande sätt har man från medarbetarhåll lyft att till skillnad från beslutsstöden för medarbetare gällande fysiska tillstånd, som är omfattande, är beslutsstöden vad gäller det psykiska inte lika utvecklade. Det förhåller sig också så att medan regionerna via 1177 Vårdguiden på telefon regelmässigt hanterar frågor om fysiska tillstånd i egen regi, alternativt via i särskild ordning upphandlad aktör för en

[62] SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa, informationsmaterial*, 2019.

region, förekommer det att samtal gällande psykisk ohälsa hänvisas till externa aktörer utan att strukturen för en sådan samverkan är närmare beskriven eller någon regelrätt uppföljning av en sådan samverkan sker. Att många aktörer på ett föredömligt sätt tillhandahåller sådana tjänster, t.ex. stödlinjer på telefon eller andra former av stödjande samtal, på ideell basis är naturligtvis bra, men det är viktigt att den verksamhet som bedrivs under ”regionernas flagg” vad gäller den psykiska ohälsan med självklarhet underställs samma krav på strukturerade arbetssätt som när det gäller frågeställningar om somatisk ohälsa.

Utifrån svaren på våra dialogfrågor framgår att många av de som arbetar i hälso- och sjukvården uppfattar att tydliga strukturer för egenvårdsråd på området saknas. En bild vi fått bekräftad från flera håll är att det händer att olika typer av insatser sätts in när en individ söker hjälp i hälso- och sjukvården för psykiska besvär, såväl farmakologiska som andra interventioner, utan att man egentligen fört något närmare resonemang om basala och grundläggande delar i att ta hand om sig själv och sin egen hälsa – att äta, sova och röra sig i enlighet med vad som är rekommenderat för att främja hälsa. Att avancerade insatser vad gäller åtgärder mot upplevd ångest och oro kan initieras utan att man diskuterat grundläggande förutsättningar för god hälsa såsom struktur i vardagen. Vi menar självklart inte att det ena bör eller ska utesluta det andra. Men vi ser ett mönster i behovet av att involvera flera aktörer runt en individ i att skapa förutsättningar för gott välbefinnande – det handlar inte bara om insatser som traditionellt åvilar hälso- och sjukvården.

Hälsolitteracitet

Vi återvänder här till ett begrepp vi lyft tidigare i utredningen – hälsolitteracitet. Det handlar om individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor. Graden av hälsolitteracitet kan variera beroende på den situation eller det sammanhang man befinner sig i. I vissa situationer kan en annars god hälsolitteracitet försämras t.ex. om en nära anhörig eller man själv blir sjuk. Hälsolitteracitetsnivån hänger med andra ord inte enbart ihop med den utbildning eller kunskap man har, utan graden av

hälsolitteracitet varierar beroende på hur man mår och i vilken livssituation, kultur eller omgivning man befinner sig. Utgångspunkten för hälsolitteracitet är att människor själva kan främja hälsa, lösa hälsoproblem och vara aktiva samarbetspartners i val av åtgärder och i beslut som fattas. Detta förutsätter förstås en allmän kunskap om hälsofrågor, och att denna kunskap i rimlig omfattning och på ett tillgängligt sätt tillhandahålls och kan inhämtas av alla. Inom området psykisk hälsa kan detta bl.a. beskrivas i termer av tillhandahållande av psykoedukativa/psykopedagogiska insatser.

2.6.6 Hälso- och sjukvårdens förebyggande roll och tidiga insatser av mer generell karaktär

Vi återvänder till det komplexa gränssnittet mellan behovet av stöd för upplevd psykisk ohälsa och hälso- och sjukvårdens traditionella uppgift att hantera diagnosticerade psykiatriska tillstånd. Kan hälso- och sjukvårdens resurser ibland utifrån befolkningens och enskildas behov behöva tas i anspråk för att hantera upplevelsen av psykiska besvär, som inte uppfyller diagnoskriterier? Vi tror att så behöver ske. Psykiska besvär kan påverka en människas funktionsnivå även om diagnoskriterier inte uppfylls. Ibland kan det också vara så att genom att lyssna på personer med egenerfarenhet ökas kunskapen om tillstånd som påverkar den psykiska hälsan. I det arbetet har primärvården en viktig roll. I sammanhanget är det också viktigt att påpeka att tillämpning av diagnoskriterier oundvikligen påverkas över tid.

Det finns ett behov av att öka kunskapen om hur tidiga insatser kan förebygga utvecklingen av psykisk ohälsa. Hälso- och sjukvården har enligt lag att arbeta för att förebygga ohälsa. Vi har i tidigare betänkande diskuterat rollen i att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga.[63] Förebyggande insatser är alltid svåra att såväl initiera och implementera som att utvärdera, men på samma sätt som de är en alltmer självklar och naturlig del av synen på somatiska tillstånd bör de vara det vad gäller psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, inklusive de relaterade till skadligt bruk av alkohol, andra substanser och andra typer av missbruk. Frågor om den psykiska hälsan är lika viktiga, och bör uppmärksammas på samma sätt, som frågor gällande den somatiska hälsan vid olika typer av förebyggande

[63] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 7.

kontakter, såsom vid hälsosamtal, på ungdomsmottagningar, inom barn- och mödravården och vid andra kontakter med regionens och kommunens primärvård. Att knyta detta just till primärvården är särskilt naturligt, eftersom primärvården som navet i hälso- och sjukvårdssystemet är den instans som ska arbeta nära människor, i långvariga relationer och med god kännedom om hur befolkningens behov ser ut just i den geografiska närheten.

Att förebygga svårare psykisk sjukdom och förhindra ökad grad av funktionspåverkan kan många gånger handla om att över huvud taget upptäcka och diagnosticera ett tillstånd. En hög tillgänglighet, adekvat kunskap och evidensbaserade metoder för detta måste finnas och tillhandahållas brett i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården. Ett exempel på att detta synsätt ska tillämpas är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, där metoder för snabbt omhändertagande vid misstänkta tillstånd har högsta prioritet.

Betydelsen av kontinuerliga relationer

Att kunna upptäcka och ge tidiga och adekvata insatser vid psykisk ohälsa ger oss också anledning att återknyta till de förslag vi lämnat i tidigare betänkanden gällande behovet av ökad personkontinuitet i primärvården, och vikten av det relationella i kontakten mellan hälso- och sjukvården och invånarna.[64] Att ha en fast läkarkontakt i primärvården och/eller en fast vårdkontakt: en distriktssköterska på det särskilda boendet, en barnmorska under hela graviditeten eller en fast kontakt inom barnhälsovården ökar möjligheten till en förtroendefull relation och sänker tröskeln för att prata om de frågor som ibland kan vara svårare än andra att ta upp. Det kan gälla frågor om det psykiska måendet allmänt, men också frågor som starkt kopplar till det psykiska måendet, såsom t.ex. våld i nära relationer eller hedersrelaterad problematik. Från patient- och brukarhåll, och även från närståendegrupper, har lyfts att just en öppenhet och hög tillgänglighet vad gäller psykiska besvär i primärvården för många kan kännas som en mindre stigmatiserande ingång än att vända sig till en psykiatrisk mottagning. Motsvarande kan gälla vid risk- eller missbruksproblematik. Att träffa någon som man har förtroende för och

[64] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, kap. 10.

litar på kan vara avgörande också för att våga ta upp de allra svåraste och mörkaste funderingarna, som t.ex. tankar på att avsluta sitt eget liv.

2.6.7 Det suicidpreventiva arbetet

För att ytterligare understryka vikten av tidiga(-re) insatser och en välkomnade, aldrig avvisande, attityd från hälso- och sjukvården vill vi särskilt lyfta området suicidprevention. Det har historiskt funnits en syn på suicid som ”ytterligheten” av psykiatriska tillstånd, att ett försök att avsluta livet av egen vilja alltid föregås av en svår och alltmer progredierande psykisk sjukdom. Senare års forskning har visat att så inte alltid är fallet. Även om det förvisso är så att vid ungefär en tredjedel av de rapporterade suiciden har det funnits en kontakt med den psykiatriska hälso- och sjukvården, har betydligt fler haft kontakt med annan hälso- och sjukvård innan ett fullbordat suicid, och hade därmed potentiellt kunna få hjälp och stöd där i förhindrande syfte.[65] Det finns också en grupp människor som inte haft någon kontakt med hälso- och sjukvården tidigare. Det framstår som möjligt att genom att underlätta kontakten med primärvården, och genom en ökad kunskap vad gäller att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa, skulle arbetet med att förhindra suicid kunna bli mer framgångsrikt. Detta blir då ytterligare en anledning att ha öppna dörrar och låga trösklar till primärvården när det gäller bedömning av och stöd till det psykiska måendet. Ett sådant förhållningssätt skulle också kunna bidra till ökade möjligheter att studera vilka insatser och hur numerärerna kan påverkas, inte minst i de grupper som hittills har varit svåra att nå med insatser för att förhindra självmord. Vi har också från flera håll uppmärksammats på närståendes situation på detta område. Såväl vid försök till suicid som vid fullbordat suicid uppfattas stödet till närstående många gånger brista. Närstående är i en sådan situation en högriskgrupp vad gäller den egna psykiska hälsan, och bör särskilt tänkas in och omfattas i det suicidpreventiva arbetet och vad gäller stöd till den psykiska hälsan.

[65] Svenska psykiatriska föreningen, *Suicidnära patienter. Kliniska riktlinjer för utredning och vård*, 2013.

2.7 Ytterligare reflektioner över utgångspunkter för uppdraget

Med avstamp i de kontextuella resonemangen ovan vill vi i det följande presentera ytterligare några reflektioner som utgångspunkt för de förslag och bedömningar vi lämnar i betänkandet.

2.7.1 Diagnoser…

Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är systemet med diagnossättning viktigt och relevant. Det är det klassificeringssystem som i stor utsträckning utgör ramen för uppdraget och kommit att bli en grundval för vilka insatser som ges. Det säkerställer en standardisering och en evidensbaserad handläggning som så långt möjligt borgar för en hög och jämn kvalitet i vårdens insatser. Det ligger också till grund för uppföljning, forskning och utveckling. Många gånger kopplas andra perspektiv, såsom exempelvis det ekonomiska, till systemet med diagnossättning. Det finns alltså starka historiska, traditionella och samhälleliga incitament från många aktörer att sätta en diagnos, en etikett, på varje tillstånd.

Inom området psykiatri har det framförts till oss att det historiskt länge fokuserades mer på specifika metoder och interventioner än på att först bedöma varje patient på ett systematiskt sätt och sedan anpassa insatserna evidensbaserat efter det. Det har därför under de senaste decennierna funnits en rörelse mot alltmer fokus på diagnostik, vilket också varit välgörande för utvecklingen av evidensbaserade metoder. Detta synsätt, ursprungligen härrörande från den specialiserade psykiatrin, har på vissa ställen också implementerats i primärvården.

Men kanske kan även denna pendel svänga för långt? Kanske finns ibland en övertro på att allt går att beskriva, etikettera och diagnosticera? Kanske förlorar diagnossättningens goda syfte en del av sin mening och sitt värde för den enskilde när varje mänskligt tillstånd och varje upplevelse måste beskrivas utifrån en diagnos satt ur hälso- och sjukvårdens perspektiv? Vi har anekdotiskt fått beskrivet att (den historiskt säkert välbehövliga) driften mot diagnostik och evidensbaserade behandlingar inom den specialiserade psykiatrin medfört att för de som inte har en specifik diagnos erbjuds heller inga insatser. Att för just den patientgruppen förväntas primärvården

många gånger finnas där för det allmänna omhändertagandet, och att det då är svårt att veta vilka insatser som kan och ska erbjudas när det uppenbart föreligger en påverkan på funktionsnivån men inga specifika diagnoskriterier uppfylls. Att den logiken ibland gör att det kan gå mycket lång tid i väntan på bedömning i den specialiserade psykiatrin, en tid då inga insatser alls sätts in, och patienten sedan remitteras tillbaka till primärvården. Att den logiken medför ett ytterligare utdraget lidande för patienten, förlänger sjukfrånvaro, och ibland t.o.m. medför att en diagnos sätts för att alla inblandade vet att det är enda sättet att få till ett strukturerat omhändertagande och stödjande insatser för patienten. Det blir inte heller enklare av att många människor i dag har inte bara en diagnos utan flera, och ofta såväl somatiska som psykiatriska diagnoser.

Att detta arbetssätt är rådande är begripligt utifrån hur vi traditionellt erbjuder hälso- och sjukvård, men det är samtidigt viktigt att förstå att just komplexa tillstånd, där ingen specifik diagnos kan sättas, och evidensen vad gäller behandling är få eller obefintliga, ibland kan vara just de som behöver den specialiserade vårdens kompetens bäst, eller ännu hellre samverkan mellan den specialiserade vårdens kompetens och primärvårdens generella kompetens vad gäller hela människans situation. Om det dessutom, vilket ibland förefaller vara fallet, är så att en glidning har skett mot att även primärvården har svårt att se sitt uppdrag för dem som inte har en tydlig diagnos eller en behandlingsbar åkomma, utan avvisar de patienterna, förlorar vi möjligheten såväl till att stödja dessa individer till bästa möjliga hälsa som till att öka kunskapen om tillstånd för vilka vi *ännu* inte har några dokumenterat fungerande behandlingar. Det är också givet att om en diagnos är vad som behövs för att man ska få ta del av hälso- och sjukvårdens stöd och insatser är det naturligt att diagnossättningen drivs allt längre. Finns det tillstånd som har nytta av hälso- och sjukvårdens resurser och kunskap, och därför bör hanteras inom hälso- och sjukvårdens uppdrag, även om de inte går att etikettera med en diagnos, eller om de ännu inte uppfyller kriterierna för diagnos? Finns det anledning för primärvården, med stöd av psykiatrin, att intressera sig just för dessa grupper för att stödja enskilda individer till bättre hälsa, men också öka kunskapen om det som är utmaningar för enskilda individer, på befolkningsnivå och inte minst samhällsekonomiskt i form av t.ex. sjukfrånvaro? Ett område där

detta av många uppfattas som särskilt aktuellt är t.ex. symtom på svårare stress och utmattningssyndrom.

Vi uppfattar att det är viktigt att påminna sig om att dessa individer, med upplevd psykisk ohälsa men där diagnoskriterier inte alltid uppfylls och evidensbaserade behandlingar inte står till buds, redan i dag finns på hälso-/vårdcentraler runtom i landet, och t.o.m. i stort antal. Utredningens uppdrag handlar inte om några nya patientgrupper, utan om grupper som redan finns i väntrummen hos primärvården.

2.7.2 …och livshändelser

Det finns, och har alltid funnits, tillstånd som ligger i gråzonen mellan den normala variationen och en diagnos. Vad som ses som ”normalt” varierar med kultur, tid, normer och sammanhang. I dag finns en diskussion om det vi ibland nämner som ”livets skrubbsår”. Motgångar och negativa känslor som alla människor möter på sin väg genom livet, och i debatten uttrycks farhågor om att vi kanske i vårt trygga samhälle uppfattar varje motgång i livet som patologisk, och något som vi behöver extern hjälp, ofta från hälso- och sjukvården, för att hantera. Vi medikaliserar livet. Denna farhåga har lyfts till oss inte minst i förhållande till vårt uppdrag gällande lättare psykisk ohälsa, och det är, som vi tidigare nämnt, ett aktuellt inslag i samhällsdebatten.

Men många uppmärksammar också att det kan finnas ett nära samband mellan det som kan skava i livet och att uppfylla kriterier för diagnosticerade tillstånd. Och att benägenheten att vända sig till hälso- och sjukvården varierar stort individuellt, och är ”tröskeln” till vården i genomsnitt lagom hög för de flesta, blir den alltför hög för några. Tillstånd som borde bedömas och behandlas evidensbaserat förblir oupptäckta med onödigt lidande för den enskilde som konsekvens. En känsla av att tillvaron inte är meningsfull, eller frånvaron av struktur i det dagliga livet, kan sannolikt öka risken för upplevd psykisk ohälsa. Omvärldsfaktorer såsom frånvaron av positiva sociala kontakter och/eller ändamålsenligt boende eller ekonomisk utsatthet likaså. Även om det inte finns entydig forskning vad gäller enskilda livshändelser och utveckling av psykiatriska tillstånd förefaller det rimligt att tro att fältet inte är svart eller vitt – ingen människa upplever och beskriver sitt känsloliv exakt lika som någon annan, och

inget diagnosverktyg kan med 100 procent objektivitet, sensitivitet eller specificitet säkerställa vad som är ”friskt” eller ”sjukt”. Här kommer alltid att finnas en gråzon, ett kontinuum mellan psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, som motiverar ett välkomnande bemötande och en låg tröskel för att kunna kontakta primärvården med besvär som rör det psykiska måendet. Målet blir att den som söker primärvården för psykisk ohälsa alltid blir väl mottagen, får en adekvat bedömning, ibland blir hänvisad till andra aktörer utifrån väl upparbetad och strukturerad samverkan, men aldrig någonsin känner sig avvisad. I detta ligger förstås också avsikten att väga in och bejaka det behov som finns av att prioritera de gemensamma resurserna rätt och överväga vilka insatser som gör mest nytta var och för vem.

2.7.3 Varför är det viktigt att beskriva detta kontinuum mellan upplevelse och diagnos?

Det finns alltså en gråzon mellan upplevda psykiska besvär och diagnosticerade psykiatriska tillstånd. Yttre omständigheter och faktorer kan avgöra på vilken ”sida av gränsen”, eller var längs detta kontinuum, man befinner sig.

Vi uppfattar att delar av det som omfattas av vårt uppdrag enligt direktiven finns just i området mellan upplevelse och diagnos, mellan insatser från hälso- och sjukvård, egenvård och stöd till egen hälsa. Vi tror att för bästa möjliga hälsa behövs ibland stöd från hälso- och sjukvården, ibland från andra aktörer runt individen, och oftast behövs en samverkan mellan dessa olika aktörer.

Att problematiken vi angriper ligger i ett gränsland medför att de insatser som tillhandahålls ibland måste vara överlappande från dessa olika aktörer, annars riskerar individen att falla i tomrummet mellan olika insatser och ansvarsområden. Vi måste gå från stuprörsstrukturer, där varje aktör arbetar i sin egen bubbla, till samordnade och samverkande insatser. Vi uppfattar att vårt uppdrag är att överväga strukturer för att underlätta en sådan samverkan utifrån varje individs behov.

2.7.4 Personcentrerad vård

Vårt angreppssätt och våra förslag och bedömningar tar avstamp i ett personcentrerat synsätt. Vi behöver flytta oss från ett huvudfokus på hur hälso- och sjukvården utifrån sina befintliga strukturer och sitt traditionella synsätt ser problematiken till hur det ter sig för människan. Vi behöver diskutera tolkningsföreträdet vad gäller problembeskrivningen av det psykiska måendet. Vi behöver samtidigt förhålla oss till målsättningen om en hälso- och sjukvård där de med störst behov ges företräde, och hur vi bäst nyttjar den gemensamma resursen som står till buds. Men kanske är att, i större utsträckning än vad man historiskt har gjort, utgå från människans behov snarare än hälso- och sjukvårdens sätt att organisera sig, också att förespråka mer effektiva arbetssätt. Som i samtliga våra betänkanden vill vi betona att det här är den kanske viktigaste delen i omställningen till en god och nära vård. Kulturförändringen; att arbeta med inkludering, att skapa förutsättningar för delaktighet och samskapande, ökar effektiviteten i de insatser som erbjuds av hälso- och sjukvården och gör att den gemensamma resursen räcker längre och till fler.[66] Det ökar också tillfredsställelsen såväl hos de insatsen är till för som hos hälso- och sjukvårdens medarbetare. Vi behöver i vårt uppdrag hitta och beskriva den gemensamma ytan mellan det som traditionellt är hälso- och sjukvårdens ansvar och uppdrag, och det som befolkningen förväntar sig att få hjälp med i dagens samhällskontext när man vänder sig till hälso- och sjukvården. Ofta är hälso- och sjukvården den naturliga ingången för individen, och vårdens uppgift är att bistå med det som är vårdens reglerade uppdrag. Men hälso- och sjukvårdens medarbetare kan också vara en brygga till andra aktörer och insatser som ur individens synpunkt är viktiga för att nå målet om bästa möjliga hälsa utifrån de egna förutsättningarna.

Behovet av stöd är individuellt

En farhåga som ibland lyfts är risken med att ”överinstitutionalisera” det människor behöver för att må bra i sin vardag. Om vi bygger strukturer för vårdens samverkan med föreningslivet, om samhället

[66] För ytterligare beskrivning av ämnet personcentrerad vård, se t.ex. SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* samt Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018.

tar på sig att ordna mötesplatser och arenor för människor att mötas, upphör eller påverkas den egna drivkraften att aktivera och engagera sig då? Om ingen erbjuder en meningsfull fritidsaktivitet, ordnar människor det själva då? Och kan initiativ som de vi beskriver i våra bedömningar riskera negativa effekter på samhällsnivå? Detta är en risk som förtjänar att lyftas. Man måste samtidigt påminna sig om att alla människor inte har samma förutsättningar och inneboende resurser vad gäller att skapa sig en meningsfull tillvaro och tillräckliga sociala sammanhang. Noterbart är också att en del i att må psykiskt dåligt ofta är att initiativförmågan påverkas negativt. Alla hittar inte till Friskis&Svettis, Friluftsfrämjandet eller Röda Korsets besöksverksamhet på egen hand. Man kan behöva en knuff, ett stöd, en motiverande kontakt för att ta sig ut ur sitt eget sammanhang. Vi bedömer att vården kan vara en brygga, och en möjliggörare för att hitta till aktiviteter t.ex. inom föreningslivet.

2.7.5 Begränsningar

Vi inser fullt att vi inte inom ramen för utredningens arbete kommer att kunna lösa problematiken med psykisk ohälsa i en bredare samhällskontext. Vi delar också uppfattningen att hälso- och sjukvården på egen hand inte kommer att kunna, och inte heller kan förväntas lösa, problematiken med ”lättare psykisk ohälsa”. Det kommer sannolikt alltid att kvarstå en problematik kring vem som ”hör till vilken grupp” – en människa är komplex och mer än sin diagnos. Det gäller förstås inte minst vid psykisk ohälsa av olika slag. Långt innan en demensdiagnos sätts kan psykiska besvär i form av oro och ångest uppträda. När det gäller en diagnos inom risk- eller missbruk kommer många gånger en samsjuklighet till andra psykiatriska tillstånd att finnas där. Många är de med psykiatrisk diagnos som inte får sina behov tillräckligt mötta i den somatiska vården, och många med somatiska symtom kan ha psykiska besvär. Just därför blir primärvårdens roll så viktig.

Vi kommer att kunna uppmärksamma problematiken ur olika perspektiv, och tydligare än vad som är fallet i dag visa på ansvaret från hälso- och sjukvården, och specifikt från primärvårdens sida, för också den psykiska hälsan. Genom att tydliggöra det på normerande nivå skapas bättre förutsättningar för staten att peka på huvudmän-

nens ansvar och för huvudmännen att uppmärksamma ansvaret på vårdgivarnivå. Men åtagandet går också åt andra hållet – det ger vårdgivaren större möjlighet att uppmärksamma huvudmannen på behovet av en adekvat resurssättning och kompetenssättning vad gäller uppdraget psykisk ohälsa. Vi vill återigen uppmärksamma att de förslag och bedömningar vi gör i detta betänkande inte är att se som fristående från utredningens tidigare uppdrag eller förslag. Våra förslag och bedömningar i detta betänkande är en del av en helhet, och grundar sig fortsatt på kunskapen om att bästa sättet att nå en jämlik hälsa i befolkningen är en stark primärvård. Våra förslag och bedömningar i detta betänkande är tänkta att vara ytterligare en del i en väl sammanhållen, personcentrerad och begriplig, god och nära vård.

2.7.6 Corona och covid-19

Under tiden utredningens arbete med området psykisk ohälsa har pågått har omvärlden och allas vår vardag i mycket stora delar präglats av, och på många sätt omdefinierats av, en pandemi. Det nya coronaviruset och covid-19 har på olika sätt påverkat vårt arbete. Det har också inneburit att alla vi träffat på olika sätt drabbats av, och därmed naturligt refererat till det nya viruset och dess effekter. Det finns tecken på att pandemin på olika sätt påverkat det psykiska välbefinnandet och den psykiska hälsan i befolkningen. Precis på vilka sätt går ännu inte att veta. För de många som vårdats för svåra symtom i samband med covid-19 har röster höjts vad gäller behovet av rehabiliterande insatser, inte minst i primärvården. Detta kan också förväntas behövas vad gäller stöd till den psykiska hälsan, som ofta påverkas påtagligt vid svår och livshotande sjukdom i sig, och inte minst i samband med långvarig intensivvård.

Initialt i vårt arbete hade vi förhoppningen att pandemin kanske skulle avklinga, och vi därmed skulle kunna ha möjlighet att på ett mer strukturerat sätt beskriva effekterna utifrån genomförda rapporter och initial forskning. Så blev inte fallet. Pandemin är fortfarande i högsta grad en realitet. Vi uppfattar dock inte att relevansen i utredningens arbete, eller i de förslag och bedömningar vi gör, minskar i och med detta. Fortsatt noggrann observation av pandemins effekter på den psykiska hälsan är av största vikt, och pågående observationer och kommande forskning på området bör fortlöpande ses som

kompletterande till utredningens underlag. I och med att utredningens förslag och bedömningar i huvudsak ligger inom i dag befintliga strukturer, och mer tar sikte på arbetsformer, förbättrad struktur och goda exempel, bör detta inte bjuda särskilda svårigheter. Särskild uppmärksamhet kommer sannolikt framöver att behöva läggas på området digitalisering och e-hälsa i pandemins spår. Här finns såväl möjligheter, när den fysiska distanseringen ökar men den sociala kontakten ska behållas, som risker, med förstärkt digitalt utanförskap som ett exempel.

2.8 Allmänt om begrepp kopplade till psykisk hälsa

2.8.1 Avsaknad av gemensamma definitioner

Ordet definition kan inrymma olika saker. Det kan innebära benämningar på företeelser, en gemensamt överenskommen terminologi eller legala definitioner. Den psykiska hälsan och ohälsan har, på gott och ont, inte i någon större utsträckning omfattats av en enhetlig begreppsvärld, utanför det som definierats utifrån regelrätta psykiatriska diagnoser. Det kan ha medfört en svårighet till uppföljning av de insatser som gjorts, en svårighet att veta vad som avses i samtalet mellan olika aktörer, så som t.ex. i samtalet mellan olika statliga myndigheter, professioner, huvudmän och patient-/brukarföreträdare.

Uttrycket psykisk hälsa är t.ex. brett och generellt hållet. Vi har förstått att detta historiskt och exempelvis under tidigare nationella satsningar uppfattats som fördelaktigt, eftersom det gett utrymme för inkludering av många, och bejakat områdets bredd, allt ifrån nedsatt psykiskt välbefinnande till diagnosticerad psykiatri. Många vi mött uppfattar att fördelarna historiskt övervägt nackdelarna, att det varit hjälpsamt för ett inkluderande och brett angreppssätt, som ändå legat bakom en del av de framgångar som nåtts i samverkan mellan olika aktörer, särskilt på en övergripande nivå i systemet.

Men många påtalar också att bredden i begreppet kan vara problematisk. Det används brett, och vissa använder det för att beskriva den positiva dimensionen av psykisk hälsa, i form av psykiskt välbefinnande, medan andra också inkluderar (och/eller syftar på) psykisk ohälsa, i spektrat från lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd.

Mot bakgrund av avsaknaden av en enhetlig begreppsvärld kopplad till psykisk ohälsa har de nationella kunskapsmyndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt SKR gjort ett gemensamt arbete och tagit fram ett begrepps-pm som syftar till en enhetlig användning av några centrala begrepp som ofta används inom området psykisk hälsa. Detta förväntas kunna bidra till att beskrivning av nuläge och utveckling inom området, liksom insatsförslag, kan baseras på tydliga och gemensamma grunder. Detta pm återfinns som bil. 5.

2.8.2 Behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag

Utifrån rådande situation är det naturligt att våra direktiv också anger att vi – för uppdragets genomförande – behöver definiera vissa begrepp, i förhållande till de förslag och bedömningar vi lämnar. Det gäller specifikt:

- lättare psykisk ohälsa
- vilka målgrupperna för de nya insatserna är och hur deras behov av stöd ska definieras.

För utredningens del faller vårt definitionsuppdrag inom kategorin att beskriva omfattning och avgränsningar av ett begrepp i ett specifikt sammanhang, för en viss insats. Vi har ett behov att klargöra vad som avses med de begrepp vi använder i våra förslag och bedömningar, vad/vilka som omfattas av de begrepp vi använder – och i förlängningen insatserna – och hur begreppen förhåller sig till varandra.

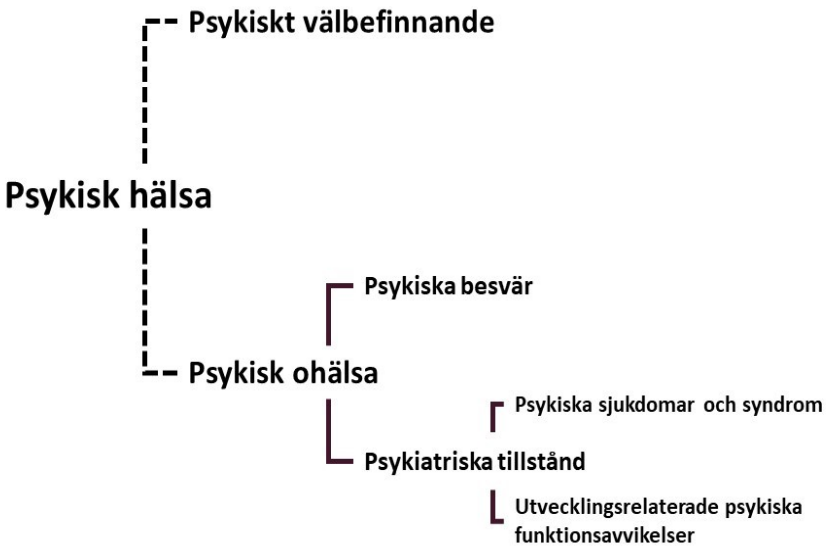
Liksom tidigare har utredningen en önskan att bygga på befintligt arbete och strukturer. Givet att kunskapsmyndigheterna och SKR helt nyligt gjort ett grundläggande begreppsarbete kring psykisk ohälsa (se bil. 5) tar utredningen detta arbete som utgångspunkt för vårt arbete. Detta görs med medvetenhet om att det som publicerats är en första version av modellen som man förväntar sig kommer att utvecklas löpande; på kort sikt när modellen prövats i praktiken, på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det inter-

nationella diagnossystem ICD-11 är färdigställd och på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.[67]

En begreppsmodell för psykisk hälsa

Nedan återfinns den övergripande modell för hur olika begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra som arbetats fram av kunskapsmyndigheterna samt SKR.

Figur 2.2 Begreppsmodell psykisk hälsa



Källa: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SBU samt SKR.

Modellen börjar i det överordnade begreppet psykisk hälsa som har dimensionerna psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Det är centralt att notera att psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är olika dimensioner och inte varandras motsatser, även om man visuellt kan få det intrycket. Även om det finns samband mellan dimensionerna så kan exempelvis personer som inte har någon psykisk ohälsa uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande. Omvänt kan personer med psykiatriska tillstånd uppleva psykiskt välbefinnande.

[67] Bil. 5, *Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020*.

Begreppet psykisk ohälsa delas in i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd beroende på om den psykiska ohälsan uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. Psykisk ohälsa används alltså som ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, där de senare motsvarar kraven för diagnos. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen.

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av från tid till annan. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd och kan t.ex. bestå av enstaka besvär. Ibland kan psykiska besvär förekomma samtidigt som eller orsaka kroppsliga symtom som exempelvis huvudvärk, magont, ryggvärk eller yrsel. På motsvarande vis kan somatiska besvär orsaka psykiska symtom. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka förmågan att klara av viktiga och nödvändiga vardagsfunktioner – arbeta, studera, ägna sig åt fritidsaktiviteter och hobbyer, ta hand om sig själv och andra – i den miljö som man lever i.

Psykiatriska tillstånd (dvs. tillstånd som uppfyller diagnoskriterier) delas i sin tur in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser (eng: neurodevelopmental disorders, kallas i vardagligt tal neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) beroende på när i ålder som de debuterar.[68]

Som tidigare nämnts finns emellertid ingen absolut avgränsning mellan upplevda psykiska besvär och diagnosticerade psykiatriska tillstånd. Det är med andra ord inte alltid lätt att skilja ”livets skrubbsår” från dess ”benbrott”.

Tillämpning i utredningens arbete

Lättare psykisk ohälsa

För detta betänkande kommer vi alltså utgå från den begreppsmodell som presenterats ovan. Den modellen hanterar dock inte begreppet ”lättare psykisk ohälsa”, som är centralt för vårt uppdrag såsom det

[68] Bil. 5, s. 4.

är formulerat i direktiven. Hur ska begreppet förstås i förhållande till vårt uppdrag?

Våra direktiv utgår tydligt från folkhälsoperspektivet, och upplevt nedsatt psykiskt välbefinnande, dvs. människors egna upplevelser av psykisk ohälsa. Detta till skillnad från en utgångspunkt i vårdens organisation, och (misstanke om) möjliga psykiatriska tillstånd. Oavsett hur vården i ett senare skede medicinskt bedömer en person med upplevd psykisk ohälsa – om den motsvarar en psykiatrisk (eller annan) diagnos eller inte – så upplever dessa människor problem som de söker hjälp och stöd för att hantera och ofta vänder sig just till primärvården med.

Det som i våra direktiv utrycks som ”lättare psykisk ohälsa” kan alltså motsvara ”psykiska besvär” i modellen. Det kan dock också vara så att den upplevda psykiska ohälsan visar sig motsvaras av en diagnos (t.ex. lindrig depression eller ett lindrigt alkoholbrukssyndrom). Det går inte att avgöra innan hälso- och sjukvården gjort sin bedömning. Därför är det inte heller av relevans att avgränsa målgruppen för insatserna utifrån en persons egen gradering av sin psykiska ohälsa som ”lättare”.

Mot bakgrund av detta och eftersom ”lättare psykisk ohälsa” är ett begrepp som inte heller är inkluderat och definierat i den föreslagna begreppsmodellen, och som dessutom många i dialoger med utredningen lyft som problematiskt,[69] kommer utredningen härefter i betänkandet att övergå till de begrepp som används i nämnda begreppspm. Hur målgruppen för de nya insatserna avgränsas behandlas nedan.

Målgrupperna för de nya insatserna och deras behov av stöd

Givet våra direktivs utgångspunkt i folkhälsoperspektivet, och människors egna upplevelser av psykisk ohälsa, blir det också avgörande för hur vi ska definiera målgruppen för de nya insatser vi ska utreda.

Grunden är att en individ själv identifierar ett behov av stöd från samhället i förhållande till det egna psykiska måendet. Därmed finns från samhällets sida ett behov av att få till stånd en bedömning om den upplevda ohälsan motsvarar ett behov av insatser från hälso- och sjukvården, alternativt andra möjliga stödåtgärder från andra offent-

[69] Mot bakgrund av bristen på tydlig definition av begreppet, men även frågor om vem som avgör vad som är ”lättare”.

liga aktörer och/eller civilsamhället. Och, om så är fallet, att kunna ge en hänvisning till sådana aktörer.

Målgruppen som primärvården behöver organisera sig för att bemöta är alltså personer som upplever psykisk ohälsa som man inte förmår hantera med de verktyg man själv har tillgängliga. Man känner ett behov av externt stöd för att hantera sin psykiska ohälsa. Denna målgrupp stämmer väl överens med primärvårdens uppdrag: att vara den första instansen inom hälso- och sjukvården som möter människors osorterade besvär, och i det mötet utgår från individens situation, symtom och behov.

Utifrån denna definition av målgruppen kan behoven av stöd se olika ut från individ till individ. Alltifrån egenvårdsråd och/eller hänvisning till stöd utanför hälso- och sjukvården, till olika nivåer av hälso- och sjukvårdsinsatser. Precis som alltid gäller att det är hälso- och sjukvården som ska stå för de medicinska bedömningarna.[70]

I de fallen hälso- och sjukvårdens insatser är motiverade ska vård ges på adekvat nivå, enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON). Vården ska också kunna tillhandahållas i linje med bästa tillgängliga kunskap, utgående från relevanta nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd på området.

2.9 Olika mål- och riskgrupper

Den psykiska hälsans omfattning skiljer sig åt mellan olika grupper i Sverige och internationellt, och kan även ta sig delvis olika utryck i olika grupper. Det finns en koppling mellan psykisk ohälsa och annan utsatthet. Att leva med psykisk ohälsa är kopplat till ogynnsamma livsvillkor och sämre villkor i arbetslivet, t.ex. lägre inkomst eller arbetslöshet. Det är också vanligare att personer med exempelvis funktionsnedsättning, asylsökande och nyanlända, hbtq-personer eller personer som varit utsatta för våld t.ex. i en nära relation, uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

[70] En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* s. 31).

Även om vårt uppdrag inte handlar om att utveckla specifika lösningar för olika målgrupper, så är det en kunskap som är viktig att ha med sig i ett arbete med syfte att bättre identifiera och bemöta psykisk ohälsa, i primärvården. Det är också kunskaper som behöver omsättas i t.ex. kunskapsstöd för såväl triagering som bedömning och behandling i primärvården. Nedan följer därför en översiktlig genomgång av den psykiska ohälsan i några olika grupper.

Överlag kan sägas att kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället fortfarande är begränsad. Därför fick Folkhälsomyndigheten 2016 i uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa. Uppdraget redovisades 2019 i rapporten Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?[71] Sammanställningen visar tydligt att:

- Det finns sociala skillnader i förekomsten av psykisk hälsa i alla åldersgrupper utifrån både socioekonomisk ställning och diskrimineringsgrunder.
- De viktigaste bestämningsfaktorerna till ojämlikheter i psykisk hälsa bland vuxna är kopplade till sysselsättning och ekonomi.
- Psykisk ohälsa har samband med ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall såsom arbetslöshet eller låg inkomst, samt ökad dödlighet.[72]

2.9.1 Kvinnor och män

Ett av de nationella delmålen för jämställdhetspolitiken är jämställd hälsa. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor.[73] Precis som på många andra områden skiljer sig dock den psykiska hälsan mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.[74]

---

[71] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019.
[72] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 4.
[73] Regeringskansliet, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, 2019.
[74] Det finns också personer som identifierar sig på annat sätt än som kvinna eller man, flicka eller pojke. Psykisk ohälsa kopplat till annan könsidentitet belyses under avsnitt 2.9.2.

Jämfört med pojkar rapporterar flickor oftare att de har hälsoproblem, både fysiska och psykiska, och sämre allmänt välbefinnande. Dessa skillnader mellan könen syns också i åldersgruppen 16–24 år.[75] Utsatthet i olika former i barndomen kan också kopplas till risk för psykisk sjukdom i vuxen ålder, så för att förstå psykisk hälsa är det viktigt att se till människors hela livsförlopp.[76] En välfungerande första linje-verksamhet för barns och ungas psykiska hälsa, resurs- och kompetenssatt för tidig identifiering och evidensbaserade insatser, är därmed centralt.

Som redogjorts för i avsnitt 2.4.3 har dock utredningen S 2019:05 ett särskilt uppdrag att utreda hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, exempelvis genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården. Även om primärvårdens uppdrag inte är avgränsat i ålder eller sjukdom, kommer vi därför inte här att närmare fördjupa analyserna kring flickor och pojkar, utan sådana analyser kommer att redovisas av S 2019:05 i det betänkande som ska lämnas senast den 1 maj 2021.

I yrkesverksamma åldrar (25–64 år) och bland äldre (65 år och äldre) är förekomsten av psykisk ohälsa högre bland kvinnor än män. Det gäller både självrapporterade psykiska besvär och psykiatriska diagnoser inom öppen- och slutenvården.[77]

Viss forskning om skillnader i psykisk hälsa lyfter samtidigt att uttryck för psykisk ohälsa är genuskodade. Detta innebär bl.a. att mäns psykiska ohälsa i högre utsträckning tar sig uttryck genom aggressivitet, utåtagerande beteenden och missbruk av droger och alkohol. Detta kan bidra till underdiagnostisering av mäns psykiska ohälsa.[78]

En litteraturöversikt visar att depression får olika konsekvenser för kvinnors respektive mäns sociala och ekonomiska levnadsvillkor och för dödligheten hos de båda könen.[79] Studier visar även att mam-

[75] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 12.
[76] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 4.
[77] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 1.
[78] SOU 2014:6, *Män och jämställdhet, forskningsbilaga*, s. 441.
[79] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 17.

mor i kärnfamiljer[80] rapporterar en lägre förekomst av ängslan, oro och ångest än mammor i de övriga familjetyperna. Bland pappor är skillnaderna utifrån familjetyp mindre än bland mammor, men ensamstående pappor med växelvis boende barn har högre förekomst av besvär av ängslan, oro och ångest än män i andra familjetyper.[81]

Suicidförsöken[82] är fler bland kvinnor än bland män. Störst könsskillnader återfinns bland personer under 20 år där 77 procent av de vårdade var flickor eller unga kvinnor.[83] Suicidtalen däremot är högre bland män. Under 2018 avled sammanlagt 886 män och 382 kvinnor av självmord. Suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare oavsett ålder) i Sverige 2018 var 15. Det högsta fanns bland män 85 år och äldre, med suicidtalet 45, vilket är nästan tre gånger högre än bland män i den yngsta åldersgruppen, 15–29 år. Suicidtalet för kvinnor var högst bland 45–64-åringar. Talet beräknas i relation till åldersgruppernas storlek i befolkningen, och skiljer sig därför från det faktiska antalet suicid.[84]

2.9.2 Hbtq-personer

Det finns stora skillnader i hälsa mellan å ena sidan hbtq-personer, å andra sidan heterosexuella och cispersoner.[85] I synnerhet är den psykiska hälsan sämre bland hbtq-personer.[86] Bland icke-heterosexuella är den självrapporterade psykiska hälsan sämre än bland heterosexuella, och det gäller både unga och personer i yrkesverksamma åldrar. Förekomsten av psykiska besvär är också högre bland homo- och bisexuella personer: 34 procent jämfört med 24 procent bland

[80] Analyserna belyser föräldrars hälsa fördelat på familjetyper utifrån partnerstatus och hur barnen bor efter att föräldrarna separerat; växelvis eller heltid hos ena föräldern.
[81] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på*?, 2019, s. 14.
[82] Statistiken utgår från hur många som får vård på sjukhus p.g.a. avsiktlig självdestruktiv handling. Statistiken omfattar både suicidförsök och skador utan suicidavsikt.
[83] Folkhälsomyndigheten, *Suicidförsök,* 2020.
[84] Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO 9, s. 82.
[85] Person vars könsidentitet stämmer överens med hans eller hennes biologiska och juridiska kön. Begreppet rör könsidentitet och könsuttryck, inte sexuell läggning. Motsatsen till cisperson är transperson (*Källa:* Nationalencyklopedin, NE).
[86] Bl.a. rapporter från Statens folkhälsoinstitut (FHI) *Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer* (FHI 2006:08) och *Vem får man vara i vårt samhälle? – Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa* (FHI 2008:12).

heterosexuella.[87] Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande.

Att någon gång ha övervägt att ta sitt liv är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Hälften av dem som identifierar sig som transpersoner har någon gång övervägt att ta sitt eget liv och cirka 20 procent har försökt att ta sitt eget liv. Det ska jämföras med genomsnittet för befolkningen där 5 procent någon gång har försökt att ta sitt eget liv.[88] En studie från Folkhälsomyndigheten om unga transpersoners erfarenhet av suicidalitet och självskada pekar på insatser som kan minska den psykiska ohälsan bland transpersoner. Bland dessa kan bl.a. noteras ett behov av mer kunskap i vården om bemötandet av transpersoner. Om vårdpersonal vet mer om sambandet mellan psykisk ohälsa och könsinkongruens kan problem identifieras och behandlas tidigare, vilket skulle hindra onödigt lidande.[89]

Folkhälsomyndighetens analyser visar även att förekomsten av arbetslöshet och ekonomisk kris är större bland homo- och bisexuella än i befolkningen i stort. Detta gäller framför allt homo- och bisexuella kvinnor. Tittar man på psykosociala livsvillkor är det fler homo- och bisexuella som uppger att de saknar personligt stöd och tillit till andra, än i befolkningen i stort. Att sakna personligt stöd är vanligare bland homo- och bisexuella män än kvinnor, medan avsaknad av tillit till andra är vanligare bland kvinnorna är männen.

Tittar man inom gruppen homo- och bisexuella ser man att bland personer med lång utbildning finns en högre andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än bland homo- och bisexuella med kort utbildning. Även mellan homo- och bisexuella födda inom respektive utanför Sverige, samt mellan kvinnor och män ser vi skillnader till nackdel för dem födda utanför Sverige, respektive för kvinnor.[90]

[87] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikheter i psykisk hälsa, Kunskapssammanställning*, 2019.
[88] Regeringen, *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck,* 2014, s. 16.
[89] Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner,* 2020.
[90] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning,* 2019, s. 69 f.

2.9.3 Personer i ekonomisk utsatthet

Det finns socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa i alla åldersgrupper: de med högre socioekonomisk position har genomgående bättre psykisk hälsa, oavsett om vi använder inkomst eller utbildning som mått på socioekonomisk status.

Socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa visar sig i form av en social gradient i psykiatriska diagnoser från den öppna och den slutna vården, på så sätt att de med eftergymnasial utbildning har lägst förekomst av psykiatriska diagnoser, och de med bara förgymnasial utbildning har högst.

För äldre personer (kvinnor över 65 och män över 80) syns en omvänd gradient i öppen och sluten vård, med en större andel diagnoser bland de med eftergymnasial utbildning jämfört med de som bara har förgymnasial utbildning.

Bland de socioekonomiskt utsatta grupperna finns mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna och ensamstående föräldrar, och de har också högre förekomst av psykiska besvär än befolkningen i stort.[91]

2.9.4 Äldre

Socialstyrelsens analys av data från öppna jämförelser visar att psykisk ohälsa är vanligare hos personer 65 år och äldre jämfört med personer 18 till 64 år. År 2016 hade 34 procent av alla över 65 år vårdats för psykisk sjukdom eller använt psykofarmaka. I gruppen 18–64 år var andelen hälften så stor, 17 procent. Analysen visar också att personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa mer sällan träffar en specialist. De äldre får oftast vård inom primärvården.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att äldre personer med psykisk ohälsa ofta har sammansatta och komplexa behov som kräver både somatiska och psykiatriska insatser. De flesta äldre med psykisk ohälsa tar dock inte kontakt med hälso- och sjukvården och får därför ingen behandling. Det är vanligt att äldre söker vård för sina fysiska besvär i stället för sina depressionsrelaterade problem.

[91] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på*?, 2019, s. 13 f.

Det framhålls även att det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre patienter som ofta har flera andra sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden hos äldre med depression är dessutom ofta annorlunda än hos yngre. Symtom på psykisk ohälsa är ofta mer diffusa hos äldre och det är därför större risk att en psykiatrisk diagnos förbises. Kroppsliga och kognitiva symtom är vanliga och kan vara mer framträdande än affektiva symtom. Depression hos äldre har klara beröringspunkter med kognitiv nedsättning och demens. Socialstyrelsen framhåller att det är viktigt att personal som har regelbundna kontakter med äldre personer med vårdbehov kan identifiera psykisk ohälsa hos äldre för att kunna tillförsäkra en god och säker vård och omsorg.

Ser man till suicid är det vanligare bland äldre män, även om andelen har minskat de senaste tio åren. Bland män över 65 år är det cirka 23 per 100 000 invånare som tar sitt liv, att jämföra med cirka 19 i gruppen män 20–64 år. I gruppen män 80–84 år är det cirka 34 per 100 000 invånare. Sett till statistik över vilken vård som äldre respektive yngre fått 28 dagar före suicid är det också tydligt att äldre i större utsträckning vårdats i den somatiska vården, medan de i gruppen 18–64 år i högre grad vårdats inom psykiatrin.

Analysen visar också att personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa i högre utsträckning får antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka jämfört med gruppen 18–64 år. Det framgår även att yngre och högutbildade i högre grad får psykofarmaka utskriven av specialistvården, medan äldre och lågutbildade i högre grad får den via primärvården.[92]

Analyser av äldres hälsa från SWEOLD,[93] för personer 75 år och äldre, visar vidare att isolering har stor inverkan på den psykiska hälsan. Sannolikheten att få depressiva symtom och ångest är högre ju mer socialt isolerad en person är. Analyser visar också att närområdet samvarierar med äldre personers psykiska hälsa, på så sätt att psykisk ohälsa är vanligare bland personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden än bland dem som bor i socioekonomiskt priviligierade områden.[94]

[92] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*, 2018.
[93] Återkommande riksrepresentativ undersökning av Sveriges äldre befolkning.
[94] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikheter i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 19.

2.9.5 Personer med funktionsnedsättning

Begreppet funktionsnedsättning avser en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.[95]

Folkhälsomyndighetens rapportering kring hälsan bland personer med funktionsnedsättning utgår i hög grad från den nationella folkhälsoenkäten, vars frågor främst fångar in fysisk funktionsnedsättning.[96] Av denna data framgår bl.a. att fler personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig jämfört med övrig befolkning. Det finns också skillnader mellan könen då det är en lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som bra i jämförelse med män med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning uppger också att de i betydligt större utsträckning är trötta, har sömnbesvär, känner stress och har ängslan, oro och ångest jämfört med befolkningen i övrigt.[97] Andelen med funktionsnedsättning är också högre bland dem som är sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos, jämfört med befolkningen i stort.[98]

Det finns samtidigt studier som visar på hög förekomst av psykisk ohälsa även bland personer med psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar. Till exempel har internationella studier visat en punktprevalens på 27 procent för ångestsyndrom och 23 procent för depression hos vuxna med autism. Studier har också visat kraftigt förhöjd risk för suicid hos personer med autism. I en svensk registerstudie av drygt 54 000 personer med autism var risken för fullbordat suicid 8 respektive 13 gånger högre hos personer med autism (utan respektive med ADHD) jämfört med matchade kontroller.[99]

I detta sammanhang vill vi återigen hänvisa till den begreppsmodell som presenterats i avsnitt 2.8.2 och understryka att psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är två olika dimensioner, inte motsatser. Det vill säga en person kan ha en psykisk eller intellektuell

[95] Socialstyrelsen, termbanken.
[96] Folkhälsomyndigheten, *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*, 2020, s. 11 f.
[97] Folkhälsomyndigheten, *Hälsan hos personer med funktionsnedsättning,* 2020.
[98] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 15.
[99] Hirvikoski T, Boman M, *Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study*, Psychol Med 2019 Jun 26:1-12, 2019.

funktionsnedsättning, men ändå uppleva psykiskt välbefinnande. Från personer med funktionsnedsättningar och deras anhöriga rapporteras dock att den psykiska hälsan ofta glöms bort, att allt fokus från vård och omsorg blir på det fysiska och det kognitiva. Att vården enbart ser den diagnos eller funktionsnedsättning man har i grunden och inte det man söker vård för vid ett enskilt tillfälle.[100]

2.9.6 Personer med riskbruk

Missbruk och beroendesjukdomar faller in under psykiatriska diagnoser. Rent begreppsmässigt har man inom hälso- och sjukvården dock rört sig bort från begreppet ”missbruk” till begreppet ”skadligt bruk”, vilket numer används inom diagnossystemen. ”Missbruk” finns dock kvar som juridisk term i t.ex. SoL. Termen ”riskbruk” är ingen medicinsk diagnos, utan beskriver ett beteende med förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser.[101]

Det är sedan länge välkänt att personer med beroendesjukdomar har en förhöjd risk för olika former av annan psykisk ohälsa. Omvänt så har personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser en ökad risk för beroende.[102] År 2018 vårdades 52 000 personer, tio år eller äldre, inom specialiserad öppen eller sluten vård p.g.a. avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Detta motsvarar 0,6 procent av befolkningen. Andelen personer som vårdas för intag av beroendeframkallande substanser har ökat omkring 20 procent den senaste tioårsperioden.[103] Dessa siffror grundar sig på information från Socialstyrelsens patientregister. Eftersom det inte finns uppgifter från primärvården i patientregistret är det svårt att få en uppfattning om storlek och karaktär på gruppen som enbart diagnostiserades och behandlades inom primärvården. Bedömningen är dock att enbart en liten del av alla med problem får behandling, och att många avstår från att söka hjälp p.g.a. bl.a. stigma.[104]

[100] Inspel från utredningens referensgrupp med patienter och brukare; Myndigheten för Delaktighet, *Rivkraft 18 – hälsa, kost och fysisk aktivitet*, 2017.
[101] Region Stockholm, *Vad är riskbruk och beroende?*; Region Skåne, *Riskbruk, missbruk eller beroende*, 2015.
[102] Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019, s. 12.
[103] Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019, s. 37.
[104] Forskning och framsteg, *Få söker vård för hög alkoholkonsumtion*, 2020.

Givet att såväl specialiserad (psykiatrisk) vård som socialtjänst[105] utgör avgränsningar för utredningens uppdrag, ingår personer med omfattande missbruksproblematik inte i den målgrupp som står i fokus för vår utrednings arbete. Personer med riskbruk är dock en grupp som nämns i våra direktiv, och som ofta söker och kan få bedömning och hjälp på primärvårdsnivå.

Det finns i dag beforskade metoder och en del verksamheter på primärvårdsnivå, som riktar sig till personer som upplever sig ha problem med t.ex. bruk av alkohol men inte identifierar sig som beroende, såväl som en del metoder för behandling av skadligt bruk och beroende som lämpat sig för primärvårdskontexten.

Utifrån utredningens dialoger förefaller det dock som att det är mycket olika i vilken grad primärvården har ett strukturerat arbete med t.ex. riskbruk av alkohol, där det finns kompetens att fråga och bemöta dessa personer, eller om personer med den problematiken snarare hänvisas direkt till socialtjänstens missbruks- och beroendevård.

2.9.7 Personer som vårdar eller stödjer en närstående

Närmare en femtedel av den vuxna befolkningen ger omsorg till närstående. De personer som ger omfattande omsorg drabbas av konsekvenser vad gäller såväl hälsa som förvärvsarbete och livskvalitet och är därmed en utsatt grupp.[106] Detta är också reflekterat i lagstiftningen. År 1998 skrevs det in i SoL att kommunen bör stödja anhöriga.[107] År 2009 blev ansvaret att erbjuda stöd till anhöriga obligatoriskt. Sedan dess är lydelsen att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.[108] Med stöd till anhöriga avses olika insatser som

[105] Kommunerna har i enlighet med SoL ansvar för missbruks- och beroendevård inklusive sociala stödinsatser.
[106] Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014.
[107] Kort om begreppen: I 5 kap. 10 § SoL benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården. I detta betänkande används begreppen anhörig och närstående synonymt.
[108] 5 kap. 10 § SoL.

primärt syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta de anhörigas situation.[109]

Studier från Socialstyrelsen visar att relationen mellan den som ger och den som tar emot omsorg har betydelse för hur givaren upplever situationen. De som ger omsorg till ett barn tycks påverkas i högre grad när det gäller förvärvsarbete, ekonomi och livskvalitet, medan den som ger omsorg till en make, maka eller partner tycks påverkas i högre grad vad gäller hälsa. Anhöriga i åldrarna 30–44 år som ger omsorg till en närstående tycks påverkas mer än andra åldersgrupper vad gäller fysisk och psykisk hälsa, ekonomi och möjligheter till förvärvsarbete.[110]

Omkring två tredjedelar, eller 63 procent, av alla omsorgsgivare rapporterar att de alltid, nästan alltid, ofta eller ibland känner psykisk påfrestning. Den psykiska påfrestningen är högre ju mer omsorg man ger och bland de som ger omsorg en timme eller mer per vecka är det något vanligare att kvinnor känner psykisk påfrestning än att män gör det. Den psykiska påfrestningen är störst bland omsorgsgivare i åldersgruppen 30–44 år där 74 procent i någon utsträckning känner att omsorgsåtagandet är psykiskt påfrestande.[111]

Anhöriga till personer med psykisk ohälsa

NSPH är en samarbetsorganisation för 13 patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. År 2015 gjorde man en enkätundersökning om anhörigas situation. Totalt 1 393 personer besvarade enkäten. Av dessa uppgav 62 procent att de var mammor. Näst vanligast, 13 procent, var att man svarat på enkäten i egenskap av partner, medan syskon stod för 7 procent av svaren. Andelen pappor som svarade var enbart 6 procent. Det vanligaste var att man var anhörig till någon med en neuropsykiatrisk diagnos (70 procent). Därefter kom depression/ångest (29 procent), bipolär (13 procent) och psykossjukdom (11 procent).

[109] Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 5.
[110] Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014, s. 7.
[111] Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser,* 2014, s. 23.

74 procent svarade att de behövde stöd för egen del p.g.a. sin situation som anhörig. De flesta hade dock inte fått information om vad kommun eller region erbjöd för slags anhörigstöd. Endast 6 procent ansåg att de hade fått mycket bra information om detta och 37 procent svarade att de fått en del information. Flera lyfte även att det stöd kommunerna erbjöd främst var riktat till äldre. Det bör ses i ljuset av uppgiften från Socialstyrelsens kartläggning att den psykiska påfrestningen är störst bland omsorgsgivare i åldersgruppen 30–44 år.

I detta sammanhang kan också noteras att vid Socialstyrelsens utvärdering av de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom framkom att det i stor utsträckning saknades rutiner för att stödja såväl närstående till barn och unga som till vuxna. Inom primärvården uppgav var femte mottagning att de har en rutin för hur de skulle stödja vuxna närstående till personer med depression eller ångestsyndrom. Oftast var rutinerna enbart muntliga. Det var något vanligare att det fanns rutiner för hur mottagningarna skulle stödja minderåriga barn, 30 procent av mottagningarna hade sådana rutiner, men återigen var de flesta muntliga. Många mottagningar var medvetna om bristen på rutiner och framhöll att stöd till närstående var ett område där de skulle kunna bli bättre.[112]

Vidare var det tydligt av NSPH:s enkät att arbetet påverkades av att vara anhörig. Av de som förvärvsarbetade svarade samtliga att de gått ner i arbetstid, bytt tjänst eller behövt gå ifrån arbetet för att stödja i kontakt med vård och myndigheter eller vid en krissituation. Nästan hälften, 48 procent, hade varit sjukskrivna.[113]

2.9.8 Asylsökande och nyanlända

Asylsökande och andra nyanlända med eller utan uppehållstillstånd som lider av psykisk sjukdom får inte alltid den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen.[114] De kan ha kontakt med primärvården och sociala myndigheter, men utan att deras psykiska vårdbehov uppmärksammas. Därmed ökar risken för att en psykisk

[112] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 90 ff.
[113] NSPH, *Vem hjälper dem som hjälper?*, 2015.
[114] Rätten till hälso- och sjukvård för asylsökande och personer som vistas i Sverige utan tillstånd styrs av lagen (2008:344) *om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* och av lagen (2013:407) *om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan tillstånd*.

sjukdom inte upptäcks eller kan behandlas i tid, vilket kan skapa onödigt lidande och utveckling av en kronisk störning som blir handikappande.[115]

Mellan 20 och 30 procent av asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa. Många med psykisk ohälsa har kontakt med primärvården och färre med specialistpsykiatrin. I flera kulturer är det vanligt med stigmatisering av personer med psykiska sjukdomar och många nyanlända migranter undviker därför kontakt med specialistvården. Inom primärvården kan finnas en rädsla för att fråga efter eller på annat sätt upptäcka psykisk ohälsa.[116]

Asylsökande kan ha ett ackumulerat vårdbehov och det gäller särskilt de som har traumatiska erfarenheter bakom sig. De kan uppleva höggradig stress och känna sig isolerade i det nya landet p.g.a. språksvårigheter, kulturskillnader samt asylprocessen. Asyltiden, som ibland kan vara flerårig, kan försämra individens fysiska och psykiska hälsa, samt påverka familjesituationen och barnens hälsa.

Asylsökande befinner sig ofta i högst onormala, otrygga situationer utan ett socialt nätverk och med begränsade språkkunskaper som ger upphov till missförstånd och missnöje. De kan också vara utsatta för kulturkrockar, diskriminering och andra påfrestningar. Detta gör att deras psykiska sjukdomar ofta blir komplexa, med många negativa faktorer. Risken för kroniska och behandlingsresistenta symtom och sjukdomar kan därför vara större jämfört med andra patientgrupper, även vid lätta eller måttliga symtom, något som initialt ofta förbises av behandlare.[117] För asylsökande och papperslösa gäller särskild lagstiftning i fråga om vilken hälso- och sjukvård som regioner är skyldiga att tillhandahålla.[118] Detta försvårar möjligheten att få stöd för den psykiska ohälsan.

I samband med flyktingsituationen 2015 kom ett stort antal ensamkommande barn till Sverige. Sedan dess har flera fyllt 18 år och därmed juridiskt sett blivit vuxna. I samband med detta upphör flera av de stöd och strukturer man kan ha omkring sig som barn. Det gör att en redan utsatt situation, som är påfrestande för den psykiska hälsan,

[115] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 7.
[116] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 7.
[117] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 8.
[118] Lag (2008:344) *om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* samt lag (2013:407) *om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*.

för många blir än mer utmanande. Röda Korset anger att många ensamkommande ungdomar har uttryckt problem med att få information om psykisk hälsa på ett anpassat sätt. Överlag har man bristande information om hälsan och kroppen och specifikt känner man inte till kopplingen mellan fysisk och psykisk hälsa, t.ex. att magont och huvudvärk kan bero på oro, sömnlöshet etc. Här är möten med vården viktiga och – utan att negligera om det finns somatiska förklaringar – behöver man tydliggöra att somatiska besvär ibland kan bero på psykosociala orsaker.[119]

[119] Röda Korsets svar på utredningens dialogfrågor.

3 Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Detta kapitel beskriver sammantaget olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa, och hur det ser ut i nuläget. Inledningsvis redogörs för den bredd av aktörer på olika nivåer som är involverade i den psykiska ohälsan och för det ansvar, utifrån roll och uppdrag, som respektive aktör har i omhändertagandet. Efter en kort tillbakablick på såväl statens som föreningslivets roll i detta arbete belyser vi sedan för området relevanta kunskapsunderlag. Därefter redovisar vi utredningens kartläggning av hur huvudmännen själva formulerar uppdraget gällande psykisk ohälsa i primärvården. Vi belyser vilka möjligheter det i dag finns att, på ett systematiskt sätt, följa upp primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta följs av en beskrivning av olika distanstjänster, inklusive 1177 Vårdguiden, innan vi går vidare till att beskriva olika kompetenser och utbildningsinsatser kopplade till primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutligen redogörs kort för påverkan på sjukfrånvaro av psykisk ohälsa.

3.1 Ansvarsförhållanden

3.1.1 Staten

Staten har möjlighet att påverka huvudmännens bedrivande av hälso- och sjukvården genom olika former av styrning.[1] Genom *normgivning*, dvs. reglering, skapar staten bindande föreskrifter som ut-

[1] Statens möjligheter till styrning har beskrivits i SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*. I detta avsnitt återges delar av vad som där har beskrivits.

formningen av hälso- och sjukvården behöver anpassas efter; av riksdagen genom lag, av regeringen genom förordning och av statlig myndighet, efter bemyndigande, genom föreskrift. Allmänna råd, rekommendationer, riktlinjer m.m. som tagits fram av statliga myndigheter utgör också en sorts statlig styrning, även om de inte är bindande till sitt innehåll. Regleringen på området psykisk ohälsa är omfattande och består av ett stort antal författningar, dels på hälso- och sjukvårdens område, dels på t.ex. socialtjänstens och socialförsäkringens område.

Staten har också möjlighet att styra hälso- och sjukvårdens verksamheter genom olika former av *ekonomiska bidrag*, bl.a. genom generella och riktade statsbidrag. En stor del av de riktade statsbidragen på hälso- och sjukvårdens område lämnas till regioner och kommuner genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

En annan form av styrning består i framtagande av *strategier och handlingsplaner* av olika slag. Dessa har i sig ingen formell status, men kan få det genom att beslutas av riksdagen i t.ex. en proposition. Tidigare och kommande nationella strategier inom området psykisk hälsa och suicidprevention utgör exempel. *Nationella samordnare* är en form, där den senaste nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa utgör ett exempel.

Kunskapsstyrningen är förordningsstyrd genom förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Styrning med kunskap sker genom icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. *Rådet för styrning med kunskap* styrs av nämnda förordning och behandlar strategiskt viktiga frågor som bidrar till att rätt kunskap når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.[2]

[2] I rådet ingår nio myndigheter och Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande. Myndigheterna som ingår är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård- och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Instruktioner för myndigheternas uppgifter, inriktning, mål och ekonomiska ramar finns angivna i förordningar för respektive myndighet.[3] Dessa instruktioner styr, tillsammans med de årliga regleringsbreven för respektive myndighet, myndigheternas arbete.

Också genom *regeringsuppdrag till myndigheter* har staten möjlighet att påverka arbetet med den psykiska ohälsan. Sådana uppdrag lämnas inom området psykisk ohälsa bl.a. till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Uppdrag av särskild relevans för denna utredning beskrivs i avsnitt 2.4.2.

3.1.2 Regioner och kommuner

Huvudsakligt ansvariga för tillhandahållande av hälso- och sjukvård

Regionerna och kommunerna är som huvudmän de huvudsakligt ansvariga för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Det följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), som anger ramarna för hälso- och sjukvårdens bedrivande. Med hälso- och sjukvård avses bl.a. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.[4] Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Att vården som regioner och kommuner ansvarar för ska vara god, innebär att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig. I hälso- och sjukvård inkluderas vård för både fysisk och psykisk ohälsa. Likaså avses med god hälsa en fysiskt och psykiskt god hälsa.

En del av den hälso- och sjukvård som regionen bedriver med stöd av HSL, samt all hälso- och sjukvård som kommunen bedriver med stöd av samma lag, faller inom ramen för definitionen av primärvård. Med primärvård avses, fr.o.m. den 1 juli 2021 då en ny definition träder i kraft, hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patient-

[3] Se t.ex. förordning (2013:1020) *med instruktion för Folkhälsomyndigheten*, förordning (2015:284) *med instruktion för Socialstyrelsen* och förordning (2007:1233) *med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*.
[4] 2 kap. 1 § HSL.

grupper. Primärvården ska enligt den nya lydelsen svara för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[5] Primärvården kännetecknas således av sin generalistkompetens och sitt breda uppdrag. Likt hälso- och sjukvård i övrigt görs ingen åtskillnad på om behovet av vård är av fysiskt eller psykiskt slag.

Det finns en i grundlag reglerad självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för regioner och kommuner för hälso- och sjukvårdens bedrivande genom den kommunala självstyrelsen. I regeringsformen uttrycks att kommuner, på den kommunala självstyrelsens grund, sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse.[6] Här avses kommuner på både lokal och regional nivå, dvs. även regioner. Den kommunala självstyrelsen ställs ofta mot intresset av en nationell enhetlig reglering. En inskränkning i självstyrelsen bör dock inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett inskränkningen.[7] Vid en bedömning av om en inskränkning är nödvändig ska det göras en proportionalitetsbedömning. Mindre ingripande åtgärder ska alltid övervägas.

Den fria bestämmanderätten för regioner och kommuner begränsas av kommunallagens (2017:725) övergripande bestämmelser om att de endast får ha hand om frågor som faller inom deras befogenhet. Regioner och kommuner får själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar. De får inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.[8]

Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

Från och med den 1 juli 2021 finns det ett i författning angivet grunduppdrag för den primärvård som regioner och kommuner bedriver. Den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL kommer reglera detta

[5] För den tidigare lydelsen samt motivering till ändringen av definitionen, se prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.
[6] 14 kap. 2 § *regeringsformen* (RF).
[7] 14 kap. 3 § RF.
[8] 2 kap. 1 och 2 §§ *kommunallagen*.

uppdrag, vilket utgör ett slags miniminivå för vad primärvård ska tillhandahålla i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster. Bakgrunden till grunduppdraget samt dess innehåll hanteras närmare i avsnitt 5.1, där vi också föreslår att det ska göras ett tillägg till grunduppdragets formulering. Grunduppdraget gäller primärvård som region eller kommun är ansvarig att erbjuda med stöd av HSL. Det gäller således inte hälso- och sjukvård som bedrivs med stöd av annan lagstiftning, oberoende av om vården skulle kunna betraktas som primärvård.

Särskilt om samverkan

I detta betänkande lyfter vi liksom tidigare vikten av god samverkan inom hälso- och sjukvården och mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samhället. Mot bakgrund av att utredningens bedömningar, redogjorda för i kap. 6, inkluderar frågan om samverkan, finns anledning att särskilt lyfta regleringen i fråga.

Ansvar för huvudmän

I 16 kap. i HSL regleras samverkan mellan huvudmännen. Här anges bl.a. att regionen, eftersom kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård inte omfattar läkare, ska avsätta de läkarresurser som kommunerna behöver för sitt bedrivande av hälso- och sjukvård i särskilda boenden och dagverksamheter. Detsamma gäller, i de fall en kommun ansvarar för vården, i hemsjukvård. Här anges också att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när den enskilde behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Vad gäller samverkan med andra än annan huvudman ska regionen och kommunen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, respektive befolkningens behov av sådan vård.[9] Vid planeringen ska regionen och kommunen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Planeringsansvaret omfattar alltså inte bara den egna hälso- och sjukvården utan också den som erbjuds av andra vårdgivare. I förarbetena uttrycks att region och kommun vid planeringen av den egna verksamheten ska

[9] 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL.

ta hänsyn till det utbud av hälso- och sjukvård som andra vårdgivare svarar för och exemplifierar det med privata vårdinrättningar, privatpraktiserande läkare, skolhälsovård och företagshälsovård.[10] Det framhålls också, när planeringsansvaret diskuteras, att samverkan ska ske med dessa nämnda aktörer.

HSL anger vidare att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[11] Med samhällsorgan avses främst kommuner och statliga myndigheter och organisationer exemplifieras i förarbetena med arbetsmarknadens organisationer samt handikapp-, äldre- och patientföreningar. Genom bestämmelsens utformning är det huvudmännen som formellt sett åläggs samverka. Ordet samverkan avser dock att markera att samarbetet ska vara ett ömsesidigt givande och tagande.[12]

När målen för hälso- och sjukvården diskuterades inför en reglering av desamma i lagstiftning, uttalade regeringen att det, för att en så god hälsa som möjligt hos befolkningen ska kunna åstadkommas, måste förutsättas insatser av många andra samhällsorgan som kan medverka till ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen och att hälso- och sjukvården i samverkan med dessa andra samhällsorgan bör främja människors hälsa. Vidare att målen för hälso- och sjukvården bör ligga till grund för den samverkan som erfordras mellan olika vårdgivare, bl.a. statliga och kommunala vårdgivare samt fristående organisationer och enskilda, för att intentionerna i lagstiftningen ska kunna förverkligas.[13]

Inför att hälsovård kom att bli en del av hälso- och sjukvården och vikten av förebyggande insatser diskuterades uttalade regeringen, avseende samverkan med organisationer, följande:

> Ansvaret för att förebygga ohälsa är dock inte en uppgift enbart för hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Även andra myndigheter och organisationer har ett ansvar härför. […] I detta sammanhang vill jag peka på de frivilliga organisationernas betydelse när det gäller t.ex. hälsoupplysning. Jag anser de frivilliga organisationernas arbete inom den förebyggande verksamheten vara av utomordentligt stort värde.

[10] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 122 f.
[11] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.
[12] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 124.
[13] Prop. 1981/82:97, o*m hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 27.

Vidare anförde regeringen, när primärvårdens roll diskuterades, följande:

> Det är sålunda viktigt att primärvården samarbetar med olika samhällsorgan samt med frivilliga organisationer och enskilda för att främja befolkningens hälsa i vidsträckt bemärkelse.

När grundläggande frågor såsom hälso- och sjukvårdens roll i välfärdsstaten och de etiska principer som styr prioriteringarna inom hälso- och sjukvården diskuterades och fastslogs på 90-talet, resonerade regeringen, angående avgränsningen av hälso- och sjukvårdens ansvar, på följande sätt:

> Det är angeläget att hälso- och sjukvården är lättillgänglig för den enskilda människan som inte känner sig frisk eller befarar sjukdom. Det är dock inte ovanligt att sjukvården blir en yttersta hjälpstation för människor som lider av problem som varken kan eller bör lösas med medicinsk vård eller behandling. Hälso- och sjukvårdens ansvar bör så långt möjligt avgränsas till sådana åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens. Detta innebär inte någon strikt avgränsning av hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. […] I hälso- och sjukvårdens ansvar bör […] ingå att se till att den som söker hälso- och sjukvårdens tjänster men som i realiteten bör få annat stöd, blir hänvisad till det eller de organ som har kompetens och resurser för uppgiften. Samarbetet måste därför utvecklas, i synnerhet mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och försäkringskassa, så att de hjälpsökande snabbt kan få den rätta hjälpen. [14]

Regeringen berör alltså vikten av att hälso- och sjukvården, i de fall den enskilde varken bör eller kan få hjälp genom hälso- och sjukvårdens tjänster, men ändå har sökt sig till vården med en viss problematik, hänvisar till annan aktör som är bättre lämpad att omhänderta problematiken.

I sammanhanget kan också påminnas om hälso- och sjukvårdens roll för att förebygga ohälsa. När hälso- och sjukvården kom att inkludera just hälsovård och förebyggande insatser resonerade regeringen kring behovet av upplysning och information från hälso- och sjukvården. Sådan upplysning och information torde bl.a. kunna bestå i information om de möjligheter till omhändertagande som andra aktörer, t.ex. föreningslivet, kan erbjuda i de fall en viss problematik inte kan eller ska omhändertas inom hälso- och sjukvården.

[14] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 10.

Ansvar för huvudmän och vårdgivare

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.[15] Det anges i HSL:s kap. 5, vilket innehåller bestämmelser för all hälso- och sjukvård, inte bara för sådan som region eller kommun bedriver med stöd av HSL. Kravet på god vård gäller således alla vårdgivare. God vård innebär bl.a. att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Detta behov är utvecklat i patientlagen (2014:821) (PL) som, avseende patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, anger att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.[16] Alla vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård i HSL:s mening har således ett samordningsansvar. Här avses samordning med andra delar av hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag rörande samverkan i huvudbetänkandet

I vårt förra betänkande utgjorde samverkan fokus för en stor del av våra resonemang och analyser. Vi lämnade flera förslag som syftade till stärkt samverkan på olika nivåer och hänvisar till det betänkandet för en utförligare beskrivning av förslagen.[17] Ett av dessa bestod i att bestämmelserna i HSL som anger att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare, ska ändras så att det uttryckligen anges i lagtexten att kommuner respektive regioner utgör en samverkanspart. Ett annat förslag bestod i införande av en ny bestämmelse i HSL om att regioner och kommuner för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan. Vidare föreslog vi att det i HSL ska anges att det, där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, ska finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att god vård ska kunna ges. Vi lämnade även förslag om förstärkt lagstiftning runt den individuella planen (i vardagligt tal ofta kallad SIP). Bland annat föreslog vi att målet med insatserna samt vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs ska framgå av den individuella planen. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

[15] 5 kap. 1 § HSL.
[16] 6 kap. 1 § PL som gäller alla vårdgivare, 1 kap. 2 § PL e contrario.
[17] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 159 ff.

Regioner

Ramar för verksamhetsform och organisering

Regionerna har det övergripande ansvaret att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård åt befolkningen. I fråga om verksamhet och form är regionernas ansvar inte preciserat i HSL, utan hälso- och sjukvårdens verksamhetsbedrivande och organisering är en fråga för respektive region. Undantag från utrymmet till organisering efter regionala önskemål består i det obligatoriska inrättandet av valfrihetssystem för primärvården. Sedan 2010 är det obligatoriskt för regionerna att organisera primärvården så att alla som omfattas av deras ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster, dvs. att inrätta valfrihetssystem. Regionerna ska i förfrågningsunderlag, på ett sätt så att alla potentiella utförare behandlas lika, formulera villkor för och krav på primärvårdsverksamheten och som huvudregel anta alla leverantörer som uppfyller de ställda kraven. Vidare finns det krav på sjukhus för den slutna hälso- och sjukvård som regionerna bedriver med stöd av HSL. Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) anger också att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska ges på regionala sjukvårdsinrättningar.[18]

Eftersom HSL inte anger något om verksamhetsform för den regionala hälso- och sjukvården har regionerna stort utrymme att organisera den utifrån egna regionala önskemål och behov. Den inkluderar i praktiken många gånger vård- eller hälsocentraler, mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar m.m. Vad gäller ungdomsmottagningarnas verksamhet riktar den sig till ungdomar i åldern omkring 12–25 år, dvs. i övergången mellan barn och vuxen. Ungdomsmottagningarna avser att förmedla kunskap, ge information, stöd och behandling i frågor som rör ungas fysiska, psykiska och sexuella hälsa. I verksamheten finns t.ex. barnmorska och kurator, ibland också läkare, gynekolog eller psykolog. Ungdomar under 18 år har möjlighet att vända sig till en mottagning utan vårdnadshavares kännedom.

[18] 15 § LPT och 6 § LRV.

Vårdgarantin i primärvården

Utformningen av regionernas hälso- och sjukvård styrs också av den lagstadgade vårdgarantin, där två delar gäller primärvården. Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL. För primärvården ska den garantin innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får:

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,
2. en medicinisk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt.[19]

Vårdgarantin gäller oavsett sökorsak, t.ex. oberoende av om kontakten med primärvården tas p.g.a. psykiska eller fysiska behov. Sedan den 1 januari 2019 omfattar vårdgarantin i primärvården samtliga legitimerade yrkesgrupper. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hen får träffa. Om patienten vid den första kontakten t.ex. bedöms ha behov av att träffa en psykolog, ska hen få göra det inom tre dagar.

Ansvar att erbjuda koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

Mot bakgrund av att en mycket stor andel av sjukfrånvaron beror på psykisk ohälsa, kan i sammanhanget uppmärksammas den lagstiftning om s.k. rehabiliteringskoordinatorer som trädde i kraft den 1 januari 2020. Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter ger regionerna skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Några i lag reglerade kompetenskrav, såsom krav på viss utbildning, finns inte för rehabiliteringskoordinatorerna. Deras insatser är inte hälso- och sjukvård i HSL:s mening då de inte omfattar medicinsk behandling eller medicinska

[19] 2 kap. 3 § PL, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § *hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80).

utredningar eller bedömningar och det inte krävs medicinsk utbildning för att utföra dem. Däremot är insatserna att betrakta som hälso- och sjukvård i patientskadelagens (1996:799) och patientsäkerhetslagens (2010:659) (PSL) mening. Det innebär bl.a. att rehabiliteringskoordinatorn är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal enligt PSL.[20]

Lagen stipulerar ett krav på erbjudande av koordineringsinsatser, inte specifikt på rehabiliteringskoordinatorer. Rehabiliteringskoordinator har dock blivit det etablerade uttrycket för dessa koordineringsinsatser, men också andra titlar används, t.ex. sjukskrivningscoach. Genom att använda begreppet koordineringsinsatser i lagtexten var avsikten att tydliggöra att det inte är fråga om en viss obligatorisk organisationsform utan just om vissa åtgärder.

Koordineringsinsatserna som ska erbjudas är inte aktuella enbart vid psykisk ohälsa, utan kan aktualiseras generellt vid ohälsa, så länge den gör patienten arbetsoförmögen. De ska ges efter behov och ska bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av regionen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för. Insatserna består av tre delar: personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer.

Kommuner

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård är till skillnad från den regionala hälso- och sjukvården preciserat i HSL i fråga om verksamheter. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård omfattar människor som efter beviljat biståndsbeslut bor i de festa former av särskilt boende eller vistas i dagverksamhet. Kommunens ansvar kan också, efter avtal härom med regionen i fråga, omfatta hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som benämns trygghetsboende. Med trygghetsboende avses en särskild boendeform för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. I alla regioner utom en har kommunerna genom avtal tagit över ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende.

[20] Se regeringens resonemang kring detta i lagrådsremissen *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 52 ff.

Kommunens möjlighet att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet med stöd av HSL är begränsad till de ovan angivna verksamheterna. Ramarna för kommunens befogenheter i detta avseende finns i kommunallagen, av vilken följer att regioner och kommuner bara får ta hand om angelägenheter som faller inom deras ansvarsområde. Det måste således finns stöd i lag, eller genom annan ordning ett ansvar för hälso- och sjukvård i en viss verksamhet. Med stöd av HSL bedriver kommunen hälso- och sjukvård inom de tre angivna verksamhetsformerna. I annan lagstiftning finns stöd för annan kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Som exempel kan nämnas elevhälsa i kommunalt bedriven skola, som kommunen kan bedriva med stöd av skollagen (2010:800) där ansvaret att erbjuda elevhälsa regleras.

Kommunerna kom att bli ansvariga för ovan nämnda delar av hälso- och sjukvården i och med den s.k. ädelreformen. I enlighet med förarbetena till nämnda reform är den hälso- och sjukvård som kommunerna sedan dess ansvarar för att erbjuda insatser på primärvårdsnivå.

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar inte hälso- och sjukvård som ges av läkare.[21] Det omfattar däremot övriga yrkesgrupper. När huvudmannaskapet för delar av hälso- och sjukvården i och med ädelreformen flyttades över till kommunerna, fördes ett resonemang kring varför läkarinsatser fortfarande skulle vara en fråga för regionerna:

> Enligt min mening är det angeläget att undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt övrig biträdespersonal integreras i den kommunala organisationen. Det är dessa personalgrupper som, vid sidan av de personalkategorier som kommunen har i sin organisation idag, gör de mest omfattande insatserna i de särskilda boendeformerna/bostäderna. Det är samtidigt viktigt att insatserna från läkare görs tillgängliga och dimensioneras så att människor som bor i de särskilda boendeformerna/bostäderna kan få den läkarhjälp som de behöver. Även om läkarmedverkan har stor betydelse i vårdarbetet så är dessa insatser tidsmässigt i allmänhet en liten del av det samlade service- och vårdarbetet. Med utgångspunkt i de motiv som ligger till grund för denna reform ser jag inte skäl att ge kommunerna ett ansvar för sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.[22]

[21] 12 kap. 3 § HSL.
[22] Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* s. 58 f.

I resonemanget om vilka yrkeskategorier respektive huvudman skulle ansvara för, omnämns inte psykologer. De omnämns inte som en yrkeskategori som regionen fortsatt borde ha ansvar för, men inte heller som en yrkeskategori som bör inkluderas i kommunens ansvar för hälso- och sjukvård. Med tillämpning av det resonemang som fördes avseende läkare är det möjligt att psykologer, för det fall de funnits med i resonemangen, skulle ansetts vara ett fortsatt ansvar enbart för regionerna. Den i lag angivna begränsningen för den kommunala hälso- och sjukvården i fråga om yrkesgrupper kom dock bara att omfatta läkare. Motsatsvis följer att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar hälso- och sjukvård som ges av övriga yrkesgrupper, inklusive t.ex. psykologer. Det betyder inte att HSL anger att det är obligatoriskt med psykologer i kommunens hälso- och sjukvård. Däremot att kommunens hälso- och sjukvård får omfatta psykologer. I valet av professionssammansättning har såväl regioner som kommuner att förhålla sig till vad som anges i HSL om att överallt där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.[23]

3.1.3 Arbetsgivare

Arbetsgivares ansvar för arbetstagares arbetsmiljö regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML), vars ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.[24] En arbetsgivare ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att en arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall.[25] Det inkluderar psykisk ohälsa.[26] I Arbetsmiljöverkets föreskrifter uttrycks, i kommentar till nämnda bestämmelse, att ohälsa kan vara både sjukdomar enligt medicinska, objektiva kriterier och kroppsliga och psykiska funktionsstörningar av olika slag som inte är sjukdom i objektiv mening, samt att ett exempel på det senare är olika former av stressreaktioner.[27]

[23] 5 kap. 2 § HSL.
[24] 1 kap. 1 § AML.
[25] 3 kap. 2 § AML.
[26] Myndigheten för arbetsmiljökunskap har gett ut riktlinjer vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen.
[27] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete*.

Tillgång till företagshälsovård

Ett i arbetsmiljölagen reglerat ansvar

Arbetsgivarens ansvar att upprätthålla en god arbetsmiljö konkretiseras bl.a. genom skyldigheten att tillse att företagshälsovård finns att tillgå för arbetstagare. I 3 kap. 2 c § AML anges att arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Enligt bestämmelsens andra stycke avses med företagshälsovård en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Vidare att företagshälsovården särskilt ska arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Arbetsgivares skyldighet att anordna företagshälsovård infördes i AML 1986. Innan dess förekom inte företagshälsovård som begrepp i lagstiftningen. Någon definition av vad som utgör företagshälsovård fördes inte in 1986, utan en sådan kom till uttryck i lagen först 2000 genom nuvarande bestämmelse. Avsikten med att införa en definition var att förtydliga arbetsgivarens ansvar i fråga om tillhandahållande av företagshälsovård och att renodla företagshälsovårdens uppgifter.

Av bestämmelsens utformning framgår att det inte finns något absolut krav på tillgång till företagshälsovård. Behovet beror i stället på arbetsförhållandena och endast om dessa kräver företagshälsovård aktualiseras arbetsgivarens ansvar. Det finns inte heller några skyldigheter för arbetsgivaren att, när arbetsförhållandena kräver företagshälsovård, anlita en extern sådan. En arbetsgivare kan i stället ordna företagshälsovård inom den egna organisationen som en självständig verksamhet. Att expertresursen ska vara oberoende utgör inget hinder mot detta. Föreskrifter från Arbetsmiljöverket anger att arbetsgivaren måste anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering.[28]

[28] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete*, 12 § första stycket.

De flesta av Sveriges arbetsgivare har avtalat med ett externt företag att detta ska bedriva företagshälsovården hos arbetsgivaren. Inom den offentliga sektorn tillhandahålls företagshälsovård enligt kollektivavtal. Inom den privata sektorn har cirka två tredjedelar av alla sysselsatta tillgång till företagshälsovård.[29] Omkring 60 procent av alla anställda i Sverige har i dag tillgång till företagshälsovård genom sin arbetsgivare.[30] Elva regioner och elva kommuner av branchorganisationen Sveriges Företagshälsors medlemmar har företagshälsovård i egen regi.[31]

Vad omfattar arbetsgivarens ansvar?

Att företagshälsovården ska avse insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering, arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser och ha kompetens om sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa, innebär att den ska ha både ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv och ett efterhjälpande arbete med arbetsanpassning och rehabilitering för de som är skadade eller har blivit sjuka.

Av bestämmelsen i AML kan utläsas att arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla företagshälsovård är begränsat till förhållanden som relaterar till arbetsmiljön. Någon skyldighet att erbjuda arbetstagare företagshälsovård som inkluderar hälso- och sjukvårdsinsatser i mer generell betydelse, för diverse olika besvär, finns således inte för arbetsgivaren. Något hinder för detta finns inte, men ryms alltså inte inom arbetsgivarens skyldighet. I sammanhanget bör dock nämnas att det förstås många gånger är svårt att avgöra om ett visst besvär enbart är arbetsrelaterat eller om det också har andra orsaker.

Ansvaret avseende rehabilitering omfattar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, som ska skiljas från den medicinska. Den senare, som består i åtgärder för att en person så långt som möjligt ska kunna behålla eller få tillbaka sin fysiska och psykiska funktionsförmåga, är hälso- och sjukvården ansvarig för. Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses i stället åtgärder för att hjälpa medarbetaren att behålla eller få tillbaka sin arbetsförmåga.

[29] Sveriges Företagshälsor, *Om företagshälsovård*.
[30] Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018*, 2019.
[31] Skriftlig kommunikation med Sveriges Företagshälsor.

Någon precisering av företagshälsovårdens innehåll i fråga om kompetenser och professioner har lagstiftaren inte gjort. Företagshälsovård är heller ingen ”skyddad titel” som inkluderar vissa kompetenskrav och kunskapsnivåer, utan benämningen kan användas oberoende av verksamhetens professionssammansättning och kompetens. Arbetsmiljöverket har tagit fram föreskrifter på området, vilka anger att när företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp anlitas ska den vara av tillräcklig omfattning samt ha tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser för detta arbete.[32] Vad som är tillräcklig kompetens är inte utvecklat.

I sammanhanget kan noteras att Sveriges Företagshälsor för medlemskap i organisationen ställer krav på att medlemmen ska ha tillgång till kompetens inom områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik. Organisationen har också ställt upp särskilda utbildnings- och kompetenskrav avseende professioner inom ovan angivna kompetensområden.

Det kan också noteras att för att en arbetsgivare ska kunna få ett s.k. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd (se nedan), krävs att den anlitade företagshälsovården är godkänd av Försäkringskassan. För ett sådant godkännande ställer Försäkringskassan vissa krav på företagshälsovårdens verksamhet, bl.a. i fråga om kompetens.

Sjukvårdande insatser kan ingå i vad företagshälsovården förväntas erbjuda. Regeringen har uttalat att det inte är möjligt eller lämpligt att helt avskilja sjukvården från företagshälsovården. Företagshälsovårdens fokusering på arbetsrelaterad ohälsa, yrkesrelaterade sjukdomar och arbetslivsinriktad rehabilitering förutsätter att det finns personal med sjukvårdskompetens och att viss sjukvård bedrivs.[33]

I avsnitt 3.1.7 beskrivs några av de allmänna övergripande krav som företagshälsovården har att förhålla sig till när den bedriver hälso- och sjukvård, och därmed är att betrakta som vårdgivare.

Det är arbetsgivaren som avgör företagshälsovårdens innehåll…

Den närmare utformningen av företagshälsovårdens innehåll bestäms av arbetsgivaren, då det är dennes uppgift att bedöma vilken företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver, däribland i fråga om

[32] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete,* 12 § andra stycket.
[33] Prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*, s. 22 och 25.

kompetens. Vilka krav och villkor som arbetsgivaren ställer på den företagshälsovård som den anlitar eller upphandlar avgör alltså företagshälsovårdens omfattning och innehåll. Arbetsplatsers olika karaktär innebär att behovet av insatser från företagshälsovården är skiftande. Utgångspunkten för företagshälsovården är att den är en angelägenhet för arbetsmarknadens parter och att dessa genom kollektivavtal reglerar företagshälsovårdens innehåll.[34]

Den nationella samordnaren för en välfungerande sjukskrivningsprocess, som hade i uppdrag att främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen, lämnade sitt slutbetänkande i april 2020.[35] Samordnaren menar att företagshälsovården, som en av aktörerna i sjukskrivningsprocessen, ofta får kritik i fråga om kompetens och omfattning men att företagshälsovårdens förutsättningar som en aktör på en fri marknad, och arbetsgivarens roll som beställare av företagshälsovårdens tjänster, sällan kommer upp i dessa diskussioner.[36]

…och betalar för den

Företagshälsovården innehåller många gånger inslag av sjukvårdande behandling som inte är relaterad till arbetsmiljön. Flera förklaringar finns till detta, bl.a. arbetsgivarens möjlighet att bestämma företagshälsovårdens utbud. En annan kan vara det tidigare ersättningssystemet. Företagshälsovården kom att finansieras genom generella statsbidrag 1986, då ansvaret att anordna företagshälsovård infördes i författning. Innan dess fick arbetsgivare ersättning via sjukförsäkringssystemet och ersättningens storlek hade tydlig koppling till kostnaderna för den sjukvårdande verksamheten. När det generella statsbidraget infördes 1986 innefattade det i stället en principiell rätt till ersättning under förutsättning att vissa villkor var uppfyllda. Det utgick till företagshälsovården i förhållande till antal arbetstagare och ersättningen var således verksamhetsneutral.

I dag är det arbetsgivaren som beställer och betalar för företagshälsovårdens tjänster. Statsbidraget upphörde den 1 januari 1993, bl.a. mot bakgrund av Riksrevisionsverkets uppfattning att det inte var

[34] Prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*, s. 19.
[35] SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.
[36] Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S 2018:06, s. 16.

ett effektivt styrmedel för att nå de uppsatta målen för verksamheten.[37]

Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd

Arbetsgivare kan få ekonomiskt bidrag för att anlita företagshälsovård eller annan anordnare med likvärdig kompetens för att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp arbetsplatsinriktade åtgärder, s.k. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd.[38] Med ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd avses insatser för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga p.g.a. arbetsrelaterade och icke arbetsrelaterade sjukdomar och skador. Med ett sådant stöd avses inte medicinsk eller annan behandling.

Syftet med bidraget är att stödja arbetsgivare att i ett tidigt skede anlita företagshälsovård eller motsvarande kompetens för att härigenom förebygga sjukfall och vid sjukfall öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Bidraget lämnas av Försäkringskassan, som först måste ha godkänt den anordnare som arbetsgivaren anlitar. För ett godkännande krävs bl.a. att anordnaren har tillgång till samlad kompetens inom medicin och rehabilitering samt inom minst tre av områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, hälsovetenskap och teknik. Med beteendevetenskap avses legitimerad psykolog, socionom eller person med annan beteendevetenskaplig högskoleexamen på minst likvärdig nivå.[39] Absolut krav på sådan kompetens finns alltså inte, eftersom kravet på kompetens inom beteendevetenskap är formulerat som ett alternativt krav. Av förordningsbestämmelsens utformning framgår att kravet på medicinsk kompetens däremot är ovillkorligt. Med detta avses i sammanhanget legitimerad läkare med specialistkompetens och legitimerad sjuksköterska, företrädesvis med kompetens inom arbets- och miljömedicin eller företagshälsovård. I alla specialistläkares och specialistsjuksköterskors utbildning ingår inslag av utbildning som relaterar till ämnet psykisk ohälsa.

[37] Se prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*, s. 26 f.
[38] Se 1 § förordning (2014:67) *om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete*.
[39] Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:1) *om bidrag till arbetsgivare*.

Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten lämnade 2019 en rapport baserad på resultat från en kartläggande litteraturöversikt om insatser som getts av företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda.[40] Rapporten är bl.a. tänkt att utgöra underlag för företagshälsovårdens arbete med insatser baserade på vetenskapligt grundade metoder. Sammantaget indikerar resultaten att arbetsplatsinriktade insatser med problemlösningsbaserade samtal (PLS) och kognitiv beteendeterapi (KBT) som ges via företagshälsovården kan förkorta tiden till arbetsåtergång bland anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa. Undersökningen visar också att förebyggande insatser inom företagshälsovården behöver utvecklas och utvärderas ytterligare.

3.1.4 Universitet och högskolor

Tillgång till studenthälsovård

Ett i högskoleförordningen reglerat ansvar

Sedan 1992 är högskolor och universitet, i stället för studentkårer som dessförinnan, huvudmän för studenthälsovården. Sedan 1996 har de en i högskoleförordningen (1993:100) reglerad skyldighet att erbjuda studenter studenthälsovård. Skyldigheten regleras i 1 kap. 11 § i nämnda förordning, där det anges att högskolorna ska ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. Med högskola avses också universitet[41] och det är med den innebörden ordet högskola fortsättningsvis används även i denna text.

Av andra stycket i samma bestämmelse framgår att högskolorna också ansvarar för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stöder studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö. Det ansvaret är dock separat från ansvaret att tillse tillgång till hälsovård. Det räcker således inte att hantera andra uppgifter av

[40] Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018*, 2019.
[41] 1 kap. 2 § *högskoleförordningen*.

studiesocial karaktär än hälsovård för att kravet på hälsovård ska anses vara uppfyllt.

Skyldigheten att tillse tillgång till hälsovård gäller endast högskolor som staten är huvudman för.[42] Även andra än staten kan efter tillstånd[43] vara huvudmän för en högskoleutbildning, såsom enskilda fysiska eller juridiska personer, men för dessa är högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen inte tillämpliga. Inget hindrar dock en enskild utbildningsanordnare från att tillhandahålla sådan hälsovård som högskolor under statligt huvudmannaskap är skyldiga att tillhandahålla.

Omfattningen och utformningen av studenthälsovården skiljer sig åt

Den relativt ospecificerade formuleringen i högskoleförordningen avseende högskolornas ansvar för studenthälsovård har inneburit att de olika högskolorna har utformat hälsovården utifrån egna prioriteringar och lokala förutsättningar. Studenthälsovården ser med andra ord olika ut på olika högskolor i fråga om t.ex. kompetenser och organisering. Vissa driver verksamheten i egen regi, medan andra sluter avtal om studenthälsovård med ett annat lärosäte eller med en annan privat eller offentlig vårdgivare.

Att studenthälsovården ser olika ut på olika högskolor har uppmärksammats vid flera tillfällen.[44] Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har också helt nyligen haft i uppdrag att kartlägga högskolors arbete med studenthälsovård utifrån kravet i högskoleförordningen, se avsnitt 2.4.2.

Vad innebär hälsovård?

Någon närmare precisering av vad som avses med hälsovård i högskoleförordningens mening finns inte, utöver ordalydelsen som anger att studenthälsovården särskilt ska vara inriktad mot förebyggande arbete och avse både den fysiska och den psykiska hälsan.

---

[42] 1 kap. 1 § *högskoleförordningen*.
[43] Se lagen (1993:792) *om tillstånd att utfärda vissa examina*.
[44] Se t.ex. dåvarande Högskoleverkets rapporter *Högskolans ansvar för studenthälsovården*, Tillsynsrapport 1999:6 R, 1999, och *Studier – karriär – hälsa – en utvärdering av högskolornas arbete med studievägledning, karriärvägledning och studenthälsovård,* Rapport 2007:24 R, 2007.

Det kan avseende begreppet hälsovård inledningsvis konstateras att det i mer generell mening syftar just på förebyggande insatser och att hälsovård likväl som sjukvård i HSL:s mening utgör en del av vad som är hälso- och sjukvård. När hälsovård infördes i HSL som en uppgift för regioner och kommuner, från att tidigare bara ha innefattat sjukvård, gjordes det med motiveringen att sjukvårdshuvudmannen också skulle ha ansvar för förebyggande vård.[45]

Vad gäller begreppet hälsovård i högskoleförordningens mening kan konstateras att studenthälsovården från början, tillkommen bl.a. p.g.a. en begränsat utbyggd hälso- och sjukvård, hade ett relativt stort inslag av sjukvård. Till en början ersatte studenthälsovården alltså i viss mån allmän hälso- och sjukvård. När samhällets hälso- och sjukvård byggdes ut minskade dock behovet av de sjukvårdande delarna. Vilket innehåll studenthälsovården skulle ha resonerade regeringen kring i prop. 1982/83:129, om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel). Det uttalades att studenthälsovård i första hand ska inriktas på förebyggande samt sociala och kurativa insatser. Vidare att den således inte bör vara en ersättning för, utan ett komplement till, den offentliga hälso- och sjukvården.[46] De studerandes behov av somatisk och psykiatrisk sjukvård skulle däremot huvudsakligen tillgodoses inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården. I SOU 1990:105, Studenten och tvångsanslutningen, uttalades vidare att studenthälsovården närmast är att jämföra med företagshälsovården. Den är en form av företagshälsovård som utvecklats speciellt för de högskolestuderandes behov. Däri ligger, menade utredningen, att studenthälsovård i första hand ska inriktas på förebyggande samt sociala och kurativa insatser. Som konstaterats tidigare skulle vanlig sjukvård i princip skötas av regionen. Utredningen menade emellertid att det inte är möjligt eller önskvärt att helt utesluta den somatiska sjukvården, då denna utgör underlag för de förebyggande insatserna. Omfattningen av den direkta sjukvården fick dock bestämmas av den lokalt ansvariga organisationen.[47]

Några särskilda krav i fråga om professioner har lagstiftaren inte ställt. Det överensstämmer med den generella statliga styrningen av hälso- och sjukvården, elevhälsan undantagen, där frågan om vilken

[45] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 29 ff.
[46] Prop. 1982/83:129, *om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel*), s. 10.
[47] SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen*, s. 135 f.

bemanning som krävs lämnas åt huvudmännen att bestämma utifrån lokala behov och förutsättningar, dock med begränsning av det generella kravet i HSL om att det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.[48] I sammanhanget kan dock noteras att regeringen uttalat att studenthälsovårdens verksamhet bör bygga på, förutom läkare, i första hand kuratorer och sjuksköterskor. Vidare att det kan vara lämpligt att också knyta andra personalkategorier till verksamheten, t.ex. psykologer och fysioterapeuter. Lokala förutsättningar och skiftande behov bör få bestämma personalsammansättningen på den enskilda högskoleorten.[49]

När definitionen av hälso- och sjukvård infördes i 1982 års HSL och det resonerades kring vilka verksamheter och åtgärder som ingick i begreppet hälso- och sjukvård i HSL:s mening, anfördes att till hälso- och sjukvård bl.a. hör företagshälsovården, skolhälsovården och studerandehälsovården.[50]

Sammantaget går lagstiftarens intensioner med kravet på hälsovård att förstå så att den hälsovård som studenter ska ha tillgång till enligt högskoleförordningen utgör sådan hälso- och sjukvård som avses i HSL. Innebörden av detta beskrivs i avsnitt 3.1.7.

Studenthälsovård och psykisk ohälsa

Vad gäller studenthälsovårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa framgår av ordalydelsen av aktuell bestämmelse att ingen åtskillnad görs i fråga om fysisk eller psykisk ohälsa. Historiskt tycks avsikten dock i viss mån ha varit att psykisk ohälsa ska utgöra fokus för verksamheten. I samband med att frågan om en särskild studenthälsovård lyftes på 1960-talet, framfördes att denna huvudsakligen borde vara inriktad på sjukdomar av psykisk och psykosomatisk art.[51] Det uttalades också att det var naturligt att de studerande vände sig till den allmänna hälso- och sjukvården, till privatpraktiserande läkare etc. vid behov av vård för somatiska åkommor, olycksfall

[48] 5 kap. 2 § HSL.
[49] Prop. 1982/83:129, *om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel*), s. 10.
[50] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 111.
[51] SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen*, s. 123.

m.m., liksom i fråga om all annan specialistvård än den psykiatriska,[52] men för behandlingen av psykiatriska och psykosomatiska sjukdomar skulle de studerande behöva vård i anslutning till utbildningsmiljön.[53] I samband med att sjukvårdslagen ersattes med den tidigare hälso- och sjukvårdslagen från 1982 uttrycktes att studenthälsovårdens verksamhet främst ska inriktas mot förebyggande verksamhet samt behandling och vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar.[54] Att fokus tidigare skulle vara på psykisk problematik kan ha att göra med den tidigare mindre utbyggda övriga psykiatriska hälso- och sjukvården.

3.1.5 Skola

Elevhälsa

Elevhälsa ska finnas för alla elever i förskoleklass, grundskola, grundsärskola, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Den ska bl.a. omfatta medicinska, psykologiska och psykosociala insatser och ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Vilka professioner som ska finnas inom elevhälsan är reglerat, till skillnad från vad som gäller t.ex. studenthälsovården. För de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna i elevhälsan ska det enligt skollagen finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.[55] Elevhälsans medicinska delar är således att betrakta som hälso- och sjukvård i den mening som avses i HSL, varvid de generella övergripande kraven för bedrivande av hälso- och sjukvård gäller (se avsnitt 3.1.7).[56]

Utredningen om elevers möjlighet att nå kunskapskraven (U 2017:07) har i uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och att föreslå insatser som kan bidra till att skapa ett mer aktivt och välfungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Genom tilläggsdirektiv har utredningen

[52] Uttalandet ska inte förstås så att studenthälsovården skulle omhänderta specialistpsykiatri utan får närmast läsas som att det vid denna tidpunkt knappt torde ha funnits någon annan psykiatri att vända sig till.
[53] Prop. 1967:48, *angående hälso- och sjukvård samt motionsverksamhet för studerande*, s. 35.
[54] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 30.
[55] 2 kap. 25 § *skollagen*.
[56] Se även IVO:s utövande av tillsyn över elevhälsans medicinska delar, bl.a. redovisad i rapporten *Elevhälsan. Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*, 2015.

också i uppdrag att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och att föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå.[57]

Det är huvudmannen för skolan som är ansvarig för att elevhälsa finns för eleverna.[58] Kommuner, regioner, staten och, efter godkännande, enskilda, kan alla vara huvudmän.

3.1.6 Det civila samhället som samverkanspart

Det civila samhället i form av bl.a. organisationer och ideella föreningar spelar en stor roll för människors hälsa (för ett utvecklat resonemang, se avsnitt 3.2.2.) Dessa aktörer tillhandahåller tillsammans en stor bredd av olika tjänster och i detta sammanhang kan kort noteras att, i den mån verksamheten faller inom ramen för vad som kan betecknas som hälso- och sjukvård, blir HSL och dess övergripande krav på och målsättningar för vården tillämpliga. Det civila samhällets oberoende roll bör dock också uppmärksammas. Organisationer och föreningar är självständiga aktörer och har inget formellt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller andra insatser för människors hälsa. De eventuella insatser dessa aktörer tillhandahåller får inte innebära ett åsidosättande av regioners och kommuners ansvar för tillhandahållande av hälso- och sjukvård.

Om det civila samhället ska kunna vara en relevant samverkanspartner till det offentliga måste det också ges rimliga förutsättningar för sådan samverkan. Det kan t.ex. handla om långsiktighet i planering, strukturer, regelverk och finansiering.

I detta sammanhang vill vi uppmärksamma förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention som trädde i kraft den 1 juli 2020. Med stöd av förordningen lämnar Folkhälsomyndigheten verksamhetsbidrag till ideella organisationer som arbetar med frågor som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid. Ett rekvisit för att få verksamhetsbidrag är att organisationen bedriver riksomfattande verksamhet och riktar sig till utövare på lokal och regional nivå eller bedriver verksamhet av riksintresse.

---

[57] Dir. 2017:88, *Bättre möjligheter för elever i de obligatoriska skolformerna att nå de kunskapskrav som minst ska nås* och dir. 2020:18, *Tilläggsdirektiv till Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07)*. Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari 2021.
[58] 2 kap. 8 § *skollagen*.

Redan före förordningens ikraftträdande hade Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela verksamhetsbidrag till sådana ideella organisationer, men för att säkra ett långsiktigt stöd till det civila samhällets organisationer inom området, och medverka till bättre planeringsförutsättningar för de organisationer som söker bidrag, fördelas bidraget alltså numer via en statsbidragsförordning. Bidraget ska bl.a. förstärka och komplettera statens, regionernas och kommunernas insatser inom området genom stöd till organisationers arbete med utbildning, information och olika former av socialt stödjande arbete.

En särskild form av struktur för samverkan mellan offentliga och idéburna aktörer är idéburna offentliga partnerskap (IOP). Utredningen Idéburna aktörer i välfärden (Fi 2018:04) hade i uppdrag att ta fram ett förslag på en tydlig definition av idéburna aktörer som kan användas för att identifiera och avgränsa dessa från andra aktörer i välfärdsverksamheter och andra närliggande offentligt finansierade och subventionerade verksamheter. Utredningen sammanfattar ett idéburet offentligt partnerskap inom offentligt finansierad välfärdsverksamhet som att partnerskapet är ett samarbete mellan en eller flera offentliga aktörer och en eller flera idéburna aktörer i välfärden, att det syftar till att uppnå ett gemensamt allmännyttigt mål och att såväl den offentliga som den idéburna aktören bidrar med resurser. Utredningen lämnar ett antal förslag som syftar till att öka möjligheterna för idéburna aktörer att delta i utförandet av offentligt finansierade välfärdstjänster.[59] Betänkandet har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

3.1.7 Särskilt om rollen som vårdgivare

HSL gäller regioner och kommuner som huvudmän samt som vårdgivare.[60] Lagen är indelad i fem avdelningar. Avdelning III gäller enbart regionen som huvudman, avdelning IV enbart kommunen som huvudman och avdelning V enbart regioner *och* kommuner som huvudmän. Övriga två avdelningar och dess bestämmelser gäller däremot både regioner och kommuner som huvudmän samt vårdgivare.

[59] SOU 2019:56, *Idéburen välfärd.*
[60] 1 kap. 1 § HSL.

Med vårdgivare i HSL:s mening avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.[61] Hälso- och sjukvård definieras i HSL bl.a. som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Ordet medicinskt har innebörden att det är fråga om verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med viss annan personal.[62]

Den som bedriver hälso- och sjukvård enligt definitionen är således vårdgivare och omfattas av bestämmelserna i avdelning I och II i HSL. Av tidigare avsnitt har framgått att företagshälsovård, studenthälsovård och elevhälsans medicinska delar faller in här. Likaså att organisationer och föreningar kan göra det, i den mån de bedriver verksamhet som kan betraktas som hälso- och sjukvård.

Innebörden av att vara vårdgivare är bl.a. att dessa verksamheter i sitt bedrivande har att förhålla sig till det generella målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.[63] Likaså att verksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[64] Detta behov är utvecklat i patientlagen (2014:821) (PL) som anger, utöver att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses, att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.[65] Vårdgivare omfattas alltså av detta samordningsansvar, dvs. ansvaret att samordna olika insatser för patienten med andra delar av hälso- och sjukvården på ett ändamålsenligt sätt.

Att vården ska vara god innebär också att den ska vara lätt tillgänglig. Vad som innefattas i begreppet lätt tillgänglig går inte att säga entydigt, men alla vårdgivare har att planera sin verksamhet så att detta krav uppfylls. Det kan t.ex. gälla hur ofta eller hur snart kontakt med eller insatser från vården ges. Vidare har den som bedriver hälso- och sjukvård enligt HSL:s definition att förhålla sig till bestämmelsen om att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.[66] Även om det i speciallagstiftning inte är

[61] 2 kap. 3 § HSL.
[62] SoU 1981/82:51, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 10.
[63] 3 kap. 1 § HSL.
[64] 5 kap. 1 § 2 HSL.
[65] 6 kap. 1 § PL som gäller alla vårdgivare, 1 kap. 2 § PL e contrario.
[66] 5 kap. 2 § HSL.

reglerat vilka professioner som ska finnas i verksamheten för att kravet på tillhandahållande av viss vård ska vara uppfyllt, finns alltså en skyldighet för samtliga vårdgivare att tillse att verksamheten har personal för ändamålet.

Den som bedriver hälso- och sjukvård i HSL:s mening omfattas också av PSL.[67] Det innebär att utövare av hälso- och sjukvårdsverksamhet står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ska anmäla verksamheten till myndigheten som för vårdgivarregistret över de anmälda verksamheterna.[68] Registret får användas för tillsyn och forskning samt för uttag av statistik. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det vidare finnas en verksamhetschef och ett systematiskt kvalitetsarbete.[69]

Som vårdgivare blir även patientdatalagen (2008:355) (PDL) tillämplig[70] och därmed gäller reglerna om sammanhållen journalföring och s.k. direktåtkomst, vilket under vissa förutsättningar, bl.a. patientens samtycke, kan möjliggöra delning av information mellan olika vårdgivare.[71]

I juni 2019 tillsattes en särskild utredare med uppgift att utreda och lämna förslag rörande personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen, som redovisade delar av sitt uppdrag i januari 2021 och slutligt ska redovisa detsamma senast den 31 maj 2021, har bl.a. haft i uppgift att se över möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård.[72]

3.1.8 Sammanfattande reflektioner

I detta delkapitel har vi på ett övergripande plan redogjort för några av de aktörer som utifrån sin roll och sitt uppdrag har del i ansvaret för omhändertagandet av människors fysiska och psykiska ohälsa.

---

[67] 1 kap. 2 § PSL.
[68] 2 kap. 1 och 4 §§ och 7 kap. 1 § PSL.
[69] 4 kap. 2 § och 5 kap. 4 § HSL.
[70] Med vårdgivare i PDL:s mening avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).
[71] Utredningen behandlade frågan om informationsdelning mellan vårdgivare genom sammanhållen journalföring och direktåtkomst i SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, avsnitt 4.4.7.
[72] Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Rollerna hos dessa aktörer är olika och i vilken grad och på vilket sätt verksamhet, innehåll och organisering m.m. är styrt genom reglering varierar. För dem som bedriver hälso- och sjukvård och är vårdgivare i HSL:s mening, däribland företagshälsovård, studenthälsovård och de medicinska delarna av elevhälsan, ska dock det övergripande målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen beaktas. Oavsett aktör ska detta mål genomsyra verksamheten.

Vi tror att bäst förutsättningar att uppnå det målet finns genom ett gemensamt tillvaratagande av alla dessa samhällets aktörers hälso- och sjukvårdsinsatser. Det huvudsakliga ansvaret att erbjuda befolkningen hälso- och sjukvård finns hos regioner och kommuner i deras egenskap av huvudmän enligt HSL. Övriga ovan beskrivna aktörer har dock viktiga kompletterande roller till den hälso- och sjukvård som regioner och kommuner tillhandahåller. Vi tror att dessa verksamheter kan bidra till och komplettera regionernas och kommunernas primärvårdsuppdrag genom att vara just kompletterande. För att det ska finnas förutsättningar för detta behövs kunskaper hos de olika aktörerna om varandras roller och ansvar, utifrån lagstiftarens intentioner. Därigenom kan rätt förväntningar om aktörens bidrag i det gemensamma hälso- och sjukvårdsansvaret skapas. Likaså krävs samverkan dessa aktörer emellan och ett systematiskt arbete kring hur den samverkan ska ske. I kap. 6 resonerar vi mer kring vikten av detta.

3.2 Tillbakablickar på området

3.2.1 Statlig styrning genom satsningar inom området psykisk ohälsa och psykisk hälsa

Mätt på traditionellt sätt är folkhälsan i Sverige generellt mycket god. Den har också ur många aspekter förbättrats under de senaste årtiondena, och de allra flesta svenskar uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa. Ett område anses av många dock avvika från denna bild. Den psykiska ohälsan, med symtom som upplevd ångest, oro och sömnproblematik påverkande välbefinnandet, förefaller utifrån olika sätt att mäta inte ha minskat, och i vissa grupper ha ökat, under

de senaste tjugo åren.[73] Detta är problematiskt och betraktas av många som ett samhällsproblem. Den psykiska ohälsan medför också stora konsekvenser för den enskilde, ibland ett livslångt lidande med debut i unga år. Det innebär, och om detta finns en bred enighet, också stora konsekvenser för samhället; lidande och oro för närstående och anhöriga, men också en påverkan ur samhällsekonomiskt perspektiv. Under 2015 stod kostnader för det som rubriceras som psykisk ohälsa, direkt och indirekt, för nästan 5 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP), motsvarande 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, t.ex. som följd av ohälsans konsekvenser på arbetsmarknaden.[74] I befolkningen bedömdes 18,3 procent lida av psykisk ohälsa, inklusive skadligt bruk och beroende.

Utifrån såväl den individuella påverkan som den stora samhällspåverkan har staten sedan en längre tid tillbaka på olika sätt försökt påverka området psykisk ohälsa och hälsa. Ett antal olika satsningar har gjorts inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa. Dessa satsningar har oftast löpt över två till fem år, och haft olika målsättningar och målgrupper. Satsningarna, handlingsplanerna och strategierna har framför allt berört hälso- och sjukvården och socialtjänsten, dvs. riktat sig till huvudmännen (regioner och kommuner) och har på olika sätt syftat till att öka kapacitet och kompetens samt till att stimulera innovation. Påverkan har i mindre utsträckning utövats via normering (lagar och förordningar), och i större utsträckning via s.k. mjuka styrformer; riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Dessa överenskommelser har till stor del fokuserat på den specialiserade psykiatrin och i mindre omfattning på primärvården.

Sammantaget, i ekonomiska mått, har de senaste tio åren satsats över tio miljarder för att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Vilka effekter dessa satsningar fått uppfattas av många svårt att bedöma, eftersom mångfalden av satsningar, korta tidshorisonter och olika målsättningar försvårat en sammanhållen utvärdering. Det är också ett område där grunddata och indikatorer ofta saknas för att kunna utgöra ett adekvat underlag för strukturerad utvär-

[73] SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt*, s. 43 ff.
[74] OECD/EU, *Health at a glance: Europe*, 2018.

dering på aggregerad nivå (se vidare avsnitt 3.5). Det är samtidigt viktigt att framhålla att dessa satsningar förstås i sitt sammanhang många gånger förändrat och påverkat utvecklingen till det bättre, även om de inte alltid utformats på ett sätt som möjliggjort en mer långsiktig uppföljning över tid av statens insatser på området.

En ambitiös beskrivning av de satsningar som gjorts, och de konsekvenser dessa fått, görs i slutbetänkandet SOU 2018:90, För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt, och utredningen ställer sig bakom den redogörelse och också till största del de slutsatser som beskrivs där. Den moderna historieskrivningen inom området får anses börja med Psykiatrireformen 1995, som innebar ett paradigmskifte vad gällde synen på psykisk sjukdom och tillhandahållandet av samhällets insatser. Kort sammanfattat kan de statliga initiativ som gjorts inom området psykisk hälsa från 1995 och fram till i dag beskrivas som sju sekventiella satsningar; Psykiatrireformen (1995–1998), Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (2001–2007), Nationell Psykiatrisamordning (2006), Satsning på psykiatri- och socialtjänst, Statens psykiatrisatsning (2007–2011), Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO, 2012–2015) samt Fem fokusområden fem år framåt (2016–2020).[75] Den statliga styrningen har i olika grad utgått från den plan eller strategi som gällt vid varje given tidpunkt. Det förefaller framför allt vara visionära målsättningar som ligger till grund för de olika satsningarna. Vissa av satsningarna svarar mer mot omvärldsanalys, så som Psykiatrireformen och den Nationella samordningen, medan andra kan betraktas mer som försök att stimulera utvecklingen inom området brett, som den Nationella handlingsplanen och Fem fokusområden fem år framåt.

Rehabiliteringsgarantin

Av betydelse för vårt uppdrag är också arbetet med den s.k. rehabiliteringsgarantin. Denna infördes 2008 genom en överenskommelse mellan regeringen och SKR i syfte att möta de ökade sjukskrivningarna för psykisk ohälsa. Överenskommelsen förnyades årligen fram till 2015. Rehabiliteringsgarantin syftade till att ersätta region-

[75] I överenskommelsen mellan staten och SKR om Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention, för 2021–22, klargörs att denna strategin ska ligga till grund för arbetet fram till dess att en ny inriktning kommer på plats.

erna med stimulansmedel för att personer i åldern 16–65/67 år med viss långvarig diffus smärtproblematik eller med viss psykisk ohälsa skulle erbjudas specifika behandlingsmetoder som skulle främja återgång i arbete och förebygga sjukskrivning. Avseende personerna med psykisk ohälsa, utgick medel till regionerna för behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi (IPT) vid lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress. Regionerna ersattes med en bestämd summa för varje behandlingsomgång.

Kritik mot rehabiliteringsgarantin bestod bl.a. i det styrda utbudet av behandlingsmetoder. Kritikerna menade att denna styrning riskerade att begränsa tillgången till andra efterfrågade och utvärderade metoder och att möjligheterna till individanpassningar var små. Vidare framfördes kritik mot bristen på kompetenskrav hos behandlarna. De utvärderingar som gjordes under årens lopp visade inte heller med säkerhet att arbetsåtergången för personer med sådan psykisk ohälsa som satsningen omfattade hade ökat.[76]

Utifrån erfarenheterna med den s.k. rehabgarantin fattade regeringen 2015 i stället beslut om ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro där en åtgärd var en permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården. Överenskommelsen avseende rehabgarantin upphörde samma år. Från och med 2016 har regeringen i stället ingått andra överenskommelser med SKR inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Syftet med överenskommelserna har varit att stimulera tillgången till medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser för patienter med smärtproblematik eller lindrig och medelsvår psykisk ohälsa.

3.2.2 Föreningslivets roll

När det gäller det egenupplevda psykiska måendet, kommer även andra aspekter än de historiska satsningarna på områdena psykiatri, psykisk hälsa och psykisk ohälsa in. Frågor om befolkningens psykiska hälsa kan förstås inte reduceras till en hälso- och sjukvårdsfråga eller en fråga för socialtjänsten, eftersom dessa strukturer bara utgör en del av det system som har inverkan på människors psykiska välbefinnande. I den historiska beskrivningen måste därför inkluderas även andra aktörer som haft betydelse för människors psykiska

[76] Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*, RIR 2015:19.

mående. Utredningen vill därför påminna om den starka föreningstradition som är en del av samhällsbygget historiskt. När vi rör oss i området av inte enbart diagnosticerade tillstånd, utan också individuella upplevelser och tidig misstanke om diagnos, har föreningslivet haft en stor roll i folkhälsans utveckling.

Det gäller såväl generella områden som fysisk aktivitet (idrottsrörelsen och föreningar inriktade på friluftsaktiveter), existentiella frågor (t.ex. trossamfund) men också områden som ligger nära hälso- och sjukvårdens uppdragsområde såsom risk- och missbruk (nykterhetsrörelsen och olika föreningar med stöd till tobaksavvänjning eller spelmissbruk). Här finns också skapande verksamhet och hantverk, internationellt engagemang och socialt lokalt engagemang.

Inte minst när det gäller insatser för barn och unga har föreningslivet traditionellt en stark roll, men i alla åldersgrupper kan civilsamhället skapa mening, utbilda och stärka människor. För de äldre som drabbas av ensamhet erbjuder civilsamhället nya möten och ny mening. För människor mitt i livet erbjuds en plats för reflektion i en kris eller en plats för att hämta energi i en stressig vardag med hårda krav från arbetsliv och stort ansvar i familjen.

Patient- och brukarföreningarnas roll har vidare genom åren blivit allt starkare, och är i dag en självklar och avgörande del av hälso- och sjukvårdens utveckling. Många har under utredningstiden uppmärksammat oss på den dubbla vinsten med ett ideellt engagemang – många gånger blir det ett tillfälle att påverka, men också till social kontakt och meningsfullhet både för den som leder insatser i föreningsform och den som deltar.

En närmare historisk genomlysning av svenskt föreningsliv leder för långt inom ramen för denna utredning, men vi vill påminna om föreningslivets roll historiskt när det gäller positiva effekter på det psykiska välbefinnandet ur många aspekter. Vi kommer därför att återkomma till behovet av strukturerade samverkansformer mellan hälso- och sjukvården och civila samhället och föreningslivet i det följande.

Historisk utveckling av patient- och brukarrörelsen inom psykisk ohälsa

Brukarorganisationer kopplade till psykiatrins område tillkom under 1960-talet som en reaktion på de brister som då fanns inom vården. På dagordningen fanns krav på större inflytande, förbättrad vård och stöd för att kunna fungera i samhället. Med tiden tillkom fler organisationer med liknande inriktning, men orienterade mot specifika grupper och diagnoser. Därmed kom rörelsen att bestå både av personer med psykiatriska sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar. Organiseringen skedde sent i jämförelse med andra grupper. Pionjärer i Sverige var synskadade som slöt sig samman redan i slutet av 1800-talet. Under 1900-talets första hälft bildade grupp efter grupp sina egna organisationer. Gemensamt för alla dessa organisationer är att man kämpar för bättre livsvillkor för sina medlemsgrupper.

Startskottet för ett närmare samarbete mellan organisationerna på området lades när den dåvarande statliga Psykiatrisamordnaren hösten 2004 bjöd in oss till ett samarbete med utredningen. Många av de förslag som lades fram i utredningens slutbetänkande hade vi då utvecklat tillsammans.

Samarbetet hade gett oss en starkare röst och när utredningen var klar kändes det naturligt att fortsätta samverka. De tretton medlemsförbunden[77] bildade våren 2007 nätverket Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Tiden var inte mogen att gå samman i en traditionell ideell organisation, det skulle komma att ske, men först tio år senare. I samma veva fattades ett regeringsbeslut om att bidra till nätverkets arbete med att utveckla, utvärdera och implementera metoder för brukarinflytande i psykiatriska vård- och stödverksamheter.

[77] Frisk & Fri, Attention, Balans, RFHL, RSMH, Schizofreniförbundet, OCD-förbundet, SPES, Sveriges Fontänhus, ÅSS, FMN, SHEDO och Suicide Zero.

Medlen slussades via Socialstyrelsen och ambitionen var att anslaget skulle betalas ut under tre år. Riksförbundet Attention utsågs till medelsförvaltare och förblev det till slutet av 2016 då riksförbundet NSPH bildades.

Regeringens motiv för att stödja NSPH var bl.a.:

> Brukarinflytande över vård- och omsorgsverksamheter främjar enskildas och gruppers delaktighet och påverkan på den egna livssituationen. Inflytandet är också ett sätt att anpassa och utveckla samhällets insatser efter brukarnas behov och önskemål. Detta kan leda till förbättrad psykisk hälsa och minskad stigmatisering samt bli ett led i kvalitetssäkringen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det innebar givetvis en stabilisering för samarbetet och skapade större möjligheter till långsiktiga och uthålliga satsningar. Vi som var aktiva då gladde oss åt möjlighet att utveckla brukarinflytandet brett inom olika områden. Men för att lyckas med det behövde vi samla oss själva och utveckla ramar för vårt samarbete. Före regeringsbeslutet hade vi jobbat tillsammans utan styrdokument, budget eller tydlig organisation.

Den ändamålsparagraf som gällde för nätverket ingår numera som portalparagraf i NSPH:s stadgar. De uppgifter vi påtagit oss är:

- att genom organiserad samverkan medverka till att psykiatrin i vid mening[78] utvecklas på ett humant, effektivt och säkert sätt, genom att berörda samhällsorgan tar tillvara den erfarenhet och kraft som medverkan från patienter, brukare och anhöriga erbjuder
- att stödja och bidra till att utveckla patienters, brukares och anhörigas inflytande på alla nivåer i samhället
- att stödja och bidra till utvecklingen av egenmakt och återhämtning
- att medverka till att psykiatrin kan tillhandahålla vård med god kvalitet, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet samt vara lättillgänglig, demokratisk och rättssäker

[78] Med psykiatri i vid mening menas här såväl sjukvårdens psykiatriska verksamheter som relaterade verksamheter som bedrivs inom kommunerna (företrädesvis socialtjänsten), arbetsrehabiliterande verksamheter, skolor, utbildningar, barn- och ungdomsverksamheter, kriminalvården m.fl. samhällsorgan.

- att medverka till att samhället utvecklar tidiga och effektiva förebyggande insatser, så att uppkomsten av psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar eller funktionshinder så långt möjligt minimeras,
- att med sin särskilda kompetens medverka i informations- och kunskapsspridning, opinionsbildning och utbildning inom vård, stöd, behandling, bemötande, anpassning och hjälpmedel.

Vi betonade också att vi skulle få möjlighet att fördjupa kunskapen om varandras medlemsgrupper och verksamheter samt samverka med myndigheter och med aktörer på nationell nivå.

Det är som alla ser inga enkla uppgifter utan kräver ett systematiskt och långsiktigt förändringsarbete på många plan och nivåer. Men detta som grund har vi jobbat på. Vi har deltagit i en mängd möten och samråd, svarat på remisser, ordnat seminarier och konferenser, drivit projekt, producerat filmer, böcker och skrifter. Vi har utvecklat metoder och verktyg såsom Patientforum, Brukarstyrda brukarrevisioner, Kvalitetsteam och studiecirklar. Vi har introducerat peer support i Sverige. Peer support är en ny yrkesgrupp och innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa utbildas till att arbeta som stödpersoner inom verksamheter som erbjuder vård, stöd eller rehabilitering. Detta har prövats under flera år i andra länder som USA, Holland och England med stor framgång. Intresset för detta ökar också nu i vårt eget land.

Utåtriktade aktiviteter har alltid varit viktiga för NSPH. Vi har varje år uppmärksammat World Mental Health Day den 10 oktober. I år (2020) var temat framtidsspaning med en tydlig koppling till Agenda 2030.

Vårt mål har hela tiden varit att patienter, brukare och anhöriga ska vara delaktiga i allt som rör dem och ses som en oumbärlig resurs inom vården och omsorgen.

/Anki Sandberg, ordförande, NSPH

3.3 Kunskapsunderlag

3.3.1 Strukturen för kunskapsstyrning

Som vi tidigare beskrivit föreligger för vårt uppdrag två utgångspunkter; hälso- och sjukvårdens syn på psykisk ohälsa, främst uttryckt i diagnosticerade tillstånd, och invånarnas bredare upplevelse av psykisk ohälsa av såväl mer allmän som specifik karaktär. När det gäller det förstnämnda, av hälso- och sjukvården diagnosticerade tillstånd, kopplar dessa till olika typer av mer eller mindre evidensbaserade insatser och behandlingsmetoder med olika grad av vetenskapligt stöd. Dessa insatser och behandlingsmetoder beskrivs i riktlinjer, kunskapsunderlag och översikter. Utifrån det rådande kunskapsläget föreligger också olika typer av sådana sammanställningar på olika nivåer i systemet. De har delvis olika syfte, målgrupp och omfattning.

Tillsammans med ett antal andra statliga myndigheter är Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten kunskapsmyndigheter, med särskilt uppdrag att ta fram kunskapsunderlag inom sina respektive ansvarsområden, inklusive allmänna råd och riktlinjer.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är en statlig myndighet med uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom bl.a. hälso- och sjukvårdens område.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården, regioner och kommuner, tar också fram egna underlag och riktlinjer anpassade efter lokala förutsättningar, behov och förhållanden. Sedan 2018 samverkar Sveriges regioner i ett gemensamt system för kunskapsstyrning, ett Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård.[79] Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda i den dagliga verksamheten och i varje patientmöte. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvårdens olika delar. Även kommunerna inkluderas i arbetet, om än i nuläget i varierande utsträckning beroende på diagnosområde. Vad gäller psykisk ohälsa finns en bred repre-

[79] SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*, 2019.

sentation från såväl region som kommun inom det nationella programområdet (NPO) psykisk hälsa.

Utöver det ovan nämnda tar professionsorganisationer, professionsföreningar, fackliga organisationer och patient- och brukarorganisationer fram strategidokument, riktlinjer och vårdprogram inom sina respektive kompetensområden eller utifrån sina medlemsgruppers erfarenheter. En närmare genomgång av dessa förhållanden återfinns i SOU 2020:36, Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.

Kunskapsunderlag i urval för vårt uppdrag

Utredningens uppdrag utgår från primärvårdsnivån. När det gäller den diagnosticerade psykiska ohälsan i primärvården är några diagnosområden särskilt vanliga, såsom ångest, depression, stressrelaterade besvär samt missbruk och beroende. Dessa utgör majoriteten av all diagnosticerad psykisk ohälsa. Det blir därför intressant att särskilt lyfta några av de kunskapsunderlag som används för dessa diagnosgrupper. I vår roll som statlig utredning lyfter vi i första hand kunskapsunderlag framtagna för den nationella nivån, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men väljer också att lyfta ett urval av andra kunskapsunderlag av särskild betydelse för vårt uppdrag.

Om Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar, och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter inom vård och omsorg bör satsa resurser på. I anslutning till dessa tas också målnivåer och utvärderingar fram, för att följa utvecklingen och kvaliteten i vården och omsorgen. Dessa indikatorer för uppföljning tar sin utgångpunkt i de nationella riktlinjerna. De nationella riktlinjerna vänder sig framför allt till beslutsfattare och profession inom respektive område. Socialstyrelsen baserar beslutet att ta fram riktlinjer på ett specifikt område utifrån att det finns ett stort behov av vägledning i vården eller socialtjänsten. I valet av riktlinjeområden inom hälso- och sjukvården är ett kriterium att området ska omfatta en stor grupp med en svår kronisk sjukdom som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Nationella riktlinjer

är rekommendationer som bygger på kunskapsläget vid den tidpunkt då riktlinjerna togs fram. De utgör vägledning för vårdgivare och är inte bindande uttalanden om lämpliga behandlingsåtgärder eller rådgivning till patienter i enskilda fall.

3.3.2 Nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa

Inom området psykisk hälsa finns ett antal nationella riktlinjer omfattande depression och ångestsyndrom, demens, missbruk och beroende samt schizofreni. En nationell riktlinje avseende ADHD och autism är under framtagande. Socialstyrelsen tar också, utöver nationella riktlinjer, fram kunskapsstöd för olika tillstånd och diagnosgrupper. I det följande väljer vi att särskilt lyfta några av de nationella riktlinjerna, där urvalet baseras på att de återkommer i utredningens bedömningar (se kap. 6).

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Riktlinjerna från 2017, med en mindre översyn publicerad 2020, behandlar vård vid depression och ångestsyndrom.[80] De omfattar bl.a. diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling. Avgränsningar i riktlinjen är anpassningsstörningar, reaktion på svår stress och bipolär sjukdom. Barn och unga omfattas av riktlinjerna, äldre särredovisas inte. Olika behandlingsformer tas upp, men förmedlingssätt vid psykologisk behandling, t.ex. digitala mötesformer, tas inte upp. I riktlinjen samlas insatser för lätt och medelsvår depression, vilket skiljer sig från länder som särredovisar insatser för dessa båda tillstånd, och då kanske t.ex. rekommenderar fysisk aktivitet som behandlingsmetod för lättare depression i större utsträckning. Vilka insatser som rekommenderas i primärvård redovisas.

I en utvärdering av riktlinjerna 2019 belystes vikten av tidig diagnostik och bristen på uppföljningsmöjligheter. Den ojämna tillgången i landet till psykologisk behandling uppmärksammades.[81]

[80] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*, 2017, uppdaterade 2020.
[81] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor innehåller rekommendationer om åtgärder för att förebygga och behandla sjukdom genom att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor.[82] Riktlinjerna omfattar tobaksbruk, riskbruk av alkohol, matvanor och fysisk aktivitet. Riktlinjerna tar sikte på levnadsvanor oberoende av diagnos. Noterbart är att Socialstyrelsen även haft ett regeringsuppdrag under åren 2018–2020 att särskilt stödja utvecklingsarbetet i primärvården för patienter med psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor.

3.3.3 Huvudmännens vård- och insatsprogram vid psykisk ohälsa

De nationella vård- och insatsprogrammen för psykisk ohälsa i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning ska, tillsammans med insatser för att stödja implementering, öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ. Genom att sammanställa och tillgängliggöra olika kunskapsunderlag på en gemensam plats[83] för både specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola är avsikten att öka förutsättningarna för likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn. Innehållet i vård- och insatsprogrammen bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar, men är utformade för att möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan personal och individ.

De nationella vård- och insatsprogrammen arbetas fram av en nationell arbetsgrupp (NAG) med deltagare från regioner och kommuner med spridning över landet. Arbetet sker inom ramen för Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa, en del av Nationellt system för kunskapsstyrning. I nuläget föreligger vård- och insatsprogram för Depression och ångestsyndrom, Missbruk och beroende, Schizofreni och liknande tillstånd samt för Självskade-

[82] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning*, 2018.
[83] SKR, *Nationella vård- och insatsprogram*, 2020.

beteende. Vård- och insatsprogram för ADHD är under utveckling, remissversioner föreligger och arbetet beräknas vara färdigt mars 2021.

Standardiserade vårdförlopp

Med förebild i cancervården påbörjades under 2019 arbetet för att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom ett tiotal olika sjukdomsområden, bl.a. förstagångsinsjuknande i schizofreni samt utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Under 2020/21 ska ytterligare vårdförlopp tas fram, för införande under 2021/22, bl.a. gällande självskadebeteende samt ångest och depression. De vårdförlopp som tas fram ska uppfylla följande kriterier:

- De ska kunna inbegripa flera specialiteter.
- De ska kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser.
- De ska kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar.
- De ska kunna främja hälsa i hela förloppet.
- De ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd.
- De bör utformas på ett sådant sätt att de kan följas i de informationssystem som används i regionerna.

Arbetet med de standardiserade vårdförloppen ska ske inom ramen för regionernas gemensamma nationella system för kunskapsstyrning.

3.3.4 Andra rapporter och underlag av relevans för uppdraget

Utmattningssyndrom – stressutlöst psykisk ohälsa

Stressutlöst psykisk ohälsa och utmattningssyndrom utgör en stor del av sjukfrånvaron kopplad till psykisk ohälsa.[84] På området finns få eller inga evidensbaserade insatser, och därmed få kunskapsunder-

[84] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

lag att tillgå i hälso- och sjukvården inklusive för primärvården. En rapport om det dåvarande kunskapsläget finns publicerad av Socialstyrelsen 2003.[85] Rapporten sammanställer det rådande kunskapsläget, men påtalar framför allt att man inväntar resultat av pågående studier. I rapporten föreslogs diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom. Rapporten ledde fram till ett svenskt införande av diagnosen Utmattningssyndrom i ICD-10 2005.

Socialstyrelsen har för området tagit fram ett försäkringsmedicinskt underlag, publicerat 2017.[86] Detta riktar sig främst till sjukskrivande läkare och handläggare på Försäkringskassan.

Som ett tecken på avsaknad av stöd för evidensbaserade insatser erbjuder regionerna i varierande utsträckning riktad behandling för denna diagnos. Ett exempel på insatser som erbjuds regionalt är Region Stockholms tillhandahållande av vårdval MMR2 (multimodal rehabilitering) för patienter med svårare utmattningssyndrom eller kronisk smärta.

Området är i nuläget föremål för fortsatt forskning, och många har för oss påtalat vikten av att särskilt inkludera primärvårdsnivån i dessa forskningsinsatser. Det pågår för närvarande ett riktlinjearbete, bl.a. med tydliggörande av diagnoskriterier, avseende utmattningssyndrom.[87]

Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården

SBU publicerade 2012 en systematisk litteraturöversikt om det dåvarande kunskapsläget vad gällde implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården.[88] En av slutsatserna i rapporten var att en förstärkt primärvårdsorganisation, med en för uppgiften tränad yrkesperson, s.k. care manager, utgjorde en effektiv implementeringsstrategi vid behandlingen av personer med depression. De positiva effekterna sågs i kombination med andra åtgärder, såsom utbildning av vårdteamet och återkoppling av patientdata till behandlade läkare. Läkarnas förskrivning av antidepressiva läkemedel blev mer adekvat, och patienternas symtombörda minskade. Effekterna kvarstod minst

[85] Socialstyrelsen, *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa,* 2003.
[86] Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt underlag. Utmattningssyndrom*, 2017.
[87] Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*.
[88] SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt*, 2012.

sex månader efter avslutad intervention, längre än så fanns inte underlag att bedöma. Insatsen bedömdes kostnadseffektiv.

Ytterligare en slutsats var att korta utbildningar, till medarbetarna, som enda åtgärd för att stödja följsamhet till riktlinjer och evidens för depression inte påverkade allmänläkarnas diagnostiska eller kommunikativa förmåga, och heller inte patienternas symtombörda. Sådan utbildning som enda åtgärd bedömdes därmed inte heller kostnadseffektiv.

Vidare konstateras i litteraturgenomgången att effekten av implementering är beroende av var den sker (kontext) och hur förändringsprocessen ser ut. Därför bör studier och systematiska översikter kompletteras med metodik som belyser kontextuella faktorer och just implementeringsprocessen.

3.3.5 Sammanfattande reflektioner

Inom det breda området psykisk ohälsa finns olika typer av kunskapsunderlag framtagna på olika nivåer i systemet. Utredningen konstaterar att det arbete gällande kunskapsstyrning som i nuläget genomförs samordnat mellan ett antal kunskapsmyndigheter samt regioner och kommuner är viktigt för att samordna insatserna inom området. Vi kan också konstatera att flera uppföljningar och utvärderingar visar att de kunskapsunderlag som finns, t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inte implementerats i tillräcklig utsträckning. Trots att olika insatser och satsningar genomförts, bl.a. via överenskommelser mellan staten och SKR, är följsamheten fortfarande otillräcklig, speglat som uppfyllelse av kvalitetsindikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna. En reflektion från utredningens sida är att kunskapsunderlagen många gånger förefaller utgå från den specialiserade psykiatrins logik och arbetssätt, trots att huvuddelen av patienterna finns i primärvården. Att inkludera primärvårdens kontext tydligare i framtagandet av kunskapsunderlag för att underlätta implementering är en framgångsfaktor för framtiden. Det bör inom ramen för partnerskapet mellan Socialstyrelsen och huvudmännens modell för kunskapsstyrning finnas goda möjligheter till ett sådant arbetssätt, där också förutsättningarna för att inkludera även kommunernas hälso- och sjukvård bör kunna vara bättre än tidigare. Samtidigt lyfts farhågan att primärvården generellt

inte inkluderas tillräckligt, bl.a. p.g.a. bristande förutsättningar att delta i utvecklingsarbeten.

Något vi särskilt noterar är bristen på kunskapsunderlag vad gäller utmattningssyndrom och stressutlöst psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa och funktionspåverkan till följd av stress är en mycket vanlig besöksorsak i primärvården. Det är ett område där evidensen vad gäller behandling är svaga, men där det personliga lidandet och samhällskostnaderna, bl.a. till följd av omfattande sjukskrivningar, är höga. Det är inte tillfredsställande att behandling erbjuds på så olika sätt och i så olika utsträckning beroende på var i landet man bor, eller vilken vårdgivare, eller t.o.m. vilken behandlare patienten möter. Viktigt att hålla i minnet är att vårdskador till följd av felaktig behandling förstås förekommer vad gäller såväl psykiska som fysiska besvär. Att göra något, oavsett hur kunskapsläget ser ut, är inte alltid bättre än att inte göra något alls när det gäller sjukvård. Vare sig avseende fysiska eller psykiska tillstånd.

Implementering av kunskap är en känd utmaning i hälso- och sjukvården. Även om det gått några år sedan SBU:s rapport gällande implementering i primärvården publicerades betraktar utredningen dess slutsatser som fortsatt intressanta. Rapporten är en del i det bakomliggande underlaget för Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området, där också funktionen vårdsamordnare, liksom teambaserat omhändertagande, lyfts.

Att effekten av implementering är beroende av var den sker (kontext) och hur förändringsprocessen ser ut styrker utredningens uppfattning att för att bättre implementera evidensbaserad kunskap gällande psykisk ohälsa i primärvården är de bedömningar som görs i kap. 6 gällande huvudmännens organisering, arbetssätt och metoder väl så viktigt som förändrad lagstiftning på området.

Vi vill i detta sammanhang lyfta behovet av ökade forskningsinsatser för ökad kunskap om psykisk ohälsa och dess behandling i primärvårdskontext.

3.4 Huvudmännens formulering av uppdraget psykisk ohälsa i primärvården

3.4.1 Inledning

Som beskrivs i avsnitt 3.5 har vi överlag bristande tillgång till data om det som sker i primärvården generellt, inklusive vad gäller psykisk ohälsa. De som har ansvar att tillhandahålla den offentligt finansierade primärvården är regioner och kommuner, utifrån sina respektive ansvarsområden, såsom beskrivna i HSL. Därför är det centralt hur huvudmännen operationaliserar detta ansvar i sina verksamheter.

Regionernas primärvård

Sedan 2010 är det enligt 7 kap. 3 § HSL obligatoriskt för regionerna att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) tillämpas. Detta brukar i dagligt tal kallas inrättande av vårdval.

Vårdvalssystemet innebär att varje region preciserar lokalt anpassade krav som varje vårdgivare måste uppfylla för att bli godkänd som vårdgivare av offentligt finansierad primärvård. De dokument i vilka dessa krav preciseras heter formellt förfrågningsunderlag. Samma krav gäller för privata leverantörer som för utförare av primärvård inom regionens egen regi.

Av förfrågningsunderlaget ska alltså framgå vilka krav och villkor som samtliga sökande måste uppfylla för att bli godkända som leverantörer inom valfrihetssystemet. Den ekonomiska ersättningen till leverantörerna ska också framgå av förfrågningsunderlaget. Om regionen beskriver att något s*ka* finnas i verksamheten, dvs. beskriver ett s.k. skall-krav, är det en förutsättning att leverantören lever upp till det för att den ska godkännas som leverantör. Om regionen och leverantören har olika uppfattning om ett skall-krav är uppfyllt kan frågan på leverantörens initiativ prövas i allmän förvaltningsdomstol. De krav som anges i förfrågningsunderlagen är att se som en ”miniminivå”. Det vill säga det är möjligt för leverantörerna att tillhandahålla t.ex. fler kompetenser eller insatser än det som speci-

ficeras i förfrågningsunderlagen, men de kommer enbart att bli ersatta utifrån de villkor som anges förfrågningsunderlagen.

Mot denna bakgrund har vi gjort en kartläggning av samtliga 21 regioners förfrågningsunderlag[89] för primärvården och hur dessa beskriver utförarnas uppdrag på området psykisk hälsa. I två regioner är primärvårdsverksamheten organiserad så att delar av uppdraget som gäller psykisk ohälsa är förlagda till separata vårdval (för vuxna) för psykisk hälsa/psykoterapi på primärvårdsnivå.[90] Dessa har också analyserats, och ingår i översikten. Inte oväntat är dessa mer specifika i kraven gällande psykisk ohälsa. Flertalet regioner har organiserat sin mödrahälsovård utanför det breda primärvårdsvårdvalet. Antingen i egen regi, eller som ett separat vårdval. De faller inte inom vår kartläggning.

Samtidigt bör framhållas att det förfrågningsunderlagen beskriver är just det som beställs av huvudmännen. Det säger ingenting om i vilken grad verksamheterna lever upp till kraven.

Kommunernas primärvård

Kommunerna ansvarar enligt HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, dvs. patientens privata bostad. När det gäller hemsjukvård ligger det lagstiftade ansvaret på regionerna även om kommunerna har fått befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Regionen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. I dag har alla regioner utom Region Stockholm ingått sådana överenskommelser.

För kommunerna föreligger dock inga krav på att organisera hela eller delar av sin hälso- och sjukvård i valfrihetsystem enligt LOV eller på något annat specifikt sätt. Även om det är en möjlighet som vissa kommuner nyttjar för olika delar av sina vård- och omsorgsverksamheter, finns det därmed inget gemensamt format för uppdragsbeskrivningar som är enkelt tillgängligt på samma sätt som förfrågningsunderlagen för regionernas primärvård.

[89] Såsom de var utformade våren 2020.
[90] Region Kalmar och Region Skåne.

I brist på motsvarande heltäckande underlag har utredningen valt att göra en kartläggning av ett urval av de förfrågningsunderlag som finns tillgängliga för kommunalt finansierad verksamhet, där hälso- och sjukvård ingår i uppdraget. Reglerna och funktionen för förfrågningsunderlagen är desamma som i regionernas primärvård (se föregående avsnitt). Utredningens kartläggning omfattar i denna del de kommuner som valt att upphandla särskilda boenden för äldre enligt LOV. Hösten 2020 var det 23 kommuner, av totalt 290 st. Vi är medvetna om att det inte går att dra några säkra slutsatser om dessa kommuners representativitet. Man kan utifrån olika logiker t.ex. tänka sig att införande av LOV har bidragit till såväl mer detaljerade uppdragsbeskrivningar som mindre. Samt att det skulle kunna uppstå en likriktning bland de kommuner som upphandlar enligt LOV, som skiljer sig från dem som inte gör det. Det är inte möjligt att avgöra utifrån vår kartläggning. Vi kan dock konstatera att det är relativt stor variation på innehållet och detaljeringsgraden även bland kommunernas förfrågningsunderlag, och att kartläggningen visar på en variation som är intressant i sig, även om den enbart skulle gälla de 23 kommuner[91] vi haft möjlighet att titta närmre på.

I det följande redogörs först för resultatet av kartläggningen av hur uppdragen gällande psykisk ohälsa beskrivs avseende regionernas primärvård och därefter i ett urval av kommunernas särskilda boenden för äldre.

3.4.2 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i regionernas primärvård

Övergripande uppdragsbeskrivning

Vid en genomgång av regionernas förfrågningsunderlag kan konstateras att det skiljer sig åt i vilken omfattning uppdraget avseende psykisk ohälsa beskrivs. På ett övergripande plan framgår av förfrågningsunderlagens utformning att omhändertagande av psykisk ohälsa ingår i primärvårdsuppdraget i alla regioner. I några regioner är uppdragsdelen psykisk ohälsa dock inte särskilt beskriven eller ut-

[91] Danderyds kommun, Halmstads kommun, Huddinge Kommun, Kävlinge kommun, Lidingö Stad, Mölndals stad, Nacka kommun, Norrtälje kommun, Ronneby kommun, Simrishamns kommun, Sollentuna kommun, Solna stad, Staffanstorps kommun, Stockholms stad, Sundbyberg stad, Sölvesborgs kommun, Täby kommun, Upplands-Bro kommun, Upplands Väsby kommun, Uppsala kommun, Uppvidinge kommun, Växjö kommun och Österåkers kommun,

vecklad, t.ex. i form av förväntningar eller krav från regionen på hur verksamheten ska utformas och vad den ska innehålla. I andra regioner har denna uppdragsdel beskrivits, men fortfarande på ett övergripande plan. Uppdraget kan t.ex. vara formulerat i generella termer som att vårdgivaren ska bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter med psykisk ohälsa. Uppdraget kan också anges vara att vårdgivaren ska tillhandahålla hälso- och sjukvård vid somatiska och psykiatriska tillstånd, innebärande utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rådgivning och uppföljning. En annan beskrivning kan vara att vårdgivaren ska arbeta aktivt med att identifiera personer med risk för stort vård- och omsorgsbehov avseende bl.a. psykisk ohälsa. Vanligt är också formuleringar som anger att uppdraget avser första linjens hälso- och sjukvård eller första linjens psykiska hälsa. Att psykisk ohälsa ändå är ett område som uppfattas kräva särskild uppmärksamhet reflekteras samtidigt genom att vissa regioner har särskilda satsningar eller tilläggsuppdrag på området, såsom t.ex. att förstärka med vissa professioner, eller högre ersättningar för besök till vissa personalkategorier.

Målgrupper för uppdraget

Regionerna specificerar i sina förfrågningsunderlag på olika sätt vilka målgrupper som omfattas av uppdraget avseende psykisk ohälsa. Ungefär hälften av regionerna avgränsar på ett eller flera sätt uppdraget bl.a. i fråga om diagnoser, grad av diagnos och ålder. Hos resterande hälft är målgruppen för uppdraget psykisk ohälsa inte närmare preciserad.

Avgränsningarna uttrycks ofta som att uppdraget omfattar lindrig till måttlig psykisk ohälsa, utan att specificera vilka diagnoser eller andra tillstånd som kan falla inom ramen för denna lindriga till måttliga psykiska ohälsa. Andra beskriver i stället vilka diagnoser eller tillstånd uppdraget omfattar, utan att närmare precisera allvarlighetsgrad. När diagnoser eller tillstånd omnämns återkommer främst depression, ångestsyndrom, stressrelaterade tillstånd, psykosomatiska tillstånd och krisreaktioner.

De flesta regionerna har inte avgränsat uppdraget avseende psykisk ohälsa till någon särskild åldersgrupp. I ett mindre antal regioner omfattar uppdraget dock inte barn och i ytterligare några få omfattar

uppdraget åldrarna 16 år och uppåt. I en region, där uppdraget omfattar alla åldrar, omnämns särskilt äldre på så sätt att leverantören ska ”säkerställa att äldre patienter med psykisk ohälsa eller sjukdom får denna identifierad och diagnosticerad samt erbjuds stöd och behandling utifrån bästa tillgängliga kunskap”.[92]

Kompetenser

I kartläggningen av regionernas beskrivning av uppdraget psykisk ohälsa har utredningen granskat vilka professioner, dvs. yrkeskategorier, som regionerna ställer krav på inom den delen av uppdraget. I de flesta förfrågningsunderlagen finns ett särskilt avsnitt som avser uppdragsdelen psykisk ohälsa. I vissa fall anges där vilka kompetenser som efterfrågas för den delen av uppdraget. I andra fall är kraven på kompetenser i stället formulerade för primärvårdsuppdraget som helhet. Utredningen har då tittat på kravställandet avseende de professioner som har särskild relevans för uppdragsdelen psykisk ohälsa. Några regioner har särskilda kompetensbeskrivningar i uppdragsdelen rehabilitering och i den mån de professioner som där beskrivs relaterar till psykisk ohälsa har de inkluderats i denna redogörelse.

Hur specifika kompetenskraven är skiljer sig åt. Hos några regioner förekommer endast en generell skrivning i fråga om kraven på kompetens, utan närmare angivelse vilka professioner som ska finnas i verksamheten. Skrivningen formuleras som ett krav på att vårdgivaren ska ha den kompetens och de resurser som krävs för uppdraget, för att omhänderta psykisk ohälsa, eller liknande. Det kan tänkas att det avseende vissa hälso- och sjukvårdsinsatser är nödvändigt med en viss specifik yrkeskategori, medan det avseende andra insatser kan finnas olika bedömningar kring behov av kompetens och yrke. Generellt utformade krav lämnar större utrymme för bedömning i fråga om vårdgivaren kan anses ha tillräcklig kompetens för uppdraget och därmed ha uppfyllt skall-kravet i fråga.

[92] Region Östergötland.

En region[93] ställer upp bör-krav kring kompetens. Utöver en generell skrivning om att den kompetens som krävs för uppdraget ska finnas, anges att insatser avseende psykisk ohälsa *bör* föregås av bedömning av primärvårdsläkare[94] eller annan personalkategori med likvärdig kompetens, samt att de beslutade insatserna *bör* ges av legitimerad psykoterapeut eller sjukvårdsprofession med minst psykoterapeutisk grundutbildning. Noteras kan att en sådan formulering lämnar utrymme för vårdgivaren att avgöra den faktiska förekomsten av de yrkeskategorier som regionen enligt formuleringen i förfrågningsunderlaget anser bör finnas i verksamheten.

I de flesta regionerna har dock kravet på kompetens i stället formulerats så att förekomsten av en viss eller vissa angivna yrkeskategorier utgör villkor för uppdragets fullföljande. Kraven på dessa professioner är i de allra flesta fall formulerade som alternativa krav, med innebörden att någon eller några av de uppräknande professionerna ska finnas. Det finns då utrymme för vårdgivaren att avgöra vilken eller vilka av de i förfrågningsunderlaget angivna professionerna som ska tillhandahållas. De professioner som omnämns i samband med krav på kompetens, som alternativa krav, eller som professioner som bör finnas i verksamheten, är bl.a. legitimerad psykoterapeut, mödra- och barnhälsovårdspsykolog, psykolog, socionom, sjuksköterska, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator samt kurator utan specificering i fråga om legitimation, specialistsjuksköterska i psykiatri och försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare. Vanligt är också att kompetens efterfrågas i form av grundläggande psykoterapiutbildning, ibland med hänvisning till motsvarande steg 1-utbildning.

Ovanstående är i någon mån en beskrivning av vilka yrkeskategorier som regioner anser behövliga för uppdragets fullföljande. Att en viss angiven yrkeskategori *ska* finnas för att leverantören ska kunna godkännas, dvs. att yrkeskategorin inte utgör ett alternativt krav, är förhållandevis ovanligt. Här kan också konstateras att formuleringarna många gånger är sådana att det inte med enkelhet går att utläsa om en profession utgör ett alternativt eller ett absolut krav. Det är därför utan exakthet följande kan noteras i fråga om vilka professioner som *ska* finnas i eller tillgänglig för verksamheten. Krav på legitimerad psykolog förekommer i fem regioner.[95] I betydligt fler

[93] Region Blekinge.
[94] Observera att denna beskrivning inte säger något om vilken specialitet som efterfrågas.
[95] Här är kraven inom det separata vårdvalet psykisk ohälsa hos Region Kalmar medräknat, däremot inte Region Dalarna som ställer krav på mödra/barnpsykolog.

regioner är legitimerad psykolog i stället ett alternativt krav. En region ställer krav på legitimerad psykoterapeut. Tre på kurator, utan angivelse om att legitimerad hälso- och sjukvårdskurator avses, en på mödra- och barnhälsovårdspsykolog och en på försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare.[96]

Det är vanligt att det i förfrågningsunderlagen uttrycks att det ska finnas kompetens i form av profession med ”minst grundläggande psykoterapiutbildning”, ”grundutbildning i psykoterapi”, ”lägst basutbildning i psykoterapi”, eller ”steg 1-utbildning”. Omkring en tredjedel av regionerna hänvisar till sådana kompetenskrav. I vilken mån sådana kompetenskrav kombineras med legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning varierar. Värt att notera är att en s.k. grundläggande psykoterapiutbildning, som ibland benämns t.ex. steg 1-utbildning, är oreglerad och att några nationellt ställda krav på utbildningens innehåll och omfattning inte finns. En beskrivning av grundutbildningen i psykoterapi görs i avsnitt 3.7.2.

En region ställer krav på psykosocialt team.[97] Regionen i fråga anger att lämpliga kompetenser i teamet är kurator, psykolog, psykiatrisjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare. I en annan region utgör förekomsten av ett psykosocialt team en del av uppföljningen, utan att krav på sådant team finns.[98] Andra regioner använder teambegrepp på ett mer övergripande plan och i olika sammanhang, vanligen inom uppdragsdelen rehabilitering. I denna del av uppdraget kan t.ex. anges att det ska finnas möjlighet till teambaserade insatser, att det ska finnas ett rehabteam i form av fysioterapeut, arbetsterapeut, beteendevetare och läkare, att ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt ska tillämpas m.m.

Några regioner omnämner vårdsamordnare i sina underlag men i de flesta av dessa fall avser samordningen av vård de mest sjuka äldre eller utskrivning från sjukhus. En region omnämner dock vårdsamordnare i sammanhanget psykisk ohälsa.[99] Regionens regionala medicinska riktlinje anger att patienter med depression, ångestsyndrom eller stressrelaterad psykisk ohälsa, och som bedöms kunna handläggas i primärvården, bör erbjudas stöd av vårdsamordnare.

[96] Här inkluderas inte professioner som ingår i tilläggsuppdrag inom uppdraget psykisk ohälsa hos region Blekinge.
[97] Region Jönköping.
[98] Region Sörmland.
[99] Västra Götalandsregionen.

Metoder och riktlinjer

Förfrågningsunderlagen innehåller i olika utsträckning krav på att tillhandahålla olika metoder såsom KBT, FACT, ACT, IPT, PDT och MI. I fem regioner omnämns internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) i underlagen när uppdragsdelen psykisk ohälsa beskrivs. I vissa regioner utgör tillhandahållandet av denna behandlingsmetod ett krav, i andra är IKBT snarare omnämnt som en möjlig behandlingsmetod.

I tre regioner förekommer begreppet stegvis vård inom uppdragsdelen psykisk ohälsa. Det uttryckas t.ex. på så sätt att arbetet med psykisk ohälsa ska bedrivas enligt principerna för stegvis vård eller genom formuleringen att primärvården ska erbjuda hög tillgänglighet och att detta kan uppnås genom fokuserade bedömningar och stegvis vård.

I de flesta regionerna görs avseende primärvårdsuppdraget som helhet en generell hänvisning till nationella och/eller regionala riktlinjer och en förväntad följsamhet till dessa. Formuleringen kan t.ex. vara att vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten i samtliga relevanta delar följer riktlinjer som utfärdats av statliga och kommunala myndigheter och verk eller att verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med gällande riktlinjer. I drygt hälften av regionerna görs en specifik hänvisning till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Det görs i sammanhanget när uppdragsdelen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete beskrivs. Regionerna har olika sätt att uttrycka hur arbetet med sådana åtgärder ska se ut. Samtliga beskriver att arbete med levnadsvanor ska ske eller att levnadsvanor ska identifieras. Två regioner hänvisar till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

Kopplingen till den kommunala hälso- och sjukvården

Vår genomgång visar att regionernas förfrågningsunderlag inte behandlar frågan om hur kompetens inom psykisk ohälsa på primärvårdsnivå eventuellt ska tillhandahållas personer som har insatser från kommunal hälso- och sjukvård. Det enda som specificeras är

läkarmedverkan,[100] enligt de särskilda avtal som varje region måste sluta med kommunerna.

Fortbildning

Mot bakgrund av fortbildningens betydelse för underhåll av kompetens har utredningen tittat på i vilken utsträckning fortbildning av medarbetarna utgör krav från regionernas sida. Det kan konstateras att i de fall fortbildningskrav över huvud taget förekommer, avser de primärvårdsuppdraget som helhet och ingen åtskillnad görs i fråga om uppdragsdelen psykisk ohälsa och övriga delar av primärvårdsuppdraget.

Krav på fortbildning av medarbetarna finns i drygt hälften av regionerna. Kravet är generellt utformat, ungefär uttryckt så att verksamhetschefen ansvarar för att personalen får den fortbildning eller vidareutbildning som erfordras för att upprätthålla kompetensen. En tredjedel av dessa regioner ställer också krav på deltagande i vissa anvisade utbildningar som regionen ordnar.

Ersättning

Hur uppdragen gällande psykisk ohälsa ersätts i vårdvalen för primärvård ser generellt mycket olika ut mellan olika regioner. Flera regioner anger ingen särskild ersättning kopplat till psykisk ohälsa, utan det omfattas av kapiteringsersättningen.[101] Andra har specifik ersättning för vissa särskilda behandlingar och insatser såsom digital behandling, eller särskilda uppdrag.[102]

En region[103] anger att man särskilt ersätter praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP) och att man inom vårdval primärvård avsatt medel för KBT Basutbildning (steg 1), genom avtal med extern leverantör som tillhandahåller utbildningen.

---

[100] Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §, 16 kap. 1 § HSL.
[101] Vi har i SOU 2018:39 redogjort för ersättningssystemen i primärvården, se avsnitt 5.2.15.
[102] T.ex. psykologbedömningar i Region Kronoberg.
[103] Region Jönköping.

Någon region ger strukturersättning – kopplat till implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder – till hälsocentraler som arbetar aktivt med insatser för bl.a. riskgrupperna depression/ångest samt sömnstörning.[104]

En del har särskild ersättning för besök kopplade till psykisk ohälsa, ibland differentierat utifrån vilken profession patienten får träffa. Några regioner har också specifika ersättningar för gruppbehandlingar. Hos ett par regioner utgår ersättning för specifika funktioner med koppling till psykisk ohälsa såsom vårdsamordnare, kontaktsjuksköterska och rehabiliteringskoordinator (rehabkoordinator).

Uppföljning

Det skiljer sig en hel del även kring hur krav på uppföljning beskrivs i förfrågningsunderlagen. Någon enstaka lyfter inget specifikt kopplat till psykisk ohälsa i delarna om uppföljning. Ett par regioner hänvisar till SKR:s Basmodell för uppföljning av primärvård, där bl.a. följande lyfts:

h. **Depression och ångest**, huvudsakligen enligt SoS riktlinjer 2010 (SoS indikatornummer inom parentes)

Bas: Patient med dessa diagnoser, antal per 1000 listade.

1. Andel som förskrivits och hämtat ut antidepressivt läkemedel minst en gång under året, % (1.4)
2. Andel som följts upp via telefon eller återbesök minst 2 gånger första månaden efter insatt läkemedelsbehandling, % (2.11)
3. Andel som fått internetbaserad KBT, % (2.8)
4. Andel som fått psykologbehandling med KBT, % (2.9)
5. Finns rutin för användning av MADRS, GDS? ja/delvis/nej
6. Kuratorsresurs, heltidstjänst per 1000 listade.[105]

Flertalet anger dock egna indikatorer, i olika kombinationer. Exempel på indikatorer som ska rapporteras från utförarna är antal patienter som diagnosticerats med depression och ångest, andel av diagnosti-

[104] Region Norrbotten.
[105] SKR, *Basmodell för uppföljning av primärvård*, 2014.

cerade patienter som fått psykolog- eller kuratorsbehandling, antal individer med depression där suicidriskbedömning gjorts; antal genomförda hälsoundersökningar, antal besök hos olika personalkategorier samt uppfyllelse av vårdgarantin om medicinsk bedömning inom tre dagar.

Samverkan med den specialiserade psykiatrin

De flesta regioner har någon form av fastslagen rutin, riktlinje eller vägledning för ansvarsfördelning och samverkan mellan primärvården och den specialiserade vuxenpsykiatrin, och cirka hälften av regionerna har en tydlig hänvisning till dessa i sina förfrågningsunderlag.[106] Hos vissa regioner förefaller det pågå ett arbete för att revidera dessa.

En region uppmanar utförare att "upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med andra relevanta vård- och omsorgsgivare i kommunen/stadsdelen", snarare än att det finns övergripande riktlinjer för regionen som helhet. Särskilt ska samverkan med lokal psykiatri och beroendevård prioriteras.[107]

Rehabiliteringskoordinatorer

Utredningen har kartlagt i vilken mån regionerna ställer krav på sådana koordineringsinsatser som enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter ska erbjudas av regionerna till sjukskrivna patienter, i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Dessa insatser benämns vanligen rehabiliteringskoordinatorer men kan också ha andra benämningar, såsom sjukskrivningscoach. I sammanställningen här används termen rehabiliteringskoordinator även när andra benämningar används i förfrågningsunderlaget.

I drygt hälften av regionerna ställs uttryckligt krav på att det ska finnas en rehabiliteringskoordinator i verksamheten. I andra regioner finns mer generella formuleringar som relaterar till en rehabiliteringskoordinators arbete, utan att för den skull innebära ett uttryckligt krav på denna funktion.

[106] De som har generella hänvisningar till gällande lokala riktlinjer räknas inte in här.
[107] Region Stockholm och Norrtälje.

När det finns ett krav på rehabiliteringskoordinator i verksamheten omnämns inte dennes eventuella arbete med just psykisk ohälsa. I stället görs en mer generell hänvisning till rehabiliteringskoordinators arbete i sjukskrivningsprocessen. En region utgör i detta avseende ett undantag, då den i sitt förfrågningsunderlag beskriver att en stor del av rehabiliteringskoordinators uppdrag riktar sig till patienter som är sjukskrivna p.g.a. lättare och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta.

I sammanhanget kan uppmärksammas att enbart en region[108] i sitt förfrågningsunderlag omnämner företagshälsovården, som en aktör för samverkan.

3.4.3 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i kommunernas särskilda boenden

En plats på särskilt boende (säbo) får man efter biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), (SoL), men kommunen ansvarar som tidigare beskrivits också för att tillhandahålla hälso- och sjukvård (ej läkarvård) till boende på säbo. Hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå är alltså en del i det uppdrag som ska utföras, så även när man upphandlar privata leverantörer av säbo. Generellt beskriver förfrågningsunderlagen att det finns möjlighet att bedriva två olika typer av säbo för äldre, dels med ”somatisk inriktning” dels ”demensinriktning”, men förfrågningsunderlagen gäller bägge inriktningarna. Även om boenden med somatisk inriktning sedan beskrivs som avsedda för personer vars behovs uppstått till följd av ålderdom, fysiska och psykiska funktionsnedsättningar eller allvarlig sjukdom, kan noteras att benämningen sätter fokus på de somatiska behoven snarare än de psykiska.

Såväl insatser med stöd av SoL, t.ex. för att ge äldre möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra, som regelrätta hälso- och sjukvårdsinsatser är av betydelse för arbetet mot psykisk ohälsa. Givet att vårt uppdrag har sin utgångspunkt i primärvårdens uppdrag fokuserar vår kartläggning här på hur hälso- och sjukvårdsuppdraget är beskrivet i förfrågningsunderlagen, men berör även en del andra aspekter utifrån dess relevans för området, och vikten av att det finns ett helhetsperspektiv i verksamheterna.

[108] Region Halland.

Övergripande uppdragsbeskrivning avseende hälso- och sjukvård

Samtliga analyserade kommuner utom en[109] formulerar övergripande hälso- och sjukvårdsuppdraget som ”hälso- och sjukvård upp t.o.m. sjuksköterskenivå”. I cirka hälften av underlagen säger man upp till sjuksköterskenivå, inklusive fysioterapeut och arbetsterapeut (alternativt inklusive rehabilitering). I vissa övergripande uppdragsbeskrivningar nämns enbart sjuksköterska.

Det varierar i vilken grad man utvecklar hälso-och sjukvårdsuppdraget utöver de krav som är lagstadgade, såsom t.ex. krav på verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)och dokumentation. Där mer utvecklade beskrivningar finns kan det t.ex. formuleras som att:

> För att brukaren ska kunna leva ett aktivt liv, känna trygghet och uppleva hälsa och välbefinnande, ska utföraren arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt med ett hälsoinriktat och rehabiliterande arbetssätt. Utföraren ska ha skriftliga rutiner för hur fastställda metoder för vård och behandling tillämpas, följs upp och omprövas. Utföraren ska ha skriftliga rutiner för hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling introduceras så att patientsäkerheten säkerställs samt för hur inaktuella metoder identifieras och avvecklas.[110]

> Den medicinska vården och omvårdnaden ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ska omfatta såväl psykiska som fysiska behov.[111]

Kompetenser och bemanning

Genomgående beskrivs att de legitimerade hälso- och sjukvårdskompetenser som ska finnas är sjuksköterska samt arbetsterapeut och fysioterapeut. I vissa kommuner tillhandahåller dock kommunen kompetenserna fysioterapeut och arbetsterapeut även till privata utförare. Det skiljer sig också i vilken utsträckning dessa bägge kompetenser ska (kunna) tillhandahållas eller finnas tillgänglig på daglig/veckobasis. Flera lyfter särskilt fysioterapeuter och arbetstera-

[109] I Norrtälje, där man organiserat regionens och kommunens vård gemensamt i kommunalförbundet Tiohundra, inkluderar uppdraget även läkare.
[110] Täby kommun.
[111] Sollentuna Kommun.

peuters ansvar att handleda och stödja omvårdnadspersonal i hälsofrämjande/rehabiliterande och habiliterande arbetssätt.

Det kan också noteras att ett fåtal förfrågningsunderlag anger att man ska ha tillgång till dietist. Inget av de förfrågningsunderlagen vi tittat på ställer krav på specialistsjuksköterska, eller nämner den kompetensen.

Majoriteten av de analyserade förfrågningsunderlagen ställer krav på att utföraren ska tillhandahålla löpande fortbildning och kompetensutveckling för personalen. Några har också krav på individuella kompetensutvecklingsplaner.

Meningsfull vardag

Det stora flertalet har en skrivning eller ett avsnitt om aktiv och meningsfull tillvaro eller motsvarande för de boende. Det vill säga inte regelrätta hälso- och sjukvårdsinsatser, men insatser som är väl så viktiga för att förebygga psykisk ohälsa (och eventuellt behov av behandlande hälso- och sjukvårdsinsatser kopplade till psykisk ohälsa). I dessa sektioner beskrivs på lite olika sätt och olika detaljerat, att utföraren, utifrån den enskildes förmåga och önskemål, ska erbjudas vardagsnära aktiviteter och stimulans. Det kan handla om aktiviteter både inom och utanför boendet och om såväl fysiska aktiviteter som social samvaro.

Ett par kommuner är också tydliga med att det är önskvärt med samarbete med frivilligorganisationer, i syfte att tillgodose de enskildas sociala, kulturella, andliga och mentala behov.

Kunskapsstöd och kvalitetsregister

De nationella riktlinjer som direkt hänvisas till, i några av underlagen, är de för demens samt för palliativ vård. Ett antal har dock mer övergripande skrivningar om att verksamheten ska bedrivas i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd, föreskrifter och riktlinjer. Flertalet anger att utförarna ska registrera i de kvalitetsregister som är utpekade, vanligen Senior Alert, Palliativregistret och BPSD. Det kan också noteras att 4 av de 23 kommunerna ställer krav på anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ).

3.4.4 Sammanfattande reflektioner

Vår kartläggning av hur regionerna samt ett urval av kommunerna formulerar sina primärvårdsverksamheters uppdrag avseende psykisk ohälsa visar på en variation i såväl detaljeringsgrad som specifika krav. En viss variation är att vänta, då en avsikt med att huvudmännen utformar organiseringen är just behovet av anpassning till lokal kontext och olika förutsättningar. Vår genomgång visar dock på skillnader som är svåra att förstå som enbart beroende på sådana anpassningar.

Vad gäller regionernas primärvård är det anmärkningsvärt att dessa uppdragsbeskrivningar många gånger är på en påfallande övergripande nivå. Detta lämnar ett stort utrymme för tolkningar av olika leverantörer, något som kan resultera i en ojämlik vård t.o.m. för invånare inom samma region. Det torde också försvåra uppföljningen från huvudmannens sida, och göra det svårt för invånarna att veta vad man kan förvänta sig från utförarna av primärvård.

Motsvarande gäller den nationella nivån. Uppföljningen på aggregerad nivå skulle underlättas om regionerna i sina förfrågningsunderlag gav utryck för intentionen att följa och följa upp nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag på ett mer likartat sätt. Avsikten med de nationella kunskapsstöden, att säkerställa en jämlik vård i hela landet, skulle därmed kunna främjas. Ett sådant arbete vad gäller mer standardiserade insatser hos huvudmännen är också avsikten med huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning. En större tydlighet vad gäller primärvårdens uppdrag för den psykiska ohälsan skulle kunna vara ett stöd för huvudmännen i det arbetet.

I våra dialoger med företrädare för regionerna har det också lyfts att man ser behov av ett ”omtag” vad gäller primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta utifrån att det rör sig om en stor andel av de patienter man i dag handlägger i primärvården, och utifrån avsaknaden av fastslagna strukturer för omhändertagande och uppföljning. Man vet helt enkelt för lite om vad som görs i verksamheterna, och vilka resultat det ger. Detta gör det i sin tur svårare att vara en tydlig beställare, och att adekvat resurssätta, arbetet med psykisk ohälsa. Det blir något av en ond cirkel.

Mot denna bakgrund har flera regioner också inlett, eller planerar att inleda, arbeten för att skapa en bättre överblick av och struktur för arbetet inom området (t.ex. Dalarna, Skåne, Stockholm, Uppsala och Östergötland). I denna kontext har våra dialoger med företrädare för huvudmännen också pekat på att en större tydlighet kring primärvårdens uppdrag gällande psykisk ohälsa skulle kunna vara hjälpsamt i de lokala diskussionerna.

Även vad gäller kommunernas primärvård, här illustrerad av den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas för äldre på säbo, finns det en relativt stor variation, och vi kan konstatera hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på en övergripande nivå. Det mesta som kravställs och beskrivs anknyter till sådant som regleras i HSL. Till exempel verksamhetschef, MAS och dokumentationskrav. I de flesta underlag sägs mycket lite, om något, kring t.ex. kunskapsstöd och rutiner av relevans för uppdraget. Inget nämner några specifika kunskapsstöd eller riktlinjer kopplade till psykisk ohälsa.

Det har i utredningens dialoger lyfts att det kan finnas mycket olika nivåer av kunskap om hälso- och sjukvård, och de olika yrkesgruppernas kompetenser, såväl bland styr- och ledningsfunktioner i kommuner som bland chefer i de verksamheter där det bedrivs hälso- och sjukvård. Detta påverkar möjligheten att göra ändamålsenliga beställningar och att organisera verksamheten på adekvat sätt.

Gällande arbetet mot psykisk ohälsa, ser vi en potential i att säbo är skyldiga att tillhandahålla såväl socialtjänstinsatser som vissa hälso- och sjukvårdsinsatser. Mycket av det som ligger inom socialtjänstens ansvar kan vara centrala delar i ett förebyggande arbete. Om det också mer strukturerat kan samspela med de medicinska kompetenser som ska finnas inom kommunens hälso- och sjukvård finns bättre förutsättningar att såväl förebygga som identifiera och behandla psykisk ohälsa inom kommunens primärvård.

Utöver sjuksköterskor, spelar fysioterapeuter och arbetsterapeuter en viktig roll i att etablera hälsofrämjande och rehabiliterande arbetssätt, och handleda omvårdnadspersonal i detta. Det är insatser som kan vara av stor vikt för att främja de boendes psykiska hälsa. Här gäller det att tillräcklig kompetens finns att tillgå, men även att tid och resurser avsätts för fortbildning och handledning av olika personalkategorier.

Sammanfattningsvis ser vi att kartläggningen av såväl regionernas som kommunernas uppdragsbeskrivningar gällande psykisk ohälsa visar på ett behov av att huvudmännen utvecklar och fastställer tydligare övergripande strukturer och stöd för primärvårdsverksamheternas omhändertagande av psykisk ohälsa.

3.5 Möjligheter till uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

En utmaning för oss, och andra, som har i uppdrag att utveckla och förbättra vården för personer med psykisk ohälsa är att det i dagsläget i stora delar saknas tillräckliga underlag för hur vi i Sverige i dag hanterar den psykiska ohälsan i hälso- och sjukvården; vilka behov som finns, vilka insatser som görs och vilka resultat som nås.

Att beskriva vad som görs, av vem, och vilka resultat som nås, när det gäller psykisk ohälsa generellt, men framför allt i primärvården, låter sig i dag inte göras på ett enkelt, systematiskt sätt, på nationell nivå. Området lider av att man i stora delar fortsatt saknar gemensamt fastslagna definitioner av begrepp och termer, vilket gör att dessa återkommande måste definieras i olika enskilda sammanhang. Såväl på mer strategisk nivå som i mötet kring en enskild patient. Liksom för somatiken blir möjligheterna till uppföljning också lidande av att primärvården, där majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns, inte omfattas av Patientregistret. Samt av det faktum att Patientregistret för den öppna specialiserade psykiatrin enbart omfattar läkare, inte övriga legitimerade professioner, trots att de ofta står för den behandlande insatsen när det gäller psykisk ohälsa.

Den som vill försöka få en bild av såväl nuläge som utveckling över tid måste därför i stället vända sig till andra källor än de som vanligtvis används när patientens väg genom vården ska beskrivas.

I det följande gör vi en tillbakablick på våra tidigare bedömningar gällande behovet av en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, för att sedan titta närmre på några möjliga alternativa källor till information om arbetet med psykisk hälsa i primärvården. Därefter tittar vi närmre på några indikatorer från dessa källor, utifrån vilka vi gör ett antal sammanfattande reflektioner kring uppföljningen av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.

3.5.1 Utredningens tidigare iakttagelser och bedömningar avseende uppföljning av primärvården

God och nära vård. En primärvårdsreform

Som vi beskrivit i tidigare betänkande[112] saknar Sverige i dagsläget en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Ett problem som också lyfts av bl.a. Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys, SCB och OECD. Vi saknar därmed i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Det gäller såväl den somatiska som den psykiska hälsan som tas om hand i primärvården.

I vårt betänkande SOU 2018:39, God och nära vård. En primärvårdsreform, gjorde vi därför bedömningen att det var avgörande att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande börjar byggas upp för att omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård, som vår utredning haft i uppdrag att samordna och stödja, ska komma till stånd. I det betänkandet resonerade vi kring två olika möjliga ansatser, som inte är sinsemellan exkluderande. Dels en utökning av Patientregistret till att även omfatta primärvården, dels en utökad rapportering till väntetidsdatabasen vid SKR, enligt en redan framtagen utökad modell. Den senare kan dock inte i samma utsträckning som Patientregistret ge underlag till ändamål som kvalitetsuppföljning, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning. Indikatorerna kan heller inte kopplas till data i andra register och datakällor.

Sedan 2010 pågår en dialog mellan Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen kring förutsättningarna att utöka Patientregistret till att även omfatta primärvården. I avvaktan på resultatet från dessa dialoger valde utredningen att föreslå att regionerna i ett första steg skulle börja rapportera vissa uppgifter (kontakttyp, yrkeskategori, och i förekommande fall diagnos och åtgärdskod) från utförare inom primärvården till en nationell databas.

[112] Se bl.a. avsnitt 8.2 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

Utveckling efter att utredningen överlämnade SOU 2018:39

Mot bakgrund av den påbörjade omställningen mot en god och nära vård, och behovet att kunna följa upp såväl styrning som reformer i primärvården, gav regeringen i juli 2019 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården. Uppdraget gavs i tre delar där den första delen avser möjligheter för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Den andra handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje deluppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas, och kommer inte behandlas närmare här.

Gällande deluppdrag I anges att Socialstyrelsen ska ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av regionernas uppgiftslämnande. Detta ska göras utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet mellan integritetsintrånget och det allmännas intresse av uppföljning av primärvården avseende vårdens kvalitet, jämlikhet och som möjliggör djupare analyser på nationell nivå. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2021.[113]

Socialstyrelsen har lämnat två delrapporter kring uppdrag II, en i november 2019 och en i juni 2020, där ett första förslag på möjliga indikatorer presenteras. I syfte att följa utvecklingen av vårdkonsumtionen mellan olika vårdnivåer har Socialstyrelsen i förslaget på möjliga indikatorer, som ska vidareutvecklas, valt ut nio patientgrupper med primärvårdsrelevanta kroniska sjukdomar och följt deras konsumtion av öppen och sluten specialistvård samt läkemedelsuttag i öppen specialistvård respektive primärvård. Bland de nio patientgrupperna återfinns diagnoser avseende depression och ångest. Utöver dessa diagnosgruppers vårdkonsumtion ägnar rapporten också viss uppmärksamhet åt besök och tillgänglighet i primärvården respektive specialiserad vård relaterat till psykisk ohälsa. Detta i syfte att spegla primärvårdens arbete med att förebygga och behandla psykisk ohälsa.[114] Socialstyrelsen konstaterar också att oavsett källa till information om primärvården finns ett behov av att utveckla datakvali-

[113] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2019.
[114] Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer*, 2020, s. 12 f.

teten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder.

I maj 2020 beslutade regeringen om prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform som bygger på utredningens betänkande SOU 2018:39, God och nära vård. En primärvårdsreform. I den konstateras att:

> För att omställningen av svensk hälso- och sjukvård ska komma till stånd bedömer regeringen i likhet med utredningen det som avgörande att det börjar byggas upp en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder och indikatorer m.m. Det finns ett behov av underlag med uppgifter som beskriver olika förhållanden inom primärvården. Det saknas i dag solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra primärvården. Utan sådana underlag saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen till en god och nära vård. Regeringen delar utredningens bedömning att detta arbete bör påbörjas skyndsamt.[115]

Det konstateras vidare att regeringen i stället för att gå vidare med den av utredningen föreslagna lagändringen gett Socialstyrelsen ett brett uppdrag om uppföljning av primärvården (se ovan beskrivna uppdrag i tre delar).

3.5.2 Möjliga källor till information om psykisk ohälsa i primärvården

Socialstyrelsen har olika statistiska källor där psykiatriska diagnoser ingår: Diagnoser i sluten vård, Diagnoser i specialiserad öppen vård, DRG i sluten vård, Dödsorsaker, Läkemedel, Missbruk och beroende, Psykiatrisk vård (tvång). Ingen av dessa omfattar det som sker i primärvården, bortsett från läkemedel.

Av läkemedelsregistret går det att utläsa egenskaper på arbetsplatsen där förskrivningen skedde (t.ex. verksamhetsinriktning) och vilket yrke och vilken specialistutbildning förskrivaren har. Det vill säga här kan man få fram information om läkemedel är förskrivna på t.ex. en vårdcentral och/eller av en läkare specialiserad inom allmänmedicin.[116] Dock framgår inte förskrivningsorsak.

[115] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 48.
[116] Socialstyrelsen, *Läkemedelsregistret,* 2020.

Det innebär att om man t.ex. vill studera omfattningen av personer med depression i primärvården och använder förskriven mängd antidepressiva läkemedel som indirekt mått, går det inte med säkerhet att säga om det är förskrivet på indikationen egentlig depression eller annan indikation. Vi har heller inte nationella källor som kan visa på andra typer av behandling än farmakologisk. Utredningen väljer mot denna bakgrund att inte använda läkemedelsförskrivning som en generell approximation för behandling av psykisk ohälsa i primärvården.

Eftersom vårt uppdrag handlar om just hanteringen av psykisk ohälsa i primärvården behöver vi därmed vända oss till andra källor för att försöka få fram information om såväl omfattningen som andra aspekter av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. I det följande undersöker vi några sådana potentiella källor.

Regionernas egen uppföljning av primärvården

Även om vi saknar en systematisk uppföljning av primärvården på nationell nivå så har regionerna utvecklat egna system för att följa den hälso- och sjukvård man är huvudman för, inklusive primärvården. Hur detta görs skiljer sig dock åt mellan regionerna. Detta framgår såväl av hur uppföljningen beskrivs i förfrågningsunderlagen för primärvården (se avsnitt 3.5.5) som av Socialstyrelsens uppföljning av den särskilda satsning på primärvården som fanns med i 2018 års överenskommelse om psykisk hälsa, mellan SKR och regeringen.

Enligt överenskommelsen skulle regionerna som en del av analys och handlingsplan 2018 redovisa:

- uppskattade behov av insatser för psykisk hälsa i primärvården
- uppskattade volymer av insatser för psykisk ohälsa som produceras i primärvården
- eventuellt gap mellan behovet av insatser för psykisk ohälsa i primärvården och de volymer som produceras
- vilka insatser för psykisk hälsa som planeras i primärvården de kommande åren.

Socialstyrelsens uppföljning visade att 13 av 21 regioner rapporterade att de gjort en gap-analys, men analysen visade att enbart fyra hade redovisat någon form av uppskattning gällande volymer av insatser för psykisk ohälsa som producerats i primärvården i respektive region. Även dessa fyra regioner hade redovisat på olika sätt, utifrån t.ex. diagnos, antal besök eller läkemedel. Socialstyrelsens analys visade sammantaget att:

> …ingen region på ett heltäckande och systematiskt sätt i sina handlingsplaner redovisat vilka volymer av insatser gällande psykisk ohälsa som produceras i primärvården. Det finns inget sammanhållet och enhetligt sätt för regioner att mäta och redovisa primärvårdens produktion av insatser inom psykisk hälsa.[117]

PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården och omfattar kvalitetsindikatorer som speglar primärvårdens uppdrag ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Indikatorerna tas fram av representanter från professionsföreningarna och beskriver såväl akuta infektioner som kroniska tillstånd, psykisk ohälsa, rehabilitering samt kärnområden såsom kontinuitet, samsjuklighet, levnadsvanor och prioritering. Varje ämnes-/sjukdomsområde bygger på evidens för åtgärderna och belyses ur flera perspektiv, t.ex. läkemedelsanvändning, återbesök, rehabilitering, psykoterapi samt omvårdnad. Data hämtas automatiskt ur journalerna, vilket regionerna har valt olika tekniska lösningar för. På vårdcentralerna visas egna data ner på individnivå så att vården av enskilda patienter kan följas upp. Nationellt samlas aggregerade data från varje region till Vården i siffror[118] och återkopplas som referens tillbaka till regionerna.[119]

I juni 2020 kunde 950 vårdcentraler följa sina resultat i PrimärvårdsKvalitet (motsvarande cirka 80 procent av landets vårdcentraler). 291 enheter med rehab hade möjlighet att se sin data i PrimärvårdsKvalitet.[120] Under 2020–2021 ansluter regionerna sig successivt för

[117] Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Slutrapport*, 2019.
[118] Vården i siffror är regionernas gemensamma samlingsplats för löpande publicering av data kring hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den är ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och ger ett faktaunderlag för dialog och analys.
[119] Vården i siffror, *PrimärvårdsKvalitet – rapport på vården i siffror*, 2020.
[120] I statistiken inräknas såväl rehab som tillhör en vårdcentral som fristående enheter.

visning av data från PrimärvårdsKvalitet på Vården i siffror. Först ut är Region Gotland, Region Sörmland, Region Västmanland och Region Örebro län. I den första fasen är dock inga indikatorer relaterade till psykisk ohälsa inkluderade.

Psykisk ohälsa – indikatorer

Indikatorsetet för psykisk ohälsa rymmer indikatorer inom följande områden:

- demens
- depression
- kontinuitet
- levnadsvanor (för levnadsvaneindikatorerna finns det underkategorier för demens, depression och stress)
- läkemedel
- prioritering
- samsjuklighet
- samverkan
- ångest
- äldre.

I nuläget är indikatorsetet enbart i bruk på regional nivå. Ett urval av dessa indikatorer förväntas kunna rapporteras på Vården i siffror någon gång under 2021.

Vårdgarantin och väntetidsdatabasen

Ett sätt att skapa sig en bild av i vilken mån primärvården kan möta behoven när det gäller psykisk ohälsa är sedan 2019 – när den förstärkta vårdgarantin trädde i kraft – att titta på i vilken mån regionernas primärvård klarar av att leva upp till vårdgarantin i primärvården (se avsnitt 3.1.2). Enligt den ska patienten få kontakt med primärvården samma dag som den söker kontakt. Tillgängligheten följs upp genom mätningar av telefontillgängligheten i regionernas

primärvård. Primärvården ska också tillhandahålla medicinsk bedömning[121] av relevanta legitimerade professioner såsom t.ex. psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och läkare, inom vårdgarantins tre dagar.

Detta rapporteras av regionerna till väntetidsdatabasen, och redovisas på www.vantetider.se. Även om det finns ett fortsatt behov av utvecklingsarbete för att få bättre kvalitet och mer standardiserad rapportering från de olika regionerna, är möjligheten att följa utvecklingen gällande flera olika professioner, inte bara läkare, ett steg i rätt riktning.

Sjukskrivningar för F-diagnoser

Det finns via Försäkringskassans statistik möjlighet att följa statistik över diagnoser som ligger till grund för sjukskrivningar, och därmed se hur stor del som hänger ihop med psykiatriska diagnoser (F-diagnoser).

Kommunernas hälso- och sjukvård

I enlighet med förarbeten till ädelreformen 1992 är den hälso- och sjukvård som kommunerna sedan dess ansvarar för att erbjuda insatser på primärvårdsnivå. Primärvård är alltså en vårdnivå med både region och kommun som huvudman. Att beskriva arbetet med psykisk ohälsa inom kommunernas hälso- och sjukvård är dock en minst lika stor, om inte större utmaning, än att beskriva regionernas arbete.

Den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården följs upp genom Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Registret innehåller uppgifter om personer som fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt HSL. Men det omfattar inte åtgärder som utförts av annan vårdgivare än kommunen. Det vill säga åtgärder som utförs av legitimerad personal hos privata aktörer som utifrån LOV eller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) t.ex. driver ett säbo för äldre ingår

[121] En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 31).

inte, även om kommunen är huvudman även för den hälso- och sjukvården. Registret omfattar omkring 400 000 personer per år.

Fram t.o.m. 2018 innehåller registret enbart uppgifter om personer som fått någon insats inom den kommunala hälso- och sjukvården, uppdelat per kalendermånad. Från och med 2019 ska kommunerna dock även rapportera uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. Åtgärderna ska vara klassificerade på den mest detaljerade nivån i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Dessutom ska uppgifter lämnas om vilket datum åtgärden utfördes samt vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört åtgärden. På grund av tekniska problem i flertalet kommuner var dock bortfallet så pass stort att det inte var möjligt att publicera de nya uppgifterna för 2019.[122] På sikt bör dock detta register kunna ge en bild av åtgärder kopplade till psykisk ohälsa som genomförts i kommunens primärvård, och av vilka legitimerade professioner.

3.5.3 Omfattning – vad går att säga?

Studier pekar på att cirka en tredjedel av patienterna i väntrummet på en vårdcentral behöver hjälp med psykisk ohälsa.[123] Data från Socialstyrelsen pekar på att majoriteten av alla vuxna som drabbas av depression eller ångestsymtom söker vård i primärvården, och mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård där. Det är också i primärvården som cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Endast cirka 20 procent av patienterna remitteras vidare till specialiserad psykiatri.[124] Men vad kan vi i dagsläget mer säga om dessa personer och den vård de får i den svenska primärvården?

[122] Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019*, 2020.
[123] Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M et al. *Enkät besvarad av över 2000 patienter. Psykisk ohälsa stort problem hos primärvårdens patienter*. Läkartidningen. 2010;107(23):1545-7, 2010, Ansseau et al., *High prevalence of mental disorders in primary care* ,2004, Roca et al., *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*, 2009.
[124] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning,* 2017, uppdaterade 2020, s. 17.

Diagnoser

Som redogjorts för ovan finns ingen systematisk aggregerad uppföljning för primärvården på nationell nivå. Vi kan därför inte med säkerhet säga något om t.ex. antalet diagnoser kopplade till psykiatriska tillstånd som ställs i primärvården, eller hur många personer som söker primärvården för besvär relaterade till psykisk ohälsa. Däremot samlar regioner själva, på olika sätt, in data relaterade till detta. För att visa på hur omfattningen kan se ut i två olika delar av landet tar vi hjälp från Region Blekinge och Västra Götalandsregionen (VGR), samt en specifik vårdcentral i VGR.

Västra Götaland och Närhälsan Frölunda vårdcentral

I VGR ligger Närhälsan Frölunda vårdcentral som har cirka 45 anställda och omsätter cirka 60 miljoner kronor per år. Vårdcentralen har 11 660 listade patienter, och det finns en socioekonomisk utsatthet i populationen (CNI 3,8–3,89, de senaste åren). För att möta befolkningens behov har man här förstärkt vårdcentralens arbete mot psykisk ohälsa med ett psykosocialt team. I teamet arbetar en psykiatrisjuksköterska, tre psykologer, en kurator, en rehabkoordinator och en PTP-psykolog i nära dialog med varandra.

Av vårdcentralens 11 660 listade personer är det cirka 18 procent som har en diagnos kopplad till psykisk ohälsa (F-diagnos). Detta kan jämföras med snittet för VGR som ligger runt 16 procent. Under 2019 hade patienter med F-diagnos i genomsnitt 7 besök per år kopplade till vårdcentralen. Detta kan jämföras med patienter utan F-diagnoser som i genomsnitt hade 3,3 besök. Detta innebär att patienter med psykisk ohälsa har mer än dubbelt så många fysiska eller digifysiska besök på vårdcentralen. De vanligaste F-diagnoserna var ångesttillstånd ospecificerat, blandade ångest- och depressionstillstånd, icke-organisk sömnstörning ospecificerad samt depressiv episod ospecificerad.[125]

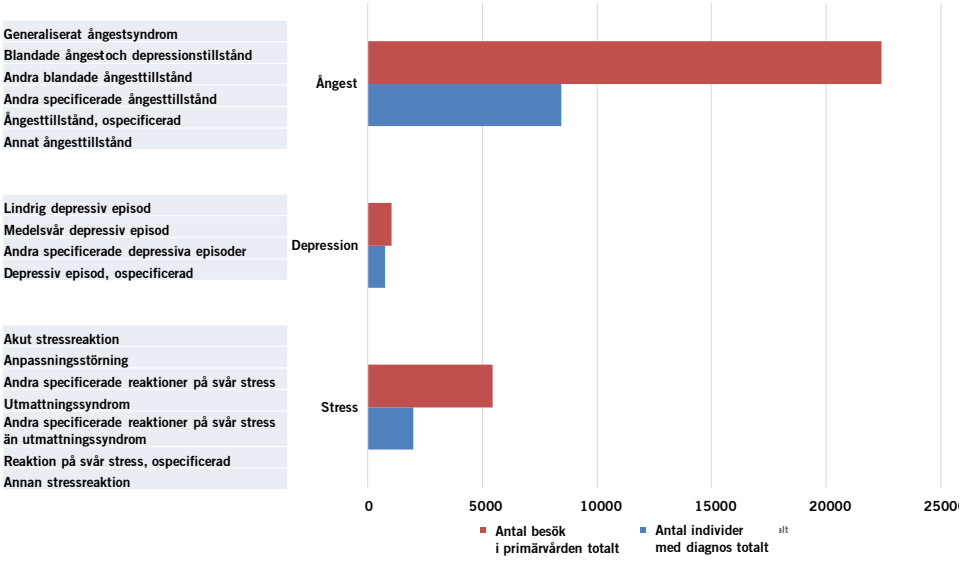
[125] Skriftlig kommunikation med Närhälsan Frölunda vårdcentral. Siffror avseende perioden 190306–200905.

Region Blekinge

Region Blekinge har en befolkning om cirka 160 000 personer. Nedan bild visar en sammanställning av antal besök i primärvården som drivs i egen regi i Blekinge[126] p.g.a. ångest, depression och stress, mellan januari och september 2019. Som framgår är det nästan 29 000 besök p.g.a. dessa tre diagnosområden och drygt 11 000 individer med dessa diagnoser.

Figur 3.1 Antal besök i primärvård p.g.a. ångest, depression och stress

Januari–september 2019



Källa: Blekinge kompetenscentrum, Region Blekinge.

[126] Hösten 2020 var det 12 av 18 vårdcentraler.

Kontakt med primärvården och besök till olika professioner

Som beskrivits ovan (avsnitt 3.5.2) kan vi med hjälp av väntetidsdatabasen få fram data om andelen patienter som fått kontakt med primärvården samma dag kontakt togs, respektive fått medicinsk bedömning inom tre dagar, uppdelat på de olika legitimerade yrkesgrupperna. Våren 2020 var det i genomsnitt 93 procent som fick kontakt med primärvården samma dag (med variationer mellan 80–95 procent hos de olika regionerna).

Vad gäller tillgången till medicinsk bedömning har vi utifrån vårt nuvarande uppdrag valt att titta närmre på de data som rör professionerna kurator, läkare, psykolog och sjuksköterska. Data kan brytas ned på region och vårdcentral, och könsuppdelat. Från mätningen i oktober 2020 kan man notera följande av särskilt intresse. På nationell nivå var det i genomsnitt 42 procent av de som bedömdes behöva träffa en psykolog som fick göra det inom vårdgarantins gräns på tre dagar. Motsvarande siffra för kuratorer var 44 procent. Bakom dessa siffror döljer sig dock stora regionala variationer. För psykologbesök mellan 13 och 87 procent, och för kuratorsbesök mellan 2 och 100 procent.

Det är också stor skillnad på hur många besök som rapporteras in. Tar vi psykologer som exempel har den region som rapporterar minst antal besök bara rapporterat in fyra st., medan den som rapporterat in flest antal besök rapporterat in cirka 4 000. Att omfattningen till viss del skiljer sig är att vänta utifrån olika befolkningsunderlag i olika regioner. Skillnader kan också bero på att det är ett relativt nytt krav på rapportering, där man kommit olika långt med att breddinföra rapporteringen av samtliga legitimerade professioner. Den extremt stora skillnaden mellan olika regioner pekar dock både på behov av vidare arbete med kvalitetssäkring av data, och av en mer jämlik tillgång till (i det här fallet) psykologkompetens.

När det gäller besöken till kuratorer och psykologer är det också stora skillnader mellan män och kvinnor. Av totalt 7 656 besök till psykologer stod kvinnor för 5913besök och män för enbart 2 455. Det vill säga ungefär hälften så många. Motsvarande mönster går igen för kuratorerna där män står för 1 350 besök och kvinnor för 2 997 besök.

Tittar man på siffror för besök till läkare och sjuksköterskor, som fortsatt står för en stor andel av nybesöken (vid behov får man efter det träffa t.ex. en psykolog eller kurator) är andelen som får ett besök inom vårdgarantins tre dagar större. 87 procent för sjuksköterskebesök och 83 procent för läkarbesök. Fördelningen är också betydligt mindre spridd mellan regionerna, och ligger mellan cirka 65 och 94 procent. Även om kvinnor står för en större andel av besöken även till sjuksköterska och läkare så är det inte lika stor skillnad. Männens besök utgör cirka 42–43 procent av besöken.

Sjukfrånvaro

I september 2020 presenterade Försäkringskassan en rapport om sjukskrivning och psykiatriska diagnoser. I den konstateras att det i Sverige är 1,7 procent av befolkningen i arbetsför ålder som under ett år är sjukskriven för en psykiatrisk diagnos, och ytterligare 1,7 procent som har aktivitetsersättning eller sjukersättning. Psykiatriska diagnoser har i Sverige, liksom i många andra länder, blivit den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro.

Det som främst ökat både i Sverige och övriga OECD-länder är dock inte de psykiska sjukdomarna av allvarligare och mer svårbehandlad karaktär, utan de vanligare psykiatriska diagnoserna.

Förstämningssyndrom eller depressioner står för en stor del av sjukfallen och ökade mellan 2005 och 2010 men har därefter minskat. Depressionernas andel har minskat mellan 2010 och 2019 från 42 till 24 procent bland kvinnor och 44 till 31 procent bland män. Övriga ångestsyndrom har ökat något över tid men det som främst har ökat sedan 2010 är den stressrelaterade psykiska ohälsan.

När det gäller den förskjutning som har skett mellan de vanligare psykiatriska diagnoserna, med en minskande andel depressioner och en ökad andel stressreaktioner, så kan det inte uteslutas att en del av förklaringen är s.k. diagnosglidning inom hälso- och sjukvården. Samma symtombild kan således innebära annan diagnossättning. Samsjuklighet är vanligt vid psykisk ohälsa, men också tillsammans med exempelvis smärttillstånd. Vidare var det först några år in på 2000-talet som utmattningssyndrom godkändes som en diagnos och hos vissa av dessa patienter förekom också tydliga depressionssymtom. Sedan 2010 ska diagnoserna för psykiatriska diagnoser, som anges i

läkarintygen som grund för sjukpenning, specificeras på detaljerad 4-ställig nivå. Tidigare studier har visat att för just kategorin F43 (anpassningsstörningar och reaktion på svår stress) har såväl diagnossättning som användandet av detaljerad kodning varierat avsevärt mellan olika delar av landet. Över tid har detta förbättrats. Diagnosstatistiken under senare år ger därför en allt tydligare bild av hur den stressrelaterade ohälsan ser ut. Posttraumatiskt stressyndrom och anpassningsstörningar står för en marginell del av den stressrelaterade psykiska ohälsan. Utmattningssyndrom står däremot för 18 procent av de psykiatriska diagnoserna bland kvinnor och för 13 procent bland män. En stor del utgörs också av akut stressreaktion som står för 15 procent av de psykiatriska diagnoserna bland kvinnor och 12 procent bland män år 2019.[127]

Kommunal hälso- och sjukvård

Eftersom den utökade rapporteringen till Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård inte kom igång under 2019, så finns ännu inte några data kring vilka patientrelaterade åtgärder kopplade till olika dimensioner av psykisk ohälsa som utförts och av vilken legitimerad yrkeskategori. Från 2021 och framåt kommer en sådan kunskap dock förhoppningsvis att kunna börja byggas upp.

3.5.4 Sammanfattande reflektioner

Genomgången i detta delkapitel befäster och understryker behovet av att skyndsamt utveckla en mer systematisk och standardiserad dokumentering och uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Såväl på verksamhetsnivå som på regional och nationell nivå. En systematisk nationell uppföljning förutsätter också ett arbete med att utveckla datakvaliteten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder runtom i landet.

[127] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2019, s. 19–21.

Genom en mer systematisk dokumentation och uppföljning ges förbättrade möjligheter såväl till verksamhetsutveckling som forskning och utveckling av ny kunskap. Detta är avgörande för en effektiv vård med hög kvalitet.

I detta sammanhang ser utredningen det som centralt att ett primärvårdsregister i någon form följer av Socialstyrelsen uppdrag kring möjligheten för nationell insamling av registeruppgifter.

För att sätta mer ljus på, och lära mer om, primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer vi det också som centralt att detta område finns med bland de indikatorer som slutligt väljs för att följa omställningen till god och nära vård. Om primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården måste den ges förutsättningar att vara det för hela människan, såväl dess fysiska som psykiska hälsa.

3.6 Tjänster på distans

3.6.1 En möjlighet till personcentrerad nära vård

I detta avsnitt vill utredningen lyfta och belysa det stora och växande utbudet av distanstjänster relaterade till det psykiska måendet. Som vi beskrivit tidigare i vår målbild och färdplan ser vi digitalisering som en förutsättning för den pågående omställningen av hälso- och sjukvården (se även avsnitt 2.4.1). Här lyfter vi digitaliseringens möjligheter utifrån den enskilde individens perspektiv, men digitaliseringen är förstås också ett verktyg vad gäller att utveckla arbetssätt och metoder i hälso- och sjukvården ur medarbetarperspektiv.

Att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa kan benämnas e-hälsa. E-hälsa har stor potential för behandling av psykisk ohälsa. Digitala kontaktvägar skapar förutsättningar för personcentrerad och nära vård genom att vara ett alternativ till fysisk vårdkontakt och genom möjligheten till kontakt vid andra tidpunkter än vad som kanske varit möjligt tidigare. Samtidigt måste det finnas alternativ till kommunikation för de som inte har möjlighet att använda digitala tjänster. Som alltid i den personcentrerade vården ska insatserna utgå från individens egna behov och preferenser. Liksom vid all vård är det också viktigt att insatserna följs upp, t.ex. vad gäller bortfall under behandlingstid.

3.6.2 Digitala tjänster på området psykisk ohälsa

Former för digital kontakt

Med digitala tjänster avses att tjänsten ges genom digital distanskontakt, dvs. någon form av digital kommunikation. Kommunikationen kan ske genom exempelvis telefoni, videolänk, chatt, e-post, textmeddelanden eller mobilapplikationer. I fråga om innehåll kan det handla både om traditionell behandling vilken, som ett alternativ till fysiskt möte, erbjuds över internet och om råd och stöd i mindre formaliserat format.

Utredningen har tagit del av flera exempel på hur digitala kontaktvägar har använts som ett alternativ till fysisk kontakt inom vården och hur digitala tjänster kan erbjuda människor stöd i sitt psykiska mående. Ett är Piteå hälsocentral som utarbetat en rutin och arbetsmodell för att kunna hantera och behandla en del av sina patienter över telefon. En första slussning görs genom att inringaren genom ett knappval väljer kontaktorsak relaterat till psykisk ohälsa. Därefter gör en sjuksköterska över telefon en bedömning av fortsatta behov utifrån en viss modell för triagering som bl.a. finns för att även annan personal vid behov ska kunna ta samtalen. Ett annat är Östersunds kommun där arbetsterapeuter i kommunen har ersatt många av sina fysiska hembesök med digital distanskontakt över nätet, vilket har förenklat kontakten med vården för patienter som upplever den fysiska kontakten som svår och lett till tidsbesparingar och minskat resande för arbetsterapeuterna. Ett annat exempel är hur framtagande av en mobilapplikation som ger tillgång till sociala internetbaserade aktiviteter, kan minska upplevd ensamhet. Internetbaserad peer support kan också utgöra ett komplement till sedvanlig peer support.

Liksom avseende den somatiska hälsan kan noteras att det finns flera olika privata aktörer som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster digitalt. Vissa av dem tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster mer generellt medan andra är inriktade på psykisk ohälsa.

Internetbaserad KBT

Digitala tjänster inkluderar också behandling som erbjuds via internet. Här kan särskilt nämnas internetbaserad kognitiv beteendeterapi, IKBT, som är en utbredd form av internetbaserad behandling och för vilken det finns evidens om goda resultat.

IKBT kan enligt vetenskaplig evidens ge samma effekt som sedvanlig KBT samtidigt som fyra gånger fler patienter kan få hjälp med internetförmedlad KBT jämfört med KBT i annat format, räknat i effektiv behandlartid. Det är en form av elektroniskt förmedlat självhjälpsprogram där patienten på egen hand arbetar med KBT. Patienten tar del av skrivna instruktioner och genomför därefter själv behandlingen kombinerat med regelbundna självskattningar och stöd av psykolog via ett webbaserat meddelandesystem.[128] Innan en behandling påbörjas görs en bedömning av om behandlingen passar för patienten, vilket sker genom ett vårdbesök eller ett videosamtal. Vid påbörjad behandling får patienten efter inloggning ta del av innehållet i och arbete med behandlingen via en webbplats. Behandlingen kan bestå av texter, filmer, ljudfiler och övningar och brukar vara upplagda i olika moduler. Vanligen ingår att varje vecka ange sitt mående i syfte att behandlaren i fråga ska kunna följa patienten.[129] Behandlingsprogram genom IKBT finns bl.a. för ångest, nedstämdhet, oro, stress och sömnproblem. IKBT erbjuds av flera regioner.

KBT förekommer i de nationella riktlinjerna för depression och ångest som rekommenderad åtgärd vid vissa tillstånd, ibland i kombinationen med andra insatser. Det gäller bl.a. vid lindrig till medelsvår egentlig depression eller generaliserat ångestsyndrom hos vuxna.

3.6.3 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden är en nationell samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård. Man kan besöka 1177.se, logga in för personliga e-tjänster och ringa 1177 för sjukvårdsrådgivning. Bakom 1177 Vårdguiden står den svenska hälso- och sjukvården genom alla regioner i samverkan.

[128] Läkartidningen, *Internet-KBT ger effektiv behandling*, 2017.
[129] 1177 Vårdguiden, *KBT på nätet*, 2019.

Avseende sjukvårdsrådgivningen på telefon driver varje region sin egen verksamhet, i egen regi eller genom upphandlad underleverantör, och de ansvarar själva för att bemanna sin regionala sjukvårdsrådgivning.[130] 20 av regionerna använder Ineras s.k. rådgivningsstöd som beslutsstöd för de sjuksköterskor som bemannar 1177 och som ska bedöma vårdbehovet. Region Stockholm har en egen lösning genom Medhelp, men använder också telefonnumret 1177 samt har tillgång till de medicinska beslutsunderlagen. Alla regioner använder därmed samma medicinska underlag i sjukvårdsrådgivningen i Sverige. Rådgivningsstödet är uppbyggt efter symtom, oavsett orsak till symtomet och består av drygt 180 beslutsunderlag. Beslutsunderlagen är uppbyggda med s.k. symtomrader där varje symtomrad är kopplad till en brådskegrad som indikerar hur bråttom det är för inringaren att söka vård, alternativt om vård inte behöver sökas. Beslutsunderlagen nås via en särskild sökfunktion i systemet efter en sökning på ett visst symtom. De är inte kategoriserade efter fysiska eller psykiska symtom. Ett antal av de 180 beslutsunderlagen kan särskilt anses relatera till psykisk ohälsa, såsom förvirring, minnesstörning, nedstämdhet, oro och ångest, stödsamtal, vanföreställningar och ätstörning. Statistik över dessa sju beslutsunderlag anger att det totala antalet samtal till 1177 är drygt 40 000 och att dessa utgör ungefär 1,5 procent av alla samtal till 1177.[131] Till beslutsunderlagen finns länkar till egenvårdsråd, faktablad för fördjupning och relaterade webbsidor, främst 1177.se. I några relevanta beslutsunderlag finns direktlänk till den ideella föreningen Minds självmordslinje.[132]

1177.se och 1177 på telefon är tjänster som aktiebolaget Inera, ägt av SKR Företag och landets regioner och kommuner, tillhandahåller regionerna. Ineras tjänster avser att stödja digitalisering i offentligt finansierad verksamhet och som exempel på tjänster kan nämnas bl.a.:

- Kvalitetssäkrat innehåll om psykisk ohälsa på 1177.se, UMO.se och Youmo.se.
- Förebyggande och hälsofrämjande råd kring psykisk hälsa, kost, sömn och stress.
- Egenvårdsråd och vårdhänvisningar.

[130] Inera, *1177 Vårdguiden på telefon*, 2020.
[131] I denna statistik ingår inte Region Stockholm i och med deras användning av ett annat system- och verksamhetsstöd.
[132] Skriftlig kommunikation med Inera.

- Samlad information med hänvisningar till stöd och hjälp i vården och i ideell sektor samt till civilsamhällesaktörer.
- Stöd till rådgivande sjuksköterskor gällande brådskegrad och hänvisning via 1177 Vårdguiden på telefon.
- Stöd och behandlingsplattformen där regioner och kommuner kan erbjuda stödprogram i inloggat läge för olika psykiska tillstånd och diagnoser.[133]

3.6.4 Stöd- och hjälplinjer

Ett stort antal föreningar och organisationer erbjuder råd och stöd kring måendet på nätet via chattar och över telefon genom stöd- eller hjälplinjer. I dag finns ett stort och brett utbud av sådana stöd- och hjälplinjer, med olika inriktningar beroende på ålder, behov, problematik m.m. Flera av dem är inriktade på och vänder sig till personer med psykisk ohälsa. Kontakten är kostnadsfri och linjerna drivs till stor del av volontärer, många gånger med egna erfarenheter på området.

Utbudet beskrivet på 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden har på sin webbplats sammanställt stödlinjer och telefonjourer sorterade i olika kategorier; vissa är riktade till barn och unga, andra avser beroendefrågor och ytterligare några relaterar till frågeställningar och mående kopplat till utbrottet av covid-19.

Som exempel kan nämnas Självmordslinjen, Äldrelinjen och Föräldralinjen som den ideella föreningen Mind driver. Självmordslinjen riktar sig till människor med tankar på självmord samt deras närstående och har öppet dygnet runt.[134] Äldrelinjen vänder sig till just äldre personer i behov av att prata och är öppen vardagar 8–19 och helger 10–16.[135] Föräldralinjen, öppen vardagar 10–15 samt torsdagskvällar 19–21, riktar sig till vuxna som är oroliga för sitt eget barn eller för ett barn i sin närhet.[136]

[133] Skriftlig kommunikation med Inera.
[134] Mind, *Självmordslinjen*, 2020.
[135] Mind, *Äldrelinjen*, 2020.
[136] Mind, *Föräldralinjen*, 2020.

Ett annat exempel är Tiliachatten som drivs av den ideella organisationen Tilia, en organisation som vänder sig till unga med bl.a. ångest, oro eller stress och därmed i behov av stöd för ökad psykisk hälsa. Tiliachatten bemannas av volontärer och är öppen varje kväll mellan 21.00–22.30, alla dagar på året, inklusive helgdagar. Verksamheten stöttas bl.a. av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

Vad gäller stödlinjer kan också nämnas det initiativ som togs inom NSPH, mot bakgrund av pågående pandemi och dess påverkan på peer supportrars arbete, till en stödlinje bemannad av just peer supporters. Linjen var inledningsvis aktiv under maj till augusti 2020 och bemannades av utbildade peer supporters med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Den tidigare Nationella Hjälplinjen

Med stöd av statsbidrag från regeringen startade patient-, brukar- och anhörigorganisationer under 2001 en verksamhet i form av en nationell jourtelefon med syfte att ge stöd och rådgivning till människor i akut psykisk kris samt till dessa personers anhöriga och närstående. Linjen bemannades av socionomer, psykologer och psykiatrisjuksköterskor. Jourtelefonen, som kallades Nationella Hjälplinjen, införlivades under 2012 i Inera, som gemensamt ägs av SKR och kommuner och regioner. Under 2019 fattade Inera, med stöd av rekommendationer från regionerna, beslutet att lägga ned den Nationella Hjälplinjen. Avsikten var, enligt regionerna, att integrera stödinsatserna i den reguljära vården. Sedan den 1 januari 2020 är telefonlinjen stängd.

Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje och ska i det sammanhanget beakta de redan etablerade stödlinjer som i dag drivs främst med ideella krafter samt deras roll (se avsnitt 2.4.2).

3.6.5 Sammanfattande reflektioner

I dag finns olika sätt att tillhandahålla vård på distans. Former för detta kan vara e-hälsotjänster, tjänster via telefon eller traditionella behandlingsmetoder som erbjuds via internet. E-hälsolösningar har en särskild potential att tillhandahålla information anpassad till olika

målgrupper och vid det tillfälle som passar individen. Detta kan gälla såväl egenvårdsråd som hur man får kontakt med rätt del av hälso- och sjukvården vid olika behov. I detta avseende har 1177 Vårdguiden en särskild roll, såsom varande regionernas gemensamma plattform för tillhandahållande av sådana tjänster. Även telefontjänster kan fylla denna funktion.

Noterbart är den stora roll som olika stödlinjer drivna av andra aktörer än regionerna själva, ofta frivilligorganisationer, har. Hänvisning sker i dag till sådana stödlinjer trots frånvaro av strukturerade samarbetsformer.

IKBT är ett framgångsrikt exempel på tillgängliggörande av en tjänst via internet. Utredningen ser stor potential i sådan utveckling även vad gäller andra metoder och tjänster. Det gäller såväl i det direkta patientmötet som mellan olika delar av hälso- och sjukvården och dess medarbetare.

Vid utvecklande av alla typer av distanstjänster är det särskilt viktigt att både bejaka möjligheten att inkludera fler, och på nya sätt, än tidigare, men också risken att exkludera de som av olika skäl inte har möjlighet att använda sådana tjänster.

3.7 Kompetenser och utbildningsinsatser

En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är som beskrivits i vår målbild och färdplan en förutsättning för att klara omställningen till en god och nära vård. I enlighet med utredningens direktiv ska vi kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården, analysera vilka utbildningsinsatser som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser. För att hälso- och sjukvården ska fungera är såväl kliniskt verksamma professioner som mer administrativa roller och stödfunktioner av betydelse. Ett väl fungerande administrativt stöd är avgörande för att alla typer av patientnära arbete ska fungera. Detta har vi bl.a. beskrivit i vårt huvudbetänkande.[137] Vårt nuvarande uppdrag rör dock specifikt insatser för att hantera psykisk ohälsa i primärvården. Vår kartläggning fokuserar därmed på de kliniska professioner som främst är involverade i

[137] Se SOU 2020:19, *God och när vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, framför allt kap. 3 och kap. 6.

triagering, rådgivning, bedömning och behandling av patienter med psykisk ohälsa.

Även för denna kartläggning finns utmaningar gällande vilka källor som finns att tillgå. Vad gäller kompetenser och grundutbildningar har vi framför allt utgått från det nationella planeringsstödet som Socialstyrelsen publicerar varje år, som belyser situationen för legitimerade professioner inom hälso- och sjukvården. Det säger dock ingenting om var i hälso- och sjukvården, primärvården eller den specialiserade vården som personalen verkar. Inte heller professionsförbunden har sådana färdigställda sammanställningar över var medlemmarna verkar.

Att säga något om volymer av olika personalkategorier inom primärvården är därmed svårt. Givet det kommunala självstyret är det också upp till huvudmännen att avgöra vilka kompetenser som primärvården behöver bemannas med för att möta behoven vad gäller psykisk ohälsa, och som vi sett i avsnitt 3.4 har man i sina förfrågningsunderlag utryckt detta på olika sätt.

Att ge ett enkelt svar på frågan om vilka kompetenser för psykisk hälsa som i dag finns inom primärvården låter sig alltså inte göras. Utifrån våra dialoger med såväl våra referensgrupper som experter och sakkunniga, samt med olika verksamheter och aktörer runtom i landet, har vi dock fått en bild av hur olika verksamheter arbetar och vilka kompetenser som vanligen efterfrågas för det psykosociala uppdraget i primärvården. Liksom av olika typer av utbildningsinsatser.

I det följande redogörs först övergripande för bedömningar kring tillgång och efterfrågan av olika kompetenser som kan ha roller i vården av psykisk ohälsa i primärvården. Därefter fördjupar vi belysningen av de professioner som utredningen bedömer har, eller borde ha, en tydlig plats i de psykosociala team som i allt större utsträckning inrättas inom primärvården. Därefter tittar vi närmre på några specifika funktioner med betydelse för arbetet med psykisk ohälsa, som på senare år utvecklats inom primärvården. Slutligen görs också en redogörelse för några olika typer av utbildningsinsatser från olika aktörer.

3.7.1 Övergripande om olika kompetenser för psykisk hälsa inom primärvården

Primärvårdens uppdrag är inte avgränsat vad gäller ålder, diagnos- eller patientgrupper, och de olika yrkesgrupper som verkar där behöver en bred generalistkompetens inom sina respektive områden, för att kunna bemöta patienter med såväl fysiska som psykiska vårdbehov. Det gäller t.ex. läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, barnmorskor, dietister och farmaceuter. Men det finns också professioner vars utbildning redan från start är inriktad mot de psykiska vårdbehoven, såsom psykolog, kurator och hälso- och sjukvårdskurator samt psykoterapeut. För samtliga legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården tar Socialstyrelsen årligen fram bedömningar av tillgång och efterfrågan, där flertalet av dessa professioner ingår (utom kurator och undersköterska). Traditionellt har dessa enbart tittat på regionernas hälso- och sjukvård, men i 2020 års redovisning finns också en ansats att säga något om läget i den kommunala hälso- och sjukvården.

Regionernas hälso- och sjukvård

Samtliga regioner rapporterade 2019 brist på specialistsjuksköterskor, och 20 av 21 bedömde att de även har brist på grundutbildade sjuksköterskor. I 19 regioner bedömdes det råda brist på psykologer och specialistläkare. Regionerna eller andra arbetsgivare bedömde att det var brist på åtminstone 18 av de 21 legitimationsyrkena. Antalet yrken som det bedömdes råda brist inom varierade dock mellan regionerna. Bristen uppgavs även variera inom regionerna och vara som störst utanför städerna. Det var främst erfaren personal som saknades.

För vissa yrkesgrupper var skillnaderna stora mellan de län som hade högst respektive lägst tillgång. Exempelvis fanns det 2017 i Uppsala län nästan 120 psykologer per 100 000 invånare medan Norrbotten hade färre än 40 per 100 000 invånare.[138] Och 2016 hade Stockholms sjukvårdsregion nästan dubbelt så många psykiatriker

[138] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet,* 2020, s. 18.

per invånare som de övriga sjukvårdsregionerna. Samma sak gäller för psykologer och psykoterapeuter.[139]

Inom några yrkesgrupper var en relativt stor andel av de sysselsatta 65 år eller äldre, exempelvis 30 procent av psykoterapeuterna. Bland sysselsatta psykologer, läkare och tandläkare var 13, 12 respektive 10 procent 65 år eller äldre. Det har rapporterats att andelen regionanställd vårdpersonal som arbetade efter 65 års ålder ökade från 1 till 5 procent mellan 2005 och 2017, och de flesta arbetade deltid eller på timbasis.[140]

Psykologer och dietister hörde till de yrkesgrupper där antalet legitimerade och sysselsatta ökade med mer än 5 procent per 100 000 invånare 2013–2017 (det bör dock noteras att ökningen skett från en mycket låg nivå för dietisterna). Tillgången per invånare ökade med mellan 1 och 5 procent för arbetsterapeuter, fysioterapeuter, och läkare, och minskade med mellan 0,6 och 5 procent för t.ex. psykoterapeuter och sjuksköterskor.[141] Dessa siffror stämmer överens med att söktrycket till psykologutbildningen var 9,6 förstahandssökande per antagen. Höga söktryck har även utbildningarna till läkare (5,3), dietist (4,8) och fysioterapeut (4,3). Utbildningen till psykoterapeut hör dock till dem med lägst söktryck (1,3).[142]

Kommunernas hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla uppföljningen av omställningen mot en nära vård. Inom ramen för det uppdraget har en enkät skickats till kommunerna, inklusive frågor om tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård. Svar har inkommit från 226 av 290 kommuner (78 procent) fördelade på samtliga regioner. Följande legitimationsyrken har inkluderats i enkäten: sjuksköterska, specialistsjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och farmaceut.

[139] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 28.
[140] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet,* 2020, s. 17.
[141] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet,* 2020, s. 19
[142] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 25.

Kommunernas bedömningar skiljer sig från de som regionerna har gjort. Medan 95 procent av regionerna bedömer att de har brist på sjuksköterskor görs motsvarande uppskattning av 58 procent av kommunerna. Enligt bedömningarna är även specialistsjuksköterskebristen mer utbredd i regionerna än i kommunerna. Samtliga regioner bedömer att de har brist på specialistsjuksköterskor jämfört med 74 procent av kommunerna. Av 226 kommuner uppger 14 st. (6 procent) att yrkesgruppen inte finns i deras verksamhet. Kommunerna har generellt inte uppgett specifika specialiteter som det råder brist inom men en kommun anger att det är brist på specialistsjuksköterskor inom vård av äldre.

Medan 67 procent av regionerna uppskattar att de har brist på arbetsterapeuter görs motsvarande bedömning av 47 procent av kommunerna. Fysioterapeuter tycks i stället saknas i större utsträckning i kommunerna än i regionerna. Drygt hälften av de kommuner som har svarat, 53 procent, bedömer att det är brist på fysioterapeuter, jämfört med 48 procent av regionerna.[143]

3.7.2 Fördjupning i några professioner

I det följande gör utredningen en något fördjupad kartläggning av de professioner som utredningen bedömer har, eller borde ha, en tydlig plats i de psykosociala team som i allt större utsträckning inrättas inom primärvården, i olika kombinationer. Vi tittar dels på de övergripande examensbeskrivningar för respektive yrke som återfinns i examensordningen[144] och dels på vad som går att säga om tillgång och efterfrågan på de olika professionerna.

I examensordningen anges målen med utbildningen och vilka kunskaper och färdigheter m.m. som ska erhållas för examen, den s.k. examensbeskrivningen. Generella kunskaper och förståelser, färdigheter och förmågor samt förhållningssätt som krävs för alla inom en viss utbildning. Dessa mål är på en relativt övergripande nivå, och kompletteras sedan med de preciserade krav som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

[143] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 29 f; Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2020, s. 49.

[144] Bil. 2 till högskoleförordningen innehåller examensordningen. Här anges vilka examina som får avläggas och vilka krav studenterna ska uppfylla för respektive examen.

Då examensbeskrivningen är den ”minsta gemensamma nämnaren” för alla utbildade med en viss examen väljer utredningen att visa på hur dessa övergripande krav delvis skiljer sig åt mellan de professioner som förekommer i psykosociala team i primärvården. Mot denna bakgrund har vi valt att i vår kartläggning lyfta fram de olika målbeskrivningar kopplade till respektive profession som vi finner särskilt relevanta i förhållande till vår utrednings uppdrag. När möjligt och relevant har vi också tittat på kraven för specialiseringar relaterade till psykisk ohälsa. Det är dock inte en komplett redogörelse för respektive professions målbeskrivningar.

Det bör också framhållas att flera målbeskrivningar, som också är av betydelse, är gemensamma för flertalet professioner som verkar inom hälso- och sjukvården. Det gäller t.ex. krav på att studenten ska; visa självkännedom och empatisk förmåga; visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna; visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående; visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper.

Slutligen bör även noteras att det i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa även förekommer andra, icke-legitimerade yrkesgrupper, med beteckningar såsom samtalsterapeuter, samtalsbehandlare, KBT-behandlare, steg 1-utbildade eller liknande. Då dessa inte är reglerade titlar finns det dock ingen fastslagen standard för vilka kompetenskrav som ska gälla för dessa, och inte heller någon systematisk uppföljning av dessa på nationell nivå.

Psykolog

Examen

Psykologexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår bl.a. att studenten ska:

– visa fördjupad kunskap om psykologiska metoder för utredning och åtgärd avseende individer, grupper och organisationer,

– visa fördjupad kunskap och förståelse för samhälls- och familjeförhållanden som påverkar olika grupper och individer, såväl barn som kvinnor och män,

– visa fördjupad förmåga att bedriva psykologisk behandling,
– visa förmåga att under handledning bedriva psykoterapi.

Enligt Socialstyrelsens statistik för 2017 var antalet legitimerade och sysselsatta psykologer under 65 år 8 920 st. Antalet legitimerade psykologer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården var 8 519 och av dem som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården hade knappt 1 800 även en psykoterapeutlegitimation. Enligt SKR arbetade 4 300 i regioner och 1 100 i kommuner 2017. År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på psykologer, och antal helårsarbetare som uppskattades saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 201 st.

Utbildningen ges vid elva lärosäten och läsåret 2018/2019 tog knappt 630 personer psykologexamen. År 2018 utfärdades 603 legitimationer. Söktrycket till utbildningen är högt, 9,6 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Specialistordning

Psykologförbundet driver sedan 1992 en reglerad specialistutbildning för psykologer. I dagsläget finns det tio specialiteter. Flera av specialiteterna är i huvudsak kliniska, men andra inriktningar finns, som pedagogisk psykologi och arbets- och organisationspsykologi. Inom ramen för en specialisttjänst kan psykologen åläggas att ansvara för svåra ärenden, handledning och konsultation till såväl psykologer som andra yrkeskategorier, utveckling av metoder och arbetssätt.

För primärvården är följande specialistinriktningar relevanta. Hälsopsykologi, som är ett brett specialistområde, definieras av sambandet mellan mänskligt beteende, psykiska och kulturella faktorer och mellan kroppslig och psykisk hälsa och ohälsa genom hela livscykeln. Klinisk vuxenpsykologi samt klinisk barn- och ungdomspsykologi är också två breda specialiteter som fördjupar kompetensen att bedöma, utreda, diagnosticera, behandla, följa upp samt förebygga psykisk ohälsa och psykiatriska problem. Neuropsykologi kan vara relevant specialistinriktning och fylla funktion vid fördjupad bedömning av kognitiva förmågor vid misstänkt neuropsykiatrisk problematik

eller vid kognitiv svikt vid exempelvis stresstillstånd. En sådan specialisttjänst kan med fördel nyttjas av flera vårdcentraler.

Kurator med socionomexamen

Examen

Socionomexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa kunskap om och förståelse för samspelet mellan individers och gruppers sociala situation, levnadsvillkor, fysiska och psykiska hälsa samt funktionsförmåga i förhållande till samhälleliga och andra bakomliggande faktorer.
- Visa förmåga att förstå, utreda och analysera sociala processer och problem.
- Visa förmåga att identifiera, strukturera, utreda och utvärdera insatser på individ-, grupp- och samhällsnivå.
- Visa kunskap om och förståelse för barns behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser.

Eftersom kurator med socionomexamen inte är ett legitimationsyrke ingår de inte i Socialstyrelsens statistik över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Söktrycket till utbildningen var höstterminen 2020 3,6 sökande per antagen.[145] Läsåret 2019/20 examinerades 2 174 socionomer i Sverige.[146]

[145] UKÄ, *Antal sökande per antagen (söktryck) till yrkesexamensprogram – socionomexamen HT 2020*, 2020.
[146] UKÄ, *Antal examina. Socionomexamina 2019/2020*.

Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen

Examen

Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen är en examen på avancerad nivå.[147] Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa fördjupad kunskap om och förståelse för hur sociala och psykosociala faktorer samspelar med hälsa och ohälsa på individ-, grupp- och samhällsnivå.
- Visa kunskap om och förståelse för hur hälsa och ohälsa kan påverka individer och närstående.
- Visa kunskap om och förståelse för sorg, kriser, förluster och trauman.
- Visa förmåga att självständigt utreda och bedöma individers sociala situation i relation till relevanta vård- och omvårdnadssituationer och med utgångspunkt i detta föreslå sociala och psykosociala insatser.
- Visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienter och deras närstående planera, genomföra och utvärdera sociala och psykosociala insatser på individ- och gruppnivå.

Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer infördes den 1 juli 2019. Eftersom Socialstyrelsens senaste statistik om tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesgrupper bygger på data från 2017 går det i nuläget inte att på samma sätt som för övriga grupper beskriva storleken på, och behov av, yrkesgruppen. Det kan dock konstateras att sedan den 1 juli 2019 fram till februari 2020 hade Socialstyrelsen utfärdat omkring 990 legitimationer till hälso- och sjukvårdskuratorer.

På sikt blir grunden för legitimation en hälso- och sjukvårdskuratorsexamen, vilket kräver en ny yrkesutbildning om 60 högskolepoäng efter socionomutbildning eller motsvarande. Fram till den 1 juli 2024 kan de som saknar en hälso- och sjukvårdskuratorsexamen ansöka om legitimation enligt övergångsbestämmelser, om de har varit verksamma som kuratorer inom hälso- och sjukvården i

[147] Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 60 högskolepoäng. Det ställs också krav på avlagd socionomexamen eller annan motsvarande examen.

minst fem år motsvarande heltid eller i minst två år om de har en vidareutbildning.[148]

Legitimerad psykoterapeut

Examen

Psykoterapeutexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa fördjupad kunskap om och förståelse för olika psykoterapiformer, olika psykiska sjukdomstillstånd samt psykiatrisk diagnostik.
- Visa kunskap och förståelse för relevanta samhälls- och familjeförhållanden som påverkar individer och grupper.
- Visa sådana fördjupade färdigheter som krävs för att självständigt genomföra diagnostiska bedömningar samt upprätta, genomföra och kritiskt utvärdera psykoterapeutiska behandlingsprogram inom ett av områdena individual-, grupp- eller familjeterapi.

Psykoterapeut skiljer sig från de flesta övriga legitimerade yrken inom hälso- och sjukvården på så sätt att examen och legitimation grundar sig på en påbyggnadsutbildning om 90 högskolepoäng. För behörighet krävs examen som psykolog, specialistläkare inom psykiatri, socionom eller annan motsvarande examen. Med ”annan motsvarande examen” följer alltså att flera olika hälso- och sjukvårdsyrken kan ligga till grund för examen i psykoterapi. Vid examen som socionom eller ”annan motsvarande examen” krävs enligt högskoleförordningen också grundläggande psykoterapiutbildning. För psykologer och specialistläkare inom psykiatri ingår redan grundläggande psykoterapiutbildning i deras utbildningar.

Att flera olika hälso- och sjukvårdsyrken kan ligga till grund för examen i psykoterapi speglas i sammansättningen av de knappt 5 000 legitimerade och sysselsatta psykoterapeuter som 2017 var verksamma. Av dem hade drygt 2 000 en psykologlegitimation, knappt 340 en läkarlegitimation, drygt 330 en sjuksköterskelegitimation, cirka 70

[148] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 24.

en fysioterapeutlegitimation, cirka 40 en arbetsterapeutlegitimation och knappt 40 en annan legitimation.

Enligt Socialstyrelsens statistik fanns det år 2017 3 457 st. legitimerade och sysselsatta psykoterapeuter under 65 år. Antalet sysselsatta legitimerade psykoterapeuter i hälso- och sjukvården var samma år 4 125. Mer än 50 procent av psykoterapeuterna inom hälso- och sjukvården 2017 var 60 år eller äldre.[149] Det kan också noteras att majoriteten av psykoterapeuterna var sysselsatta i privat sektor.

Från regionernas sida var det 8 av 20 regioner som bedömde brist på psykoterapeuter medan 12 regioner bedömde att det är balans.[150] Antalet helårsarbetare som uppskattades saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 21 st. Här kan noteras att många legitimerade psykoterapeuter arbetar under andra titlar, då de ofta är anställda i sin grundprofession och inte i sitt specialistyrke, vilket kan påverka bilden av efterfrågan och brist.

Ser man till utbildningen av psykoterapeuter så tog knappt 160 personer examen läsåret 2018/19 och 210 st. legitimationer utfärdades 2018. Utbildningen finns på tio lärosäten, men antagning sker inte varje år på alla orter. Söktrycket var 1,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Historik

Då psykoterapeututbildningen skiljer sig från andra utbildningar genom att vara en påbyggnadsutbildning och den i olika grad varit reglerad under åren, finns skäl att kort redogöra för utbildningens historik och utveckling.

Fram till 1977 gavs utbildning i psykoterapi främst av föreningar och institut som internutbildning vid vårdinstitutioner och i viss utsträckning inom psykologutbildningen. År 1978 infördes en statlig psykoterapiutbildning, vilken delades upp i två steg. Steg 1 bestod i en allmän orientering med avsikt att ge tillräcklig kompetens för att ingå i ett team eller bedriva psykoterapi under handledning. Steg 2 bestod i att ge färdigheter att behandla samt behörighet att självständigt bedriva psykoterapi. Ett uttalat syfte med steg 1 var att det

[149] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 85.
[150] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020.

skulle utgöra *både* en vidareutbildning för olika yrkesgrupper som skulle ingå i psykoterapeutiska och psykiatriska vårdteam *och* en grund för de som sen skulle läsa steg 2. Steg 1 hade således ett dubbelt syfte. Utvärderingar pekade dock på att steg 1 inte lyckats motsvara förväntningarna om att vara en allmän utbildning för olika vårdyrken. Det ledde till en förändrad utbildning. När dåvarande Universitets- och högskoleämbetet föreslog en förändrad utbildning gjordes psykoterapiutbildningen i stället till en odelad påbyggnadsutbildning om 90 högskolepoäng. Den fick behörighetskrav så att bara de med psykoterapi i sin grund- eller fortbildning var behöriga, således psykologer, läkare med specialisering inom psykiatri, socionomer med den fortbildningskurs med inriktning i psykoterapi som då planerades samt andra, såsom t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter, under förutsättning att de hade fortbildning med inriktning psykoterapi. Därigenom fyllde steg 1-utbildningen inte längre något syfte och staten skulle därmed inte längre ansvara för den. I stället såg man att behovet av psykoterapeutisk allmänbildning borde uppfyllas genom kontaktmannautbildningar, utbildningar i psykoterapeutiskt förhållningssätt osv. Uppdelningen av utbildningen i två steg upphörde alltså formellt 1985.

I och med 1993 års högskolereform infördes en psykoterapeutexamen. Att denna examen infördes torde hänga samman med att yrkesexamina normalt infördes för legitimerade grupper. Det innebar att mål för utbildningen ställdes upp, medan den statliga regleringen av utbildningens innehåll upphörde. I beskrivningen av psykoterapeutexamen fanns en uppräkning av behöriga grupper, varav ”socionomer med föreskriven komplettering” var en. När examensbeskrivningen gjordes om 2007 infördes ”grundläggande psykoterapiutbildning” som behörighetskrav på det sätt som fortfarande gäller.[151]

Grundläggande psykoterapiutbildning i dag

Som framgår av ovan hänvisar examensordningen för psykoterapeutexamen till vad som benämns grundläggande psykoterapiutbildning. Sådana kan ges av ett stort antal utbildningsanordnare och kan benämnas på flera sätt, förutom som just grundläggande psykoterapiutbildning t.ex. som basutbildning i psykoterapi, steg 1-utbildning

[151] Högskoleverket, *En ny psykoterapeutexamen*, Rapport 2011:20 R, 2011, s. 11–13.

eller liknande. Majoriteten av anordnarna av psykoterapeutprogrammet förhåller sig dock till behörighetskravet på grundläggande psykoterapiutbildning som motsvarande den tidigare statligt reglerade steg 1-utbildningen. Innehållet i den grundläggande psykoterapiutbildningen granskas särskilt vid antagning. Trots att flera utbildningar kallas grundläggande psykoterapiutbildning, ger alla således inte behörighet till psykoterapeutprogrammen.[152]

En del grundläggande psykoterapiutbildningar ges av statliga högskolor eller av enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda psykoterapeutexamen, medan andra ligger helt utanför högskolan. Eftersom den sistnämnda gruppen inte står under statlig tillsyn eller ingår i något rapporteringssystem finns inte något enkelt sätt att kartlägga den. De olika anordnarna har varierande behörighetskrav. De flesta anger att de vänder sig till yrkesgrupper inom vården och att sökanden ska ha högskolebehörighet. Kravet på faktisk högskolebehörighet är dock inte lika uttalat, i några fall ställs inga krav på utbildning för behörighet, eller bara krav på gymnasiekompetens. Även innehållet i utbildningarna varierar. Många har inriktning mot KBT, familjeterapi eller psykodynamisk terapi, men även t.ex. motiverande samtal förekommer. Längden varierar mellan tre och sex terminer. Yrkeserfarenhet krävs hos vissa. Ungefär hälften kräver att studenten har anställning med inslag av psykoterapi.

Sjuksköterska och specialistsjuksköterska

Såväl grundutbildade sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor med olika inriktning fyller viktiga roller i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Sjuksköterskor är ofta den första ingången till hälso-/vårdcentralens verksamheter, och har därmed en avgörande funktion vad gäller triagering. I distriktssköterskans kompetens ingår ofta särskild förmåga att möta människor med komplexa behov och arbeta med förebyggande insatser. Även specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård respektive vård av äldre är särskilt relevanta i sammanhanget.

[152] Skriftlig kommunikation med SSR:s psykoterapeutförening.

Sjuksköterska – examensbeskrivning

Sjuksköterskeexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

– Visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienten och närstående identifiera vårdbehov, upprätta omvårdnadsplan samt ge vård och behandling.
– Visa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Specialistsjuksköterska – examensbeskrivning

Specialistsjuksköterskeexamen är en examen på avancerad nivå, med olika inriktningar. Av examensbeskrivningen framgår att studenten för specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot psykiatrisk vård* ska:

– Visa förmåga att observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov.
– Visa förmåga att möta människor i kris.
– Visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg.

Det framgår vidare att för specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot vård av äldre* ska studenten:

– Visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja den fysiska, psykiska och sociala hälsan och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer.
– Visa förmåga att hos äldre patienter observera och bedöma komplexa behov av vård och rehabilitering.

För specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot distriktssköterska* ska studenten:

- Visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja fysisk, psykisk och social hälsa hos patienter och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer.
- Visa förmåga att observera och bedöma komplexa behov av vård, habilitering och rehabilitering hos patienter.
- Visa sådan kunskap som krävs för att ansvara för hälsoundersökning och vaccinationsverksamhet.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 116 100 legitimerade och sysselsatta sjuksköterskor under 65 år. 109 515 legitimerade sjuksköterskor var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR var 70 000 verksamma i regioner och 18 000 i kommuner. År 2019 var det 20 av 21 regioner som redovisade brist på grundutbildade sjuksköterskor och 132 av 226 rapporterande kommuner rapporterade brist. Antalet helårsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 790 grundutbildade sjuksköterskor. Det kan särskilt noterats att omkring 90 procent av arbetsgivarna redovisade brist på nyexaminerade och yrkeserfarna specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård, och stora pensionsavgångar väntas. 168 av 226 rapporterande kommuner rapporterade brist på specialistsjuksköterskor. Grundutbildningen ges vid 24 lärosäten och läsåret 2018/2019 avlade drygt 4 400 personer examen. År 2018 utfärdades 4 839 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 2,1 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.[153]

[153] Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet*, 2020; Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2020 s. 49.

Läkare och specialist i allmänmedicin

Examensbeskrivning läkare[154]

Läkarexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

– Visa kunskap om, och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för individer och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv.

– Visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande av patienter och deras närstående med respekt för patienternas och deras närståendes integritet, behov, kunskaper och erfarenheter.

– Visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden ur patofysiologiskt och psykosocialt samt andra relevanta perspektiv och i samverkan med patienten handlägga dessa.

– Visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda och grupper samt att redogöra för hur sådant arbete bedrivs på samhällsnivå.

Specialist i allmänmedicin – målbeskrivning

I Socialstyrelsens målbeskrivningar för läkares specialiseringstjänstgöring[155] (ST) finns kompetensbeskrivningar för de olika specialiteterna.[156] För allmänmedicin anges det att specialiteten karaktäriseras av:

- Mötet med patienten.
- Kompetens i bedömning och behandling av patienter i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem, inklusive upplevelser och besvär som inte är orsakade av någon definierbar sjukdom.
- Arbete som vanligen utförs på en vårdenhet med mottagningsverksamhet inom primärvården.

[154] Utbildning i enlighet med den nya examensbeskrivningen kommer att ges hösten 2021.
[155] Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring Målbeskrivningar 2015*, 2015.
[156] Obs. att ny version är under utarbetande.

I kompetensen ingår att kunna följa en individs olika hälsoproblem över tid och i bedömningen av hälsoproblemen väga in personens hela livssituation.

Det kan vidare noteras att delmål 13.c specifikt fastslår att den specialistkompetenta läkaren ska behärska handläggning av vanliga och viktiga psykiska sjukdomar med betoning på de stora folksjukdomarna.

Enligt Socialstyrelsens statistik fanns det 2017 43 200 legitimerade och sysselsatta läkare, varav nästan 40 000 inom hälso- och sjukvården. Samma år fanns det 31 800 sysselsatta specialistläkare, varav drygt 29 000 inom hälso- och sjukvården. År 2018 utfärdades 2 064 specialistbevis. Flest inom allmänmedicin (471), internmedicin (179) och psykiatri (130). År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på specialistläkare. Det totala uppskattade behovet uppgår till 1 252 helårsarbetare, varav 686 inom allmänmedicin och 144 inom psykiatri. Det uppskattade behovet av allmänläkare och psykiatriker skiljer sig mellan regionerna och uppgår till 12–80 per region för allmänmedicinare och 2–41 per region för psykiatriker.

2018 utfärdades 2 306 legitimationer. 51 procent till utbildade i Sverige, 37 procent inom EU eller EES (främst Polen, Danmark och Rumänien), och 12 procent utanför EU eller EES. Läsåret 2018/2019 tog drygt 1 300 personer läkarexamen. Söktrycket var 5,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Fysioterapeut

Examen

Fysioterapeutexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

– visa förmåga att självständigt och i samverkan med individen genomföra fysioterapeutiska åtgärder samt förmåga att initiera och medverka i hälsofrämjande, behandlande, habiliterande och rehabiliterande arbete på individ-, grupp- eller samhällsnivå.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 15 842 legitimerade och sysselsatta fysioterapeuter under 65 år. 13 611 legitimerade fysioterapeuter var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR

arbetade omkring 6 000 i regioner och drygt 2 000 i kommuner 2017. År 2019 var det 10 av 21 regioner som redovisade brist på grundutbildade fysioterapeuter och 11 balans. 119 (av 226 rapporterande) kommuner rapporterade brist. Antalet helårsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 61 fysioterapeuter.

Grundutbildningen ges vid åtta lärosäten och läsåret 2018/2019 avlade drygt 490 personer examen. År 2018 utfärdades 927 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 4,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Specialistordning – mental hälsa

Specialistutbildning inom mental hälsa enligt Fysioterapeuternas specialistordning är en utbildning på avancerad nivå som förutom klinisk tjänstgöring under handledning innehåller en magisterexamen.[157] Målet för fysioterapi inom psykiatri och psykosomatik är att minska graden av funktionshinder samt höja graden av hälsa och välbefinnande hos barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa och sjukdom. Detta kan yttra sig i störningar i relationen till den egna kroppen, kroppsupplevelse och/eller rörelsebeteende.

Insatserna utgår från ett bio-psyko-socialt perspektiv på ohälsa och sjukdom med tonvikt på den psykosomatiska förståelsen av sambandet mellan kropp och psyke. Individens självkänsla, kopplad till kroppsupplevelse och rörelsefunktion är i fokus, därtill att aktivera individens egna resurser till hälsa, återhämtning och livskvalitet.

Behandlingsinsatserna omfattar, förutom fysisk aktivitet och träning, strategier för att öka medvetenheten om den egna hälsan och kroppen samt för att öka förmåga att identifiera, hantera och reglera kroppsliga förnimmelser, såväl sensoriska som emotionella samt förbättra den sensomotoriska funktionen. Mötet/interaktionsprocessen används medvetet som en del av behandlingen.

Specialiteten bedrivs i såväl öppna som slutna vårdformer, offentligt och privat, samt i övrig verksamhet i den mån arbetssättet är psykiatriskt eller psykosomatiskt inriktat. I dag finns ett 70-tal specialister inom mental hälsa i landet med störst antal i Stockholmsområdet.[158] Arbetet utförs ofta i samverkan med multidisciplinära

[157] Fysioterapeuterna, *Specialistordning för fysioterapeuter, Inrättad 1993*, 2014.
[158] Skriftlig kommunikation med Fysioterapeuterna.

team eller andra enskilda vårdgivare. Samverkan sker inom och utom hälso- och sjukvårdssystemet i olika former av team och andra interprofessionella sammanhang. Dessutom sker samverkan med berörd personal inom primärvård, kommunal vård inklusive hemtjänst, socialtjänst, Försäkringskassan, arbetsvårdande myndigheter, skola, med arbetsledare och företagshälsovård samt med närstående.

Arbetsterapeut[159]

Examen

Arbetsterapeutexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa förmåga att självständigt och i samverkan med individen genomföra arbetsterapeutiska åtgärder som förebygger, förbättrar och kompenserar nedsatt aktivitetsförmåga.
- Visa förmåga att identifiera och genomföra miljöinriktade åtgärder både på individ-, grupp- och samhällsnivå.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 11 464 legitimerade och sysselsatta arbetsterapeuter under 65 år. 9 436 legitimerade arbetsterapeuter var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR arbetade omkring knappt 3 700 i regioner och drygt 3 400 i kommuner 2017. År 2019 var det 14 regioner som bedömde att det var brist och 7 som redovisade balans i efterfrågan på arbetsterapeuter. 105 av 226 rapporterande kommuner rapporterade brist. Antalet heltidsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 65 arbetsterapeuter.

Utbildningen ges vid åtta[160] lärosäten och läsåret 2018/2019 tog drygt 415 personer examen. År 2018 utfärdades 451 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 1,5 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

[159] Även arbetsterapeuterna har en specialitetsordning, med en annan struktur, där det inte finns någon enskild inriktning mot psykisk ohälsa. Fem områden är definierade: Arbetsliv och utbildning, Folkhälsa, Habilitering och funktionshinder, Hälso- och sjukvård samt Äldrevård och äldreomsorg. För varje område gäller att verksamheten bedrivs oberoende av huvudman.
[160] I nuläget åtta st. men under 2020 beslutade Uppsala universitet att arbeta för att kunna erbjuda utbildning till arbetsterapeutexamen. Arbetet med att bygga upp programmet är igång och det kommer förhoppningsvis kunna starta hösten 2022.

Barnmorskor, dietister och apotekare

Utredningen vill också uppmärksamma följande yrkesgrupper som även de har viktiga roller relaterade till primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa, även om de vanligen inte är del av de psykosociala teamen.

Barnmorskor

Under graviditet och efter förlossning är risken förhöjd att drabbas av psykisk ohälsa. Mödrahälsovården är en del av primärvården[161] och barnmorskor inom mödrahälsovården har kontinuerlig kontakt med föräldrarna och spelar här en stor roll för att identifiera psykisk ohälsa, stödja och hjälpa till rätt vårdinstans. Barnmorskan är ofta spindeln i nätet och den som samordnar vårdkontakter och eventuella socialtjänstkontakter.

Att uppmärksamma och motivera gravida med psykisk ohälsa och sjukdom att ta emot stöd och behandling både för sin egen, familjens och det väntade barnets skull är ett centralt uppdrag för barnmorskorna inom mödrahälsovården.

Dietister

Även om dietisten inte är den profession som i första hand behandlar den psykiska ohälsan, så är det vanligt att dietister i primärvården träffar patienter p.g.a. konsekvenserna av den psykiska ohälsan. För dietister finns också möjlighet till specialisering inom psykiatri i allmänhet och med särskild inriktning mot ätstörningar samt inom psykoterapi.[162]

Vanliga tillstånd där psykisk ohälsa kan vara ett grundproblem eller där tillståndet i sig ger psykisk ohälsa och där dietister ofta är inkopplade är t.ex. övervikt, Irritable Bowel Syndrome (ibs), ätstörningar, metabolt syndrom/diabetes typ 2, eller ohälsosamma matvanor generellt. Utifrån detta kan dietister tillföra central kompetens till teamen runt patienter med psykisk ohälsa, såväl i regionernas som kommunernas primärvård.[163]

[161] Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare mm.*, s. 46 f.
[162] Dietisternas Riksförbund, *Specialistordning för dietister, inrättad 2011*, 2020.
[163] Skriftlig kommunikation med Dietisterna riksförbund.

Apotekare

Kunskap om läkemedel och läkemedelsanvändning är många gånger central i omhändertagandet av patienter som lider av psykisk ohälsa. Många läkemedel som används vid psykiatriska indikationer har interaktioner med andra läkemedel, som behöver hanteras och förklaras. Patientgruppen kan också behöva extra stöd i sin läkemedelsanvändning, p.g.a. att medicinerna inledningsvis kan leda till fluktuationer i det psykiska måendet och att en del läkemedel har beroendepotential.

Farmaceutisk kompetens kan därmed också vara en viktig komponent i en stärkt primärvård, rustad för att hantera psykisk ohälsa. Här har apotekare i primärvården en viktig roll, bl.a. vid läkemedelsgenomgångar, inklusive vid läkemedelsgenomgångar på särskilda boenden och med patienter inskrivna i hemsjukvården.

Av särskild vikt i kommunens primärvård

Särskilt om undersköterskor

Undersköterskor, eller motsvarande, är den största personalgruppen inom den kommunala hälso- och sjukvården. De har därmed en central roll i förhållande till den psykiska hälsan hos dem som får insatser av den kommunala hälso- och sjukvården, inte minst vad gäller att identifiera och uppmärksamma psykisk ohälsa hos dessa personer.

Att bedöma det exakta antalet yrkesverksamma undersköterskor är komplicerat och beror delvis på vilken beräkningsgrund som väljs: utbildning, yrkestitel eller arbetsuppgifter. Enligt yrkesregistret med yrkesstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) finns det i dag cirka 187 000 yrkesverksamma undersköterskor. Antalet ökar betydligt om personal i närliggande yrkeskategorier såsom behandlingsassistenter och socialpedagoger, skötare, vårdare och boendestödjare räknas in. Sådan personal kan ha en utbildning med inriktning mot vård och omsorg. Med utgångspunkt i yrkesregistret med yrkesstatistik från SCB uppskattas personal i de närliggande yrkeskategorierna uppgå till 100 000.[164]

[164] Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser*, s. 11.

En majoritet av undersköterskorna är anställda i kommun eller hos privata utförare av kommunalt finansierad verksamhet. Kommunerna uppger ett spann på 5–40 procent av arbetstiden när det gäller uppgifter av hälso- och sjukvårdskaraktär varav 20–25 procent är den mest återkommande uppskattningen.[165]

När det gäller LSS-verksamhet finns det olika uppfattningar om huruvida det förekommer hälso- och sjukvårdsuppgifter alls till att dessa bedöms utgöra i princip all arbetstid. I dessa fall handlar det om enskilda ärenden som kräver enbart hälso- och sjukvårdsinsatser. Omvårdnad/omsorg uppskattas till mellan 20–80 procent.[166]

På väg mot skyddad yrkestitel

Noteras bör att undersköterska i dag är en anställningsform och det alltså inte är utbildningen i sig (gymnasieutbildning eller någon form av vuxenutbildning) som leder till titeln undersköterska. Eftersom det i nuvarande system inte finns några nationella kompetenskrav eller en reglerad examen varierar innehållet mellan utbildningsanordnare och framför allt inom vuxenutbildningen. Detta innebär att kompetensen hos undersköterskor som utbildats inom vuxenutbildningen kan variera över landet och hos olika arbetsgivare.[167] Något som uppmärksammats och kritiserats.

Mot denna bakgrund tillsatte regeringen utredningen Reglering av yrket undersköterska. Utredningen, som lämnade sitt slutbetänkande i april 2019, bedömde att det fanns relativt utbredda brister i kompetensen hos undersköterskorna och menade att det har en direkt effekt på utförandet av arbetsuppgifterna. Utredningen menade att bristerna kan ses som en konsekvens av att undersköterskeyrket hittills varit oreglerat och föreslog därför att yrket ska regleras med en skyddad yrkestitel.[168]

Regeringen beslutade i december 2019 om ändringar i gymnasieförordningen (2010:2039) och i förordningen (SKOLFS 2010:14) om examensmål för gymnasieskolans nationella program. Ändringarna innebär bl.a. att fler ämnen kommer att bli obligatoriska för alla elever inom vård- och omsorgsprogrammet. Vidare har kursinne-

[165] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg,* s. 112 f.
[166] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 113.
[167] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 108.
[168] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

hållet anpassats för att stämma överens med de nationella kompetenskraven för undersköterskor som Socialstyrelsen föreslagit. Det reformerade innehållet inom vård- och omsorgsprogrammet kommer att gälla för utbildning som påbörjas efter den 30 juni 2021. För utbildning som påbörjats före den 1 juli 2021 gäller däremot äldre bestämmelser.[169]

Till följd av vård- och omsorgsprogrammets nya utformning lämnade regeringen i juni 2020 ett delvis annorlunda förslag gällande införande av skyddad yrkestitel för undersköterskeyrket, än det som lämnats av utredningen. Reglerna föreslås träda i kraft 2025, med en övergångsperiod om tio år.[170]

3.7.3 Specifika funktioner av betydelse för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Case manager/vårdsamordnare

På senare år har man på olika ställen utvecklat olika arbetssätt och funktioner av s.k. ”case manager”/vårdsamordnar-typ, för att säkerställa tillgänglighet, kontinuitet och samordning, inte minst för personer med psykisk ohälsa. Detta ligger väl i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer Vård vid depression och ångestsyndrom.[171] Där anges att det vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet, vilket är grundförutsättningar för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. Ett sätt att tillgodose detta inom primärvården kan enligt riktlinjerna vara att det finns en vårdsamordnare som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med personer med depression eller ångestsyndrom.

Denna typ av samordnarfunktioner exemplifieras här genom VGR:s arbete med vårdsamordnare psykisk ohälsa, vilket är det tydligast dokumenterade och beforskade exemplet på detta som utredningen kunnat identifiera i svensk kontext.

[169] Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser* s. 12.
[170] Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser.*
[171] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning, 2017,* uppdaterade 2020.

Vårdsamordnare psykisk ohälsa

Sedan 2015 har det i VGR pågått forskning och utveckling av funktionen Vårdsamordnare psykisk ohälsa i primärvården. Detta har skett i nära samarbete mellan VGR och Göteborgs universitet (GU).

En vårdsamordnare arbetar med att ge ett samordnat, strukturerat omhändertagande, en aktiv uppföljning av förlopp och behandling av patienter med psykisk ohälsa. Detta innefattar patienter med lindrig till medelsvår depression, ångestsyndrom samt stressrelaterad psykisk ohälsa. Vårdsamordnare psykisk ohälsa ersätter ingen annan insats. Alla vårdsamordnare följer en metod gemensam för hela VGR.

Vårdsamordnaren är en förstärkning av omhändertagandet vid psykisk ohälsa och omfattar en nära patientkontakt, för att ge patienten tillgänglighet och kontinuitet. För patienter innebär den individuella patientkontakten två besök samt regelbunden telefonkontakt under ett antal veckor. Särskild självskattningsskala beroende på diagnos används som underlag vid samtal med patienterna.

Den som utses till vårdsamordnare ska vara anställd på vårdcentralen, ha erfarenhet av arbete i primärvård, ha legitimationsgrundande högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården, samt en kvalitetssäkrad utbildning för funktionen på 7.5 högskolepoäng, genom GU. VGR har hittills, tillsammans med GU, utbildat cirka 300 st. Vårdsamordnare psykisk ohälsa. Som stöd i utvecklingen av funktionen medverkar vårdsamordnaren i återkommande metoddagar. Fokus är processarbete och föreläsningar med för funktionen relevanta teman. En gång per termin arrangeras en utvecklingsdag för vårdsamordnare.

Utvecklingen av funktionen sker stegvis, och det finns ingen övre gräns för hur stor del av en tjänst som vårdcentralen väljer att lägga på funktionen vårdsamordnare. Det är vårdcentralens behov och förutsättningar som avgör andelen.[172]

[172] Västra Götalandsregionen, *Vårdsamordnare psykisk ohälsa, Funktionen.*

Forskning om vårdsamordnare psykisk ohälsa

Enligt en vetenskaplig utvärdering från GU har införandet av funktionen gett resultat i form av:

- Snabbare tillfrisknande
- Mer adekvat medicinering
- Bättre tillgång psykologkontakt
- Tidigare återgång till arbete
- Kortare sjukskrivningstid

Utvärdering visar vidare att ur ett samhällsperspektiv kostar vårdsamordnare mindre än sedvanlig behandling och är effektivare. Ser man strikt till kostnader för hälso- och sjukvård är det något dyrare, men effektivare än sedvanlig behandling (medelkostnad per patient på 3 670 kronor vs 2 460 kronor för sedvanlig behandling). Det man på samhällsnivå sparade kostnader på var (bl.a.) sjukskrivningar. Vid sedvanlig behandling var medelkostnaden för sjukskrivning per patient 71 240 kronor, medan medelkostnaden med vårdsamordnare var 58 500 kronor per patient.[173]

Rehabiliteringskoordinator

Som beskrivits i avsnitt 3.1.2 har rehabiliteringskoordinator överlag kommit att bli det etablerade uttrycket för den funktion som inrättas för att uppfylla kravet på erbjudande av koordineringsinsatser som finns i lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter. Lagen ger regionerna skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Det gäller alltså inte enbart sjukskrivningar p.g.a. psykiska sjukdomar och syndrom. Eftersom de senare står för en stor andel av sjukskrivningarna blir dessa patienter likväl en väsentlig del av rehabkoordinatorns jobb.

[173] Holst A et al, *Cost-effectiveness of a. care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study*, BMJ open 8.11, 2018.

De flesta koordinatorer finns inom primärvården. Några arbetar enbart inom koordineringsfunktionen, andra kombinerar med andra arbetsuppgifter inom vården. Vissa arbetar vid en särskild vårdcentral, andra utför koordineringsuppdraget åt flera vårdcentraler. I vissa regioner lägger rehabkoordinatorer mycket tid på det personliga mötet med patienterna och stöttar dem att hitta lösningar för att återgå i arbete. I andra regioner har koordinatorerna en överordnad roll och inriktar arbetet på att urskilja vilka patienter som ska erbjudas särskilt stöd och verka för att all vårdpersonal arbetar på samma sätt för att främja arbetsåtergång för enskilda patienter. I de flesta regioner har rehabkoordinatorn kontakt med arbetsgivaren och andra aktörer, i andra regioner förutsätts att patienten själv tar nödvändiga kontakter. I vissa regioner har funktionen en ombudsliknande roll och tar kontakterna åt patienten, när hen inte klarar det själv. I rehabkoordinatorns uppgifter ingår ofta i praktiken arbete med sjukskrivningsstatistik och utveckling av interna rutiner kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet. De bidrar med kunskaper i försäkringsmedicin på vårdenheten och utgör stöd till läkare i sjukskrivningsfrågor.[174]

Formell kompetens hos koordinatorerna

Det infördes i och med den nya lagen inte något kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatser. I remisshanteringen av aktuell departementspromemoria framfördes att legitimationsyrke borde vara ett krav. Regeringen hänvisade dock till yrkeskvalifikationsdirektivet och där angivna möjligheter att reglera kompetens för ett visst yrke, bl.a. att särskilda krav för att utöva yrkesverksamhet endast får ställas när det finns angelägna skäl för det. Några sådana skäl för kompetenskrav ansåg regeringen inte att det fanns. I stället är det en fråga för respektive arbetsgivare att avgöra vilken kompetens som krävs för uppgiften.[175]

De flesta har vårdutbildning. Många är arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller sjuksköterskor, men även undersköterskor och kuratorer. Det finns också de med helt annan utbildning och erfarenhet, såsom t.ex. tidigare handläggare på Försäkringskassan. Många regioner

[174] Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 2018, s. 15 ff. Se även prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*.
[175] Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 49 ff.

ger rehabkoordinatorn en intern grundläggande försäkringsmedicinsk utbildning eller erbjuder uppdragsutbildning via universitet eller högskola.[176]

Psykosociala team

Vi har i tidigare betänkanden lyft vikten av interprofessionellt lärande och interprofessionella arbetssätt.[177] Även när det gäller primärvårdens arbete med psykisk ohälsa är ett interprofessionellt teamarbete, där man nyttjar alla relevanta kompetenser tillsammans runt patienten, av vikt. Ett effektivt teamarbete förutsätter dock också interprofessionell kompetens. Det räcker inte att bara ”samla olika kompetenser under samma tak”. Man behöver ha förmåga att samverka med andra professioner, ha kunskap om, förståelse och respekt för andra professioners funktioner, roller och etiska värderingar. Den kompetensen anses bidra till att förbättra vårdens kvalitet.[178]

Teamsamverkan runt patienter med psykisk ohälsa benämns ofta som psykosociala team. Allt fler hälso-/vårdcentraler organiserar sitt arbete på detta sätt. Kompetensen i teamen kan se olika ut. Vanliga yrkeskategorier som kan ingå är kurator, psykolog, sjuksköterska, psykiatrisjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Strukturerad och kontinuerlig avstämning mellan det psykosociala teamet och läkargruppen inom vårdcentralen stärker ytterligare det interprofessionella arbetet.

Till stöd för arbetet med såväl triagering som bedömning av det psykosociala teamet utvecklas protokoll och rutiner, vilka även ska säkerställa att man identifierar patienter som har behov av läkarkontakt, eller kontakt med annan profession utanför det psykosociala teamet.

Psykolog med psykologiskt ledningsansvar

Psykolog med psykologiskt ledningsansvar (PLA) utgör en del av verksamhetens ledningsstruktur och ansvarar för utveckling, kvalitetssäkring och implementering av psykologins kunskapsområde inom

[176] Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 16.
[177] Se t.ex. bil. 3 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*
[178] World Health Organization, Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, 2010.

hela verksamheten. En PLA kan verka på olika nivåer: verksamhetsnivå, divisionsnivå, förvaltningsnivå, regionnivå, eller dylikt. Exempel på ansvarsområden kan vara:

- kvalitetssäkring av psykologiska insatser och metoder
- rutiner vid uppföljningar och utvärderingar
- rutiner vid metodutveckling
- bevaka ny forskning och nya riktlinjer såväl nationellt som internationellt
- planering av implementeringen av beslutade insatser enligt punkten ovan
- utveckla patientsäkerhetsarbetet vid psykologiska insatser
- rådgivning kring professionella och etiska frågeställningar
- verka för att psykologins kunskapsområde harmoniserar med övriga kunskapsområden i verksamheten.[179]

3.7.4 Olika typer av utbildningsinsatser

Av utredningens direktiv framgår att vi även ska titta på de olika utbildningsinsatser relaterat till psykisk ohälsa som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser. Vi har ovan beskrivit hur olika kliniska professioners examensbeskrivningar lyfter aspekter relaterade till arbetet med psykisk ohälsa. I det följande kommer vi att redogöra för olika typer av utbildningsinsatser som ges, utöver de utbildningsmoment som finns i de kliniska professionernas grund- och avancerade utbildningar samt fristående fördjupningskurser på högskolenivå.

I detta sammanhang vill vi inledningsvis framhålla behovet av ett gott bemötande som utgår från olika människors behov och förutsättningar, exempelvis funktionsnedsättning, könsidentitet och könsuttryck eller ålder. För många kan fortfarande begrepp som psykisk ohälsa och terapi i sig vara stigmatiserande och omöjliga att ens reflektera över i förhållande till sin egen situation. Vad gäller bemötande är det av vikt att inkludera både insatser för professioner som är särskilt inriktade på psykisk ohälsa och för övriga personalkate-

[179] Psykologförbundet, *Specialisttjänst och PLA*.

gorier i primärvården. Ett exempel som lyfts till oss är att bemötandet från den som tar emot patienten i reception kan ha avgörande betydelse för om man vänder i dörren eller klarar att stanna kvar, för den som mår psykiskt dåligt.

Socialstyrelsen har under 2020 publicerat ett nytt utbildningsmaterial kopplat till just bemötande som utredningen vill framhålla, benämnt ”Det vi inte ser”.[180] Det är ett flexibelt utbildningsmaterial, där man har möjlighet att plocka ihop ett situationsanpassat underlag eller genomföra ett färdigt utbildningspaket.

Utbildningar i huvudmännens och SKR:s regi

Huvudmännen ordnar också olika utbildningar och utbildningstillfällen i egen regi, och i samverkan med SKR, bl.a. inom ramen för Uppdrag psykisk hälsa. Uppdrag psykisk hälsa tar t.ex. fram olika utbildningar och webbinarier, kopplade till primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.[181]

Region Stockholm är ett exempel på en region där man nyligen tagit ett regionövergripande grepp och satsat 50 miljoner kronor i ett utbildningspaket för att förbättra vården för psykisk ohälsa på vårdcentralerna (finansierat av statsbidrag). Satsningen grundar sig i en studie som visar att behovet av att kunna ge vård för psykisk ohälsa är stort, men personalen upplever osäkerhet. Med start i december 2020 kommer all vårdpersonal på samtliga vårdcentraler i Region Stockholm att erbjudas deltagande i fortbildnings- och informationsinsatser för evidensbaserad handläggning av psykisk ohälsa i primärvården. Målet är att tillgängliggöra utbildning och kunskapsstöd för primärvårdens personal vad gäller bedömning, diagnosticering och behandling för måttlig och lindrig psykisk ohälsa för alla åldrar.[182]

[180] Socialstyrelsen, *Det vi inte ser. Ett flexibelt utbildningsmaterial*, 2020.
[181] Uppdrag psykisk hälsa, *Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa*.
[182] MyNewsDesk, 5*0 miljoner till bättre vård för psykisk hälsa*.

Professionsanknutna utbildningar

De olika professionsförbunden och föreningarna har, i olika utsträckning, också egna utbildningar som relaterar till psykisk ohälsa. Exempel på det är t.ex. att sektionen för Mental Hälsa inom Fysioterapeuterna arrangerar fortbildningsdagar och kortare fortbildningskurser 1–2 gånger/år för sina medlemmar, i vissa fall även öppna för andra sektioners medlemmar.[183]

Sveriges arbetsterapeuter har bl.a. kurser för arbetsterapeuter som syftar till att kunna använda instrument eller interventionsmetoder såsom ReDO®-metoden,[184] Vardag i balans (ViB)[185] och ADL-Taxonomin®.[186]

Personer i kontaktyrken inom vård och omsorg är överrepresenterade vad gäller sjukfrånvaro relaterat till psykisk ohälsa (se avsnitt 3.8.1). Det är därför också viktigt att medarbetare i vården får stöd och verktyg för att förebygga psykisk ohälsa. Vårdförbundet har t.ex. tagit fram ett informationsmaterial om reflekterande avstämningar och samtal.[187] Regelbundna reflektionsavstämningar kan vara ett sätt att förebygga stress och utmattning. Det är korta tillfällen då arbetslaget samlas för att stämma av och reflektera. Det kan ske under arbetspasset och/eller vid arbetspassets slut. Reflektionsavstämningar kan också leda till ett gemensamt lärande i arbetsgruppen. Ett kort möte, bara några minuter kan räcka.

[183] Skriftlig kommunikation med Fysioterapeuterna.
[184] En gruppintervention som riktar sig till människor som har behov av att varaktigt förändra sin vardag, oavsett diagnos eller vårdform. ReDO®-metoden syftar till att de personer som erhåller behandlingen ska återfå vardagshälsa och i de fall det är tillämpligt, återgå i arbete. Genom programmet påbörjas en process för omstrukturering av aktiviteter och rutiner i vardagen mot en mer hälsosam balans. Metoden är från början utvecklad för kvinnor med stressrelaterad ohälsa men har med framgång använts för flera andra grupper i såväl primärvård som slutenvård och i preventivt arbete.
[185] Livsstilsinterventionen ViB riktar sig till personer med olika former av psykisk ohälsa och är baserad på att analysera och åtgärda tidsstruktur och aktivitetsbalans med ett generellt återhämtningsfokus. ViB är en gruppbaserad arbetsterapeutisk intervention som ges i kursform och som i en forskningsstudie visat sig effektiv i form av ökad grad av aktivitet, upplevd aktivitetsbalans och bättre psykosocialt fungerande.
[186] Ett bedömningsinstrument och en systematik för beskrivning av en persons förmåga till vardagliga aktiviteter. Instrumentet används för att bedöma aktivitetsförmåga hos personer med psykisk funktionsnedsättning.
[187] Vårdförbundet, *Reflektionssamtal*.

3.7.5 Sammanfattande reflektioner

Många professioner är, i olika grad, involverade i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Det är en poäng i sig. Primärvården med sitt breda uppdrag är den vårdnivå som har bäst förutsättningar att med ett holistiskt synsätt vara första vårdnivå för såväl människors fysiska som psykiska vårdbehov. För att kunna göra detta på ett ändamålsenligt sätt krävs dock en viss grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och bemötande hos alla som jobbar inom primärvården. Det krävs också en kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med psykisk ohälsa. Såväl hos dem som har ansvar för styrning och ledning av primärvården som hos dem som är kliniskt verksamma inom primärvård. Det ger förutsättningar att organisera arbetet på effektiva sätt och i enlighet med bästa tillgängliga kunskap, t.ex. genom användande av vårdsamordnare eller organisering av psykosociala team.

Utredningens dialoger har dock visat på utmaningar vad gäller den kunskapen, såväl hos ledningsfunktioner som i kliniska verksamheter. I kommunernas verksamheter har också studier om situationen under coronapandemin pekat på brist på hälso- och sjukvårdskompetens hos chefer på olika nivåer inom äldrevården vilket har påverkat verksamheten.[188] Från verksamheter får vi beskrivningar av hur de psykosociala resurser som finns på t.ex. en vårdcentral ofta organiseras som egna små ”verksamheter i verksamheten” (enligt en slags klinik-logik från den specialiserade vården) dit man kommer först efter internremiss. När man gjort interna arbeten för att bättre integrera dessa delar med övrig vård, utarbetat tydligare rutiner för hur och när patienter kan bokas till de psykosociala resurserna, och strävat efter ett omhändertagande mer utgående från patientens situation än organisationens, har både effektiviteten i omhändertagandet och det interprofessionella lärandet ökat.

Vi ser utifrån detta att det finns behov av kompetenshöjning och tillkommande utbildningsinsatser. Hur dessa ser ut varierar dock runtom i landet utifrån lokal kontext, och det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten

[188] Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Som redogjort för i avsnittet kan vi med hjälp av informationen i dagens nationella planeringsstöd inte säga något om var i hälso- och sjukvårdssystemet olika resurser finns. Vi kan alltså inte med säkerhet säga vilka, och hur många, professioner som är verksamma i primärvården i olika delar av landet. Vi har även sett i avsnitt 3.5 att det inte finns något sammanhållet och enhetligt sätt för regioner att mäta och redovisa primärvårdens produktion av insatser inom psykisk hälsa. Det blir därmed mycket svårt att beskriva gapen. Sammantaget utgör båda dessa faktorer stora utmaningar i förhållande till såväl planering av olika utbildningsinsatser framöver som omställningen till en stark primärvård med förmåga att hantera såväl fysisk som psykisk ohälsa.

Det kan slutligen noteras att bristen på reglering av s.k. grundläggande psykoterapiutbildning skapar en betydande otydlighet kring vilka kompetenser personer med sådan utbildning besitter, vilket är problematiskt för dem som ska bemanna primärvården med kompetenser för psykisk ohälsa, för de patienter de möter och för personer med dessa typer av utbildningar. Avsaknaden av reglerad utbildning gör att det inte heller finns aggregerad information om hur stor gruppen är eller var i systemet de finns. Detta utgör ytterligare en utmaning i att planera för en adekvat kompetenssättning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.

3.8 Psykisk ohälsa och sjukfrånvaro

3.8.1 Sjukfrånvaro relaterad till psykiatriska tillstånd

Enligt Försäkringskassans uppgifter är nästan hälften av dagens sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa, och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna för psykiatriska diagnoser.[189] I december 2016 var drygt 130 600 kvinnor sjukskrivna, varav 49 procent för psykiatriska diagnoser. Vid samma tidpunkt var drygt 66 000 män sjukskrivna, varav 37 procent i psykiatriska diagnoser. Den aktuella situationen med en pågående pandemi till följd av det

[189] Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.

nya coronaviruset har redan, och förväntas på sikt ytterligare, påverka dessa numerärer.

I en nyligt publicerad rapport från Försäkringskassan redovisas att psykiatriska diagnoser fortsatt generellt leder till längre sjukskrivningar än de flesta andra sjukdomar och sjukfallslängden relaterad till psykisk ohälsa har ökat över tid. Den stressrelaterade psykiska ohälsan står för en allt större del av sjukskrivningarna i psykiatrisk diagnos, t.ex. utmattningssyndrom, vilket ofta innebär halvårslånga sjukskrivningar. Dessutom drabbas yngre kvinnor oftare än andra, och vissa yrkesgrupper, både bland hög- och lågutbildade, löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa.

En särskilt drabbad grupp är medarbetare med s.k. kontaktyrken inom vård och omsorg.[190] När vi i utredningen diskuterar insatser för att möta och minska den psykiska ohälsan är det därför önskvärt inte bara att dess effekt på sjukskrivningstalen generellt, där så är möjligt, beaktas. Vi vill också ha ett särskilt fokus på insatser som kan tänkas möta och minska den psykiska ohälsan ur ett arbetsmiljöperspektiv för vårdens och omsorgens medarbetare. Insatser som förbättrar arbetsmiljön för vårdens medarbetare, inte minst inom de områden som av medarbetaren uppfattas som mest belastande och stressande, såsom t.ex. hur patienter med psykisk ohälsa kan få bättre stöd till hälsa, skulle på sikt också kunna få positiva effekter på sjukskrivningstalen i gruppen.

3.8.2 ”Lättare psykisk ohälsa” och sjukfrånvaro

Enligt utredningens direktiv är ett av de föreslagna syftena med att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar. Som vi tidigare konstaterat (se avsnitt 2.8) finns inte i dag någon enhetlig definition av begreppen psykisk hälsa eller psykisk ohälsa. Begreppen speglar ett brett kontinuum från psykiska besvär (individens subjektiva upplevelse) till en eller flera psykiatriska tillstånd (ställda på mer objektiva kriterier, där den subjektiva upplevelsen endast är en del av underlaget för diagnos).

[190] Försäkringskassan. *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

Försäkringskassans statistik och uppföljning bygger på diagnosticerade tillstånd, och således förekommer inte någon registrering av ”lättare psykisk ohälsa”, förstått som subjektiva psykiska besvär vare sig i lättare eller svårare form.

Ytterligare av intresse, gällande den begreppsförvirring som råder på området, noterar utredningen att även det bredare begreppet psykisk ohälsa i en av Försäkringskassan nyligt lämnad rapport beskrivs med följande text:

> Det finns ingen allmänt vedertagen definition på detta begrepp, men i allmänhet brukar man inom medicinsk vetenskap avse lindriga eller medelsvåra depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv kan psykisk ohälsa i samhället innefatta också svårare psykiska sjukdomar såväl som olika typer av avvikande beteenden som missbruk och kriminalitet. I denna rapport används psykisk ohälsa i den snävare medicinska betydelsen.[191]

Som utredningen redogjort för (se avsnitt 2.8) är det snarare så enligt vår uppfattning och erfarenhet att begreppet vanligtvis används, inte minst inom hälso- och sjukvården, som ett bredare paraplybegrepp, omfattande hela spektrat från subjektivt mående till diagnosticerade tillstånd, t.ex. uttrycks detta i tidigare och nuvarande överenskommelser mellan staten och SKR.

Insatser mot s.k. lättare psykisk ohälsa och påverkan på sjukfrånvaro

Utifrån ovanstående resonemang går det alltså inte att från befintliga data eller beskrivningssystem avgöra hur många individer, eller vilken andel av de som är sjukskrivna för ett psykiatriskt tillstånd, som är sjukskrivna för ”lättare psykisk ohälsa”. Det är inte en datamängd som finns att tillgå, då det inte rör sig om ett diagnosticerat tillstånd. Det blir därmed inte heller möjligt att enkelt mäta och redovisa hur en ny form av insatser inom primärvården för att möta psykisk ohälsa påverkar sjukfrånvaron på aggregerad nivå i befolkningen. Även om man skulle rikta in sig på lättare former av diagnosticerade tillstånd, såsom t.ex. lätt till måttlig depression, uppstår svårigheter, eftersom all diagnosticerad depression på individnivå inte presenterar sig som på varandra följande stadier en ”allvarlighetstrappa”. Lågtröskelinsatser

[191] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

i primärvården, som kan uppfattas som enklare interventioner utifrån vårdens perspektiv, kan tänkas påverka såväl lättare som svårare depressionstillstånd hos enskilda patienter, särskilt som de ofta ges som en av flera samtidiga insatser.

Att följa sjukfrånvaro som en del i kvalitetsuppföljning

Vi vill dock vara tydliga med att detta inte hindrar att när insatser för att möta psykisk ohälsa görs på verksamhets- eller huvudmannanivå, inom en region eller en kommuns geografiska avgränsningsområde kan, och bör, sjukfrånvaron avseende relevanta diagnoser följas. Den typ av lågtröskelinsatser vi förordar förväntas leda till positiva effekter för individen, som också bör kunna avspeglas i minskade sjukskrivningstal. Det blir en av flera pusselbitar i den lokala uppföljningen av en insats. Det är t.ex. möjligt att följa sjukskrivningsmönstret ur den sjukskrivande vårdgivarens perspektiv, vilket kan avspegla insatser och arbetssätt som vårdgivaren tillämpar. Ett sådant exempel är hur insatser inom ramen för införandet av rehabkoordinatorer i regionernas primärvård utvärderats med hjälp av sjukskrivningstal/återgång i arbete i det egna befolkningsunderlaget. Enligt utredningens uppfattning är denna typ av utvärdering viktig som en del i uppföljningen, och ger möjlighet till strukturerad följeforskning när nya metoder prövas eller införs för att i möjligaste mån öka kunskapen på området. Även i arbeten och metoder som involverar andra samarbetspartners och aktörer bör påverkan på sjukskrivningstalen för målgruppen i möjligaste mån finnas med som en del i den strukturerade uppföljningen.

4 Internationell utblick

Sverige står inför utmaningar liknande dem i andra länder vad gäller den psykiska ohälsan och vårt uppdrag placerar sig i en global kontext. Olika länder prövar olika strategier för att bemöta dessa utmaningar. Här nedan redogörs kortfattat för några internationella initiativ på området samt sjukdomsbörda globalt vad gäller psykisk ohälsa samt för dess uppskattade konsekvenser, för individer och samhällen. Därefter tittar vi närmare på ett par olika länders ansatser för att hantera s.k. lättare psykisk ohälsa, i enlighet med direktiven att kartlägga om lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något annat land inom EU eller EES-området, t.ex. i Norge eller Storbritannien.

4.1 Psykisk ohälsa ett globalt problem

Synen på psykisk hälsa har förändrats de senaste decennierna. Kunskapen om psykiatriska tillstånd har, liksom behandlingsmöjligheterna, ökat i snabb takt till följd av vetenskapliga genombrott. Uppmärksamheten på området har också ökat, och det stigma som tidigare ofta omgärdat psykiatriska tillstånd har aktivt bekämpats och, åtminstone i viss utsträckning, succesivt minskat. Den globala medvetenheten om de stora utmaningar vi står inför när det gäller psykisk ohälsa har vuxit alltmer. Det gäller såväl den stora sjukdomsbördan, som dess vidare effekter på individer och samhällen i stort.

Denna medvetenhet om behovet av ett intensifierat arbete mot psykisk ohälsa speglas bl.a. i att Världshälsoorganisationen (WHO) 2013 antog en global handlingsplan om psykisk hälsa 2013–2020.[1] Det avspeglas också i att psykisk hälsa finns med som en del av Agenda 2030 för hållbar utveckling, som antogs av FN:s generalför-

[1] WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, 2013.

samling i september 2015. Det tredje målet i agendan handlar specifikt om hälsa: ”Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”. Kopplat till det finns en rad olika delmål, bl.a. delmål 3.4: ”Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.”[2]

Även OECD (Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling) har kommit att ägna allt mer uppmärksamhet åt frågan givet dess stora effekter på sjukdomsbördan och samhällsekonomin. Tillsammans med EU ger OECD ut *State of the health in the EU* vilken 2018 fokuserade bl.a. på den psykiska hälsan i EU och dess medlemsländer. År 2018 påbörjade OECD ett projekt som syftar till att skapa ett ramverk för att bättre kunna följa upp och jämföra hur länder presterar inom området psykisk hälsa, som en grund för att kunna förbättra sina utfall. Den sista fasen i detta arbete som avser en systematisk jämförelse av olika policies, utifrån fastslagna dimensioner, har blivit något försenad p.g.a. covid-19 men rapporten förväntas publiceras första kvartalet 2021.[3] Utifrån kontakt med OECD kan dock konstateras att även här gäller att det är en stor utmaning att hitta tillförlitliga mått, som går att jämföra inom och mellan länder. Även internationellt är data för primärvårdens hantering av psykisk ohälsa en särskild utmaning.[4]

Omfattning

Jämfört med den somatiska hälsan har vi mindre kunskap både om omfattning och om vad som görs i olika länder och vad som är framgångsrikt när det gäller att bekämpa psykisk ohälsa. I WHO:s handlingsplan från 2013 anges att 2004 beräknades psykiska, neurologiska, och substansmissbrukssjukdomar stå för cirka 13 procent av den globala sjukdomsbördan. Depression ensamt stod för 4,3 procent av den globala sjukdomsbördan samma år och var också grund för cirka 11 procent av alla år som globalt levs med nedsatt funktion, framför allt för kvinnor.[5]

[2] Regeringen, Agenda 2030 för hållbar utveckling, 2016.
[3] OECD, *Mental Health Performance Network*.; Muntlig kontakt med OECD:s hälsoavdelning.
[4] Muntlig kontakt med OECD:s hälsoavdelning.
[5] WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, 2013.

Enligt EU och OECD:s beräkningar led fler än var sjätte person (17,3 procent) i EU av psykisk ohälsa år 2016, vilket motsvarar nästan 84 miljoner personer. Vanligast var ångestsjukdomar (cirka 5,4 procent av befolkningen i EU) följt av depressiv sjukdom (cirka 4,5 procent av befolkningen).[6] Detta kan jämföras med t.ex. diabetes där prevalensen inom EU beräknas till 6 procent.

Konsekvenser för individer och samhällen

Givet utgångsläget, med sämre kunskap om den psykiska ohälsan än om den fysiska, är beräkningar av förklarliga skäl osäkra men den data som finns pekar på stora kostnader både för individer och samhällen. I WHO:s handlingsplan från 2013 hänvisas till en studie från the Harvard School of Public Health som uppskattar att de globala kostnaderna för psykiatriska tillstånd mellan 2011 och 2030 kommer att uppgå till drygt 16 triljoner USD.[7] Större delen av dessa kostnader beräknas belasta andra sektorer än hälso- och sjukvården, p.g.a. minskad ekonomisk produktivitet och risk för förtida död. Även hälso- och sjukvården påverkas dock i hög grad. Beräkningar för vissa OECD-länder pekar på att kostnaderna för att behandla psykisk ohälsa beräknas motsvara mellan 5 och 18 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården.[8]

För EU:s (då) 28 medlemsländer beräknades kostnaderna för den psykiska ohälsan motsvara mer än 4 procent av BNP, dvs. mer än 600 miljarder euro. Kostnaderna inkluderar:

- 190 miljarder euro (1,3 procent av BNP) på direkta hälso- och sjukvårdskostnader.
- 170 miljarder euro (1,2 procent av BNP) på sociala trygghetssystem inklusive sjukpenning, ersättning till personer med funktionsnedsättningar och arbetslöshetsersättningar.
- 240 miljarder euro (1,6 procent av BNP) på indirekta kostnader p.g.a. lägre sysselsättningsnivå och produktivitet i arbete.[9]

[6] OECD, *Factsheet on Promoting Mental Health*, 2018.
[7] The Harvard School of Public Health, World Economic Forum, *The global economic burden of non-communicable diseases*, 2011.
[8] McDaid D, Hewlett E, Park A, *OECD Health Working Papers No. 97, Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*, 2017.
[9] OECD, *Health at a glance: Europe 2018, State of Health in the EU cycle*, 2018.

4.2 England – Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

4.2.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i England

I Storbritannien har de fyra nationerna (England, Skottland, Wales och Nordirland) egna skattebaserade hälso- och sjukvårdssystem. Samtliga utgår från en offentlig nationell hälsomyndighet (National Health Service, NHS) och tillhandhåller omfattande offentlig hälso- och sjukvård till invånarna, utan patientavgifter vid vårdtillfället. I detta avsnitt kommer vi att fokusera på det engelska systemet, och programmet IAPT som är ett av de mest omfattande och uppmärksammade vad gäller att möta psykisk ohälsa på senare år.

Runtom i England finns drygt 170 s.k. *Clincal Comissioning groups* (CCG)[10] som är beställarfunktioner, ansvariga för att upphandla vård enligt riktlinjer och styrning från NHS centralt. Primärvården i Storbritannien, inklusive England, är generellt sett uppbyggd kring allmänläkarmottagningar med team av allmänläkare, sjuksköterskor och stödjande personal som står för första linjens hälso- och sjukvård samt innehar en grindvaktsroll till övrig specialistvård. Traditionellt sett bestod allmänläkarmottagningarna av egenföretagare, som arbetade själva eller i partnerskap, men på senare tid har det skett en ökning av löneanställda allmänläkare.[11]

En rapport från en oberoende expertgrupp, the *Five Year Forward View for Mental Health* (publicerad 2016), utgör grunden för den nationella strategin för psykisk hälsa. Det finns även en handlingsplan *Mental Health Implementation Plan* 2019/20–2023/24 med finansiering kopplad till sig.[12]

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

År 2004 presenterade NICE, Englands motsvarighet till SBU, riktlinjer för evidensbaserad behandling av depression. Dessa rekommenderade att patienter borde ges tillgång till en stegvis vård, med

[10] Olika CCG:s går samman så antalet förändras över tid. För aktuell sammanställning, se https://www.england.nhs.uk/ccg-details/.
[11] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*
[12] NHS, *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20–2023/24*, 2019.

både låg- och högintensiva insatser, för depression. Insatserna var i hög grad KBT-baserade. Rekommendationen gavs i ett läge där det var mycket få patienter som fick tillgång till psykologisk behandling. Enbart läkemedelsbehandling var vanligt förekommande.

Två år senare följde en rapport från London School of Economics and Political sciences, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*,[13] som argumenterade för en satsning för att få genomslag för NICE rekommendationer, och i större utsträckning erbjuda evidensbaserad vård för personer med depression och ångest. Detta framför allt utifrån ekonomiska argument. Rapporten visade hur, de visserligen stora, kostnaderna med ett program för att skala upp tillgången till psykologisk behandling skulle betala sig genom friskare människor, som kunde arbeta och bidra till samhällsekonomin i större utsträckning. Man menade att det inte var försvarbart att slösa både ekonomiska resurser och människors lidande när evidens pekade på att det fanns effektiva metoder. Det fanns dock utmaningar vad gällde vem som skulle kunna tillhandahålla den psykologiska behandlingen, eftersom tillgången på behandlare var alltför låg. Rapporten skissade därför på att man skulle utbilda 10 000 behandlare under en 7-årsperiod, hälften psykologer och hälften genom en reglerad vidareutbildning för andra personalkategorier inom vården, såsom t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Dessa argument fick genomslag på flera håll, både bland professioner och i akademin, och till slut också på den politiska nivån. År 2006 lanserades därmed *Improving Access to Psychological Therapy* (IAPT) genom två piloter, som testade två olika modeller av stegvis vård, bägge i linje med NICE riktlinjer. Dessa piloter följdes under 2007/08 av vidare fördjupning hos elva ”vägfinnare”, som efter ansökan fick finansiering för att testa modellen, med identifierade specialintressen för en viss grupp av sin befolkning, t.ex. äldre. En implementeringsplan för breddinförande i England kom sedan 2008 och de första tjänsterna öppnade upp sent samma år.[14]

Styrningsmässigt byggdes införandet av IAPT och dess finansiering på en överenskommelse mellan hälsodepartementet och finansdepartementet och syftade till att stärka omhändertagande av den

[13] London School of Economics and Political sciences, Centre for Economic Performance, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*, 2006.
[14] University of East Anglia, *About IAPT and the history of the programme*.

psykiska ohälsan. Det hanterades som ett eget område under implementeringen av den nationella strategin för psykisk hälsa, *No health without mental health*.[15] Programmet har kommit att få brett politiskt stöd, och har överlevt flera regeringsskiften.

4.2.2 Programmets innehåll

IAPT har beskrivits som det mest ambitiösa försöket globalt att ge bred tillgång till psykologisk behandling. Programmet riktar sig till vuxna med depression och ångestsjukdomar som kan behandlas i ”uniprofessionell kontext” (med eller utan samtidig läkemedelsbehandling från allmänläkare). Man använder sig av en modell av stegvis vård och programmet kännetecknas enligt NHS av tre delar:

- Evidensbaserade psykologiska behandlingar (baserat på NICE riktlinjer), som tillhandahålls av utbildad och ackrediterad vårdpersonal.
- Löpande uppföljning och monitorering av utfall, under behandling. Inte bara vid början och slut.
- Regelbunden och utfallsfokuserad handledning, så att vårdpersonal får stöd i att kontinuerligt utvecklas.

Organisatoriskt anges IAPT motsvara tjänster på primär- och sekundär vårdnivå. Programmet är uppbyggt som ett separat program, fristående från såväl primärvård som annan vård för psykisk ohälsa. Respektive CCG (dvs. beställarorganisation) ansvarar för att IAPT-tjänster tillhandahålls i det egna området. IAPT-organisationerna är uppbyggda utifrån ett centralt kontor för styrning och administration vilket sedan har ett flertal länkar ut till vårdcentraler, frivilligorganisationer och andra lokala platser där själva terapierna tillhandahålls.

Som patient kan man komma till IAPT såväl genom egenremiss som genom att man blir hänvisad från antingen primärvård, sekundärvård (både för psykisk och somatisk vård) eller från olika samhälls-/frivilligtjänster.

[15] Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012, s. 41.

Programmet arbetar med två huvudsakliga nivåer av vård:

– Lågintensiva terapier, vilka tillhandahålls av en s.k. *Psychlogical wellbeing practitioner* (PWP).
– Högintensiva terapier som tillhandahålls av legitimerade psykologer.

Grundantagandet är att för de flesta fall av mild till måttlig depression eller ångestsjukdom kommer den lågintensiva behandlingen att vara tillräcklig, men är den inte det får personens behandling växlas upp till en högintensiv terapi. Enligt nationella råd bör ungefär 40 procent av personalstyrkan som är knuten till en IAPT-utförare vara PWP och cirka 60 procent bör vara behandlare som kan arbeta med de högintensiva terapierna.

Personer med substansmissbruk är inte automatiskt exkluderade från behandling under IAPT. IAPT i sig tillhandahåller dock inte komplexa interventioner för att behandla substansmissbruk. Om sådana krävs är rekommendationen att behandling ges för detta först. Utöver psykologiska terapier tillhandahåller IAPT-utförare också stöd för återgång i arbete, för dem som behöver det.

4.2.3 Resultat

År 2012 presenterade NHS en utvärdering av de första tre åren med IAPT. I den konstaterade bl.a. att programmet hade:

- behandlat mer än en miljon personer
- över 680 000 personer som avslutat en behandlingsomgång (Course of treatment)
- *recovery rates* som konsekvent låg över 45 procent, vilket närmade sig de 50 procent man förväntade sig utifrån de studier som låg till grund för NICE riktlinjer
- sammanlagt nästan 250 000 fall som klassades som ”återställda” (recovering) och cirka 2/3 av de behandlade visade stabil förbättring

- ett uppföljningssystem, som inkluderade varje session, och samlade in data avseende 90 procent av kontakterna med dem som använde IAPT:s tjänster
- utbildat nästan 4 000 nya behandlare i att kunna erbjuda behandlingar i enlighet med NICE riktlinjer
- ekonomiska vinster i form av sysselsättning och återgång i arbete, och mer än 45 000 personer som kunde lämna systemen för sjukersättning.[16]

Samtidigt konstaterades att den initiala framgången också byggt förväntningar, och att efterfrågan ökat så snabbt att det på många håll uppstått väntelistor. Man planerade därför för att utbilda ytterligare 2 000 medarbetare under den kommande treårsperioden. Andra utmaningar som konstaterades vid detta tillfälle rörde jämlik tillgång till tjänsterna (vissa grupper, såsom t.ex. de över 64 år tog inte del av tjänsterna i en utsträckning motsvarande estimerat behov i gruppen), fullföljande av påbörjad behandling, patienternas involvering och valmöjligheter, samt att skapa och vidmakthålla en jämn och hög standard hos alla olika IAPT-utförare.

Uppföljning

Uppföljningen av programmet och insamlingen av lokala data lyfts fram som avgörande för att kunna utvärdera och utveckla arbetet, samt motivera fortsatta investeringar. Lokala IAPT-utförare samlar in data om de personer som nyttjar IAPT-tjänsterna, de behandlingar som ges och om resultatet av behandlingarna. Datan baseras på patientrapporterade utfall, vilka rutinmässigt samlas in i samband med varje klinisk session. På lokal nivå, s.k. *primary care trust (PCT) commissioners*, samlas sedan sju nyckelindikatorer in kvartalsvis och redovisas som öppna jämförelser.[17] NHS Digital redovisar varje månad aggregerade data för hela England kring bl.a. hur många som hänvisats till tjänsten (egenremiss eller från annan organisation), hur

[16] Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients,* 2012, s. 8.
[17] Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012, s. 16.

många som påbörjat och avslutat behandling samt *recovery rate.* Man sammanställer också årsrapporter.[18]

4.2.4 Fortsatt utveckling

I linje med Englands *Five Year Forward View for Mental Health* och *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20–2023/24* siktar man under de kommande åren på:

- en vidare utvidgning av tjänster så att 1,9 miljoner vuxna har tillgång till behandling 2024
- en bättre integrering i primärvård, för att säkerställa att man kan möta patienters såväl fysiska som psykiska problem på ett integrerat sätt
- ett fokus på personer som utöver sin psykiska ohälsa också har långvariga (fysiska) problem eller medicinskt oförklarade problem
- att stärka stödet för att människor ska kunna bibehålla eller hitta jobb.[19]

4.3 Norge – Rask psykisk helsehjelp

4.3.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i Norge

Liksom i Sverige ansvarar staten i Norge för att stifta lagar och regler (den normerande makten) för hälso- och sjukvården, samt att tillse efterlevnaden av lagarna. Det norska systemet är dock betydligt mer centraliserat än det svenska systemet. År 2001 genomfördes en omfattande strukturreform av det norska hälso- och sjukvårdssystemet. Reformen innebar att staten också tog över ägarskapet och finansieringen av sjukhusvården från 19 fylkeskommuner, dvs. den regionala nivån. I stället inrättades fem (numera fyra) så kallade regionala hälsoföretag, vilka ansvarar för att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De regionala hälsoföretagen (drivs som statliga företag) fick

[18] NHS Digital, *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services 2019–20*; 2020.
[19] NHS, *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*.

också ansvaret för att styra egna s.k. hälsoföretag, vilka består av ett eller flera offentliga sjukhus. Primärvården ansvarar däremot de 356 kommunerna för, tillsammans med äldreomsorg och övrig socialtjänst. Införandet av *fastlegeordningen* (dvs. ett fastläkarsystem) utgjorde också ett ben i strukturreformen i början av 2000-talet. Av förordning framgår bl.a. att listansvaret för läkare under *fastlegeordningen* omfattar alla allmänläkaruppgifter inom somatik, psykisk hälsa och missbruk, för personerna på hens lista.[20] Kommunerna (som alltså också förordnar fastläkare) har ett brett ansvar för tjänster till personer med missbruksproblematik och psykisk ohälsa, både inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område.[21]

Regeringen har tagit fram en strategi för god psykisk hälsa 2017–2022, *Mestre hele livet*.[22]

Rask psykisk helsehjelp

Med inspiration från England och IAPT utvecklade Norge sitt program, *Rask psykisk helsehjelp* (RHP). Detta startades upp genom 12 piloter 2012/13, i tio kommuner samt två av Oslos stadsdelar. Organisatoriskt gav den norska regeringen sin myndighet Helsedirektoratet (ungefär motsvarande Socialstyrelsen) i uppdrag att under tre år fördela bidrag till kommuner eller kommunförbund.

Syftet med piloterna var bl.a. att:

- tillgängliggöra behandling för milda och medelsvåra besvär av ångest och depression, och därigenom förbättra den psykiska hälsan i befolkningen
- utveckla ett kommunalt behandlingsutbud för personer med mild och medelsvår ångest och depression, grundat på kunskapsbaserade metoder och regelbundet utvärdera detta
- den nya tjänsten skulle samverka med specialistvården, fastläkare och övriga kommunala tjänster
- kunna erbjuda tjänster utan väntetid

[20] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 3.3.1.
[21] Regjeringen.no, *Kommunalt rus og psykisk helsearbeid,* 2014.
[22] Departementen, *Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*, 2017.

– det skulle vara en lågtröskeltjänst, gratis för brukarna och tillgänglig för alla i målgruppen, samt vara bemannad med personal med rätt kompetens för ändamålet
– brukarmedverkan skulle säkras och brukare/patienter ges reellt inflytande på tjänster både på individ- och systemnivå.[23]

Folkhelseinstitutet (FHI) fick i uppdrag att utvärdera piloterna och givet de positiva resultaten etablerades ett fast bidrag som kommuner gavs möjlighet att söka. Kommuner och (motsvarande) kommunalförbund kan söka medel för tjänster som syftar till att öka det samlade utbudet för psykisk hälsa och missbruk, som är avgiftsfritt för medborgarna, tillgängligt för alla i målgruppen (utan remiss) och bemannat med kvalificerad personal.[24] För närvarande har 62 norska kommuner och stadsdelar (av totalt 356) tagit emot bidrag, fördelat på 54 RHP-team.[25]

4.3.2 Programmets innehåll

RHP erbjuder korttidsbehandlingar till personer över 16 år med mild till medelsvår ångest eller depression, begynnande missbruksproblem eller sömnsvårigheter. RHP organiseras enligt principer om stegvis vård, med tre olika steg:

1. vägledd självhjälp
2. kurs i hantering av depression eller ångest
3. tidsbegränsad strukturerad psykologisk behandling, baserad på KBT, med en ram beräknad till 15 timmar.

Man framhåller att RHP ska organiseras utifrån en *mixed care*-modell, med innebörden att patienten först har ett bedömningssamtal med en behandlare och att det på basis av det samtalet, och i samråd med patienten, bedöms vilket trappsteg som bör vara mest effektivt för patienten att starta på. Dvs. det är inte så att alla patienter med automatik börjar på steg 1.

[23] Helsedirektoratet, *Rask psykisk helsehjelp – 12 pilotkommuner*, *veiledende materiell*, 2013.
[24] Helsedirektoratet, *Regelverk for tilskuddsordning: Rask psykisk helsehjelp*, 2019.
[25] NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp*.

Såväl behandling som uppföljning sker i interprofessionella team, med minst en psykolog knuten till varje team. Alla som jobbar med RHP genomgår också vidareutbildning i KBT, hos Norsk förening för Kognitiv Terapi (NFKT).

4.3.3 Resultat

Utvärdering 2016

Regeringen gav FHI i uppdrag att utvärdera de initiala RHP-piloterna, och de presenterade sina resultat i oktober 2016.[26] Av dessa framgick bl.a. att:

- vid starten av behandlingen var det 76,3 procent av patienterna som hade ångest och/eller depression.
- vid slutet av behandlingen kunde 61,6 procent av dessa friskförklaras (s.k. *recovery rate*, definierat som att man inte längre har kliniska mätbara nivåer av ångest eller depression).
- minskningen i depression och ångest var jämnt fördelad mellan kvinnor och män, samt mellan olika åldersgrupper, och personer med olika civilstatus samt mellan dem med invandrarbakgrund och dem utan. Patienter med lägre utbildningsnivå hade dock något sämre utfall.
- de som hade arbete vid behandlingens start visade en större nedgång i symtom på ångest och depression än de som var utan jobb.
- andelen som arbetade hade ökat med 5,6 procent vid slutet av behandlingen.
- minskningen av ångest och depression var stor oavsett längden av behandlingen. De patienter som hade flest möten och längst behandlingsserier visade dock störst nedgång i symtom. För denna grupp kom förändringen gradvis, och kortare behandlingsserier skulle alltså här inte varit ett lika bra alternativ.[27]

[26] Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016.
[27] Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016, s. 8.

Randomiserad kontrollerad studie

Även om FHI:s utvärdering visade på lovande resultat kunde den dock inte säga något om kausaliteten mellan de givna insatserna och de uppmätta resultaten. För att kunna göra detta togs initiativ till två randomiserade kontrollerade studier av RHP-piloterna, Kristiansand och Sandnes.

I studien, som totalt omfattade närmare 700 patienter, bedömdes cirka 60 procent i interventionsgruppen som återställda (*recovery rate* 58,5 procent), jämfört med 32 procent i kontrollgruppen. Patienterna i interventionsgruppen angav också förbättringar i generell funktion och livskvalitet. Däremot kunde studien inte visa på några säkra samband vad gäller RHP:s eventuella effekter på sysselsättning.[28]

4.4 Finland

4.4.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i Finland

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet är, liksom det svenska, i hög grad decentraliserat, även om ett reformarbete för ökad centralisering pågår. Den statliga nivån är ansvarig för lagstiftning och för att utveckla och implementera policies och reformer, men det är den lokala nivån som huvudsakligen organiserar sjukvården. Kommunerna (i dagsläget över 300) ansvarar för att tillhandhålla grundläggande service såsom skola, hälsa och omsorg. De finansierar och organiserar primärvård (ofta gemensamt) och utgör totalt 20 olika sjukhusdistrikt, i vilka de också finansierar och tillhandhåller sjukhusvård.

Den finska hälso- och sjukvården finansieras dels genom kommunala skatter, dels genom den nationella sjukvårdsförsäkringen. Den senare hanteras av Folkpensionsanstalten (FPA) vilken svarar inför riksdagen. Sjukförsäkringsfonden har två delar – en arbetsinkomstförsäkring och en sjukvårdsförsäkring – och är bl.a. ansvarig för att finansiera öppenvårdsmediciner, hälsorelaterade resekost-

[28] NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp dobbelt så effektiv som vanlig oppfølging*; Knapstad et al, *Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial*, Psychoterapy and Psychosomatics 2020;89:90–105, 2020.

nader och sjukersättning samt föräldraförsäkring. Utöver det ersätter den även kostnader för företagshälsovård, vilket finska arbetsgivare är skyldiga att tillhandhålla sina anställda.[29]

4.4.2 Organisering

I Finland är det kommunerna och den specialiserade sjukvården som organiserar det man kallar ”mentalvårdstjänsterna”[30], dvs. hälso- och sjukvårdstjänster inom området psykisk ohälsa. Tjänsterna omfattar handledning, rådgivning och psykosocialt stöd enligt behov, psykosocialt stöd i krissituationer, undersökning och behandling av störningar i den psykiska hälsan samt rehabilitering.

Den kommunala social- och hälsovården svarar för förebyggande, tidig identifiering och lämplig behandling av störningar i invånarnas psykiska hälsa samt för rehabilitering i anslutning till detta. De öppna tjänsterna och social- och hälsovårdens basservice är de primära vid behandling. Mentalvårdstjänster ordnas också på de psykiatriska poliklinikerna inom den specialiserade sjukvården och i form av psykiatrisk sjukhusvård. Den kommunala socialvården ordnar boendetjänster, hemtjänster och arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte för psykiska rehabiliteringspatienter.[31]

Det kan också noteras att Folkpensionsanstalten ersätter rehabiliterande psykoterapi för att förbättra arbets- eller studieförmågan bland 16–67-åringar som lider av störningar i den psykiska hälsan. Målet med sådan rehabiliterande psykoterapi är att stödja och förbättra personens arbets- eller studieförmåga. Med hjälp av rehabilitering försöker man trygga klientens möjligheter att stanna kvar i eller etablera sig i arbetslivet, att återgå till arbete eller att göra framsteg i studierna. Man kan få psykoterapi som ersätts av FPA om:

- ens arbets- eller studieförmåga är hotad p.g.a. psykisk störning
- man efter att den psykiska störningen konstaterats har fått lämplig behandling i minst tre månader

[29] SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform,* avsnitt 3.3.3.
[30] I avsnitten om Finland använder vi det språkbruk och den terminologi som används i den svenska versionen av officiella finska dokument.
[31] Social- och hälsovårdsministeriet, *Mentalvårdstjänster.*

- man utifrån en psykiaters utlåtande bedömer att rehabiliterande psykoterapi behövs för att stödja eller förbättra personens arbets- eller studieförmåga.

Sådan rehabiliterande psykoterapi kan bestå av individuell psykoterapi, grupp-, familje- eller parpsykoterapi. För personer i åldern 16–25 år kan terapin också bestå av musik- eller bildkonstterapi. Psykoterapi för unga kan även innefatta handledningsbesök för föräldrar. FPA ersätter max 80 timmars terapi per år, och totalt max 200 timmar under tre år. Stöd beviljas årligen.[32] Antalet personer som fick rehabiliterande psykoterapi uppgick 2019 till sammanlagt 50 400.[33]

4.4.3 Utvecklingsarbete

År 2020 presenterades en Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030. Strategin identifierar den psykiska hälsans betydelse i en föränderlig värld, där den psykiska hälsan betraktas som en resurs som kan stödjas. Strategin anger att psykiatriska tillstånd kan förebyggas och behandlas effektivt, och den diskriminering och stigmatisering som är förknippad med dem minskas. Eftersom psykisk ohälsa är en utmaning för folkhälsan bör tillgången till vård (inklusive missbruksvård) förbättras så att den motsvarar nivån i övriga social- och hälsotjänster. Strategin ger riktlinjer för beslutsfattandet och inriktningen av verksamheten och resurserna. För att nå målen i strategin krävs ett omfattande samarbete.

Inledningsvis genomförs strategin genom att öka tillgången till förebyggande tjänster och vård på basnivå samt en samarbetsstruktur till stöd för dem. Dessutom utvecklas rehabiliterande mentalvårdstjänster, kompetensen inom psykisk hälsa i kommunerna, samt suicidpreventionen.[34]

Åtgärder i enlighet med målen för strategin för psykisk hälsa genomförs bl.a. som en del av programmet Framtidens social- och hälsocentral. Programmet är en del av reformen av social- och hälsovården och syftar till att utvecklas basservicen och bygga upp heltäck-

[32] FPA, *Rehabiliterande psykoterapi*.
[33] FPA, *FPA-statistik Rehabilitering 2019*, 2020.
[34] *Social- och hälsovårdsministeriet, Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030*, 2020, s. 3.

ande social- och hälsocentraler, där människor får tjänster och hjälp smidigt och enligt sina individuella behov. Programmet genomförs genom regionala utvecklingsprojekt som finansieras med statsunderstöd.[35]

I programmet Framtidens social- och hälsocentral stärks:

– Tillgången till psykoterapi och förebyggande och terapeutiska psykosociala metoder inom primärvården för alla åldersgrupper.
– Samarbetsstrukturen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården för att stödja identifieringen av störningar och genomförandet av interventioner.

Dessutom riktas en del av finansieringen av strategin för psykisk hälsa till andra åtgärder som utvecklar mentalvårdstjänsterna: tjänster för rehabilitering till arbetslivet, kunskaper om psykisk hälsa och förebyggande av självmord.[36]

4.5 Sammanfattande reflektioner

Såväl Englands som Norges och Finlands hälsosystem skiljer sig från det svenska i centrala avseenden. Både Englands och Norges system är mer centraliserade, dvs. staten har en mer operativ roll i såväl styrning som finansiering än i Sverige, där regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården. Dels har deras hälsosystem historiskt sett byggts mer kring en primärvård utgående från ensampraktiserande allmänläkare, snarare än de svenska vårdcentralerna som vanligen samlar flera olika professioner under samma tak. Även om de nu, liksom i många andra hälsosystem, rör sig mot en mer multidisciplinär, integrerad arbetsstyrka, i primärvården.

Mot denna bakgrund är det begripligt att den lösning man valde i England, IAPT, initialt skapades som en egen organisatorisk entitet, friställd från såväl ordinarie allmänläkarmottagningar som den specialiserade psykiatrin. Efter hand som arbetet med IAPT utvecklats och utvärderats har man dock sett ett behov av bättre integrering med den ordinarie primärvården, för att säkerställa att man kan möta patienters såväl fysiska som psykiska problem på ett sammanhållet

[35] Social- och hälsovårdsreformen, *Programmet Framtidens social- och hälsocentral.*
[36] Social- och hälsovårdsministeriet, *Strategi för psykisk hälsa 2020–2030,* 2020.

sätt. Som vi sett ovan är detta därmed nu ett fokusområde i den fortsatta utvecklingen av IAPT. På motsvarande sätt satsar man även i Finland på att stärka tillgången till psykologisk behandling på social- och hälsocentralerna inom kommunerna.

Norge å sin sida kan ses som lite av en mellanväg, där man tydligt framhöll vikten av att RHP skulle samverka med specialistvården, fastläkare och övriga kommunala tjänster. Avsikten var, även om detta var ett nytt behandlingsutbud, att komplettera, inte ersätta, existerande utbud. I den norska modellen framhålls även att såväl behandling som uppföljning sker i interprofessionella team, snarare en hos en enskild profession.

I Sverige har vi sedan lång tid våra hälso-/vårdcentraler uppbyggda med en bred interprofessionell kompetens som grunden för primärvården. Detta ger oss, rätt använt, goda förutsättningar att dra fördel av primärvårdens och generalisternas specialistkompetens – att se till hela människan, såväl de fysiska som psykiska behoven.

Vår analys är därför att vi bör bygga vidare på denna styrka när vi utvecklar den svenska primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Snarare än att skapa nya separata, organisationer eller strukturer för omhändertagande av den psykiska ohälsan i primärvården bedömer utredningen att vi bör vidareutveckla, bättre strukturera och stärka befintliga primärvårdsverksamheters arbete med psykisk ohälsa.

Samtidigt bedömer vi att det finns viktiga lärdomar att dra från såväl Englands som Norges arbete med att skapa tydliga strukturer till stöd för både patienter och medarbetare. Dessa strukturer bör omfatta tillgänglighet, bedömning och behandling, samt kopplas till krav på kontinuerlig uppföljning och ständiga förbättringar. Likaså kan Finlands nyligen genomförda arbete med en 10-årig strategi tjäna som inspiration för det svenska arbetet.

5 Primärvårdens grunduppdrag

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

Utredningens förslag: Det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) om primärvårdens grunduppdrag ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

Skäl för utredningens förslag

Bakgrunden till ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

Den 1 juli 2021 träder den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL i kraft, som genom att ange vad som ingår i primärvårdens grunduppdrag fastställer en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Bakgrunden till den nya bestämmelsen kan sammanfattas med förväntningar om ett bättre uppfyllande av målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen. Genom att reglera ett grunduppdrag för primärvården i författning är avsikten att primärvården ska bli mer enhetlig i landets regioner och kommuner och därmed erbjuda en mer jämlik vård. Det avser att förtydliga de förväntningar och grundläggande krav som finns på primärvården och att skapa

överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Enligt regeringen kan ett sådant uppdrag bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.[1]

Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården har sin bakgrund i flera tidigare analyser och förslag om att, i syfte att skapa en mer enhetlig primärvård över landet och därmed bättre förutsättningar för en jämlik vård, tydliggöra primärvårdens uppdrag. Frågan diskuterades bl.a. i samband med att det gjordes obligatoriskt för regionerna att inrätta valfrihetssystem inom primärvården. Även om ett sådant uppdrag då inte kom att regleras, lyfte regeringen behovet av att regionerna, för en likvärdig behandling i hela landet, skapade en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen uttalade också att behovet av ett fastställt grunduppdrag för primärvården fortsatt skulle övervägas.[2]

När Riksrevisionen granskade hur det obligatoriska vårdvalet hade påverkat primärvårdens möjligheter att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor, noterade myndigheten skillnader i primärvårdarnas innehåll. Myndigheten menade att skillnaderna innebar att hälso- och sjukvårdens grundläggande principer om likvärdig vård och prioriteringar inte uppfylldes och rekommenderade nya initiativ till en formulering av ett mer enhetligt primärvårdsuppdrag.[3] Som svar på Riksrevisionens granskning uttalade regeringen att det fanns fördelar med ett tydligare formulerat grunduppdrag[4] för primärvården och gav Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur regionerna formulerar sina primärvårdsuppdrag. Även Socialstyrelsen noterade en variation regionerna emellan avseende utformningen av primärvårdsuppdraget och menade att en tydligare definition på nationell nivå skulle kunna bidra till att minska skillnaderna.[5]

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården föreslog i sitt slutbetänkande att primärvårdens uppdrag skulle regleras i HSL.[6] Våra ursprungsdirektiv från 2017 är sprungna ur de förslag som den nationella samordnaren

[1] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 75.
[2] Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 33.
[3] Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*, RiR 2014:22.
[4] Skr. 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning*.
[5] Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*, 2016.
[6] SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

lämnade. Genom de direktiven fick vi i uppdrag att analysera förslagen vidare, bl.a. det om ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. I SOU 2018:39 lämnade vi vårt förslag till utformning av ett sådant uppdrag.[7]

Vårt förslag behandlades i prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Som skäl för ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården anför regeringen bl.a. följande:

> Enligt regeringens bedömning är det rimligt att utgå ifrån att alla har samma behov av hälso- och sjukvård oavsett var de bor i landet. Varje enskild individ behöver inte använda alla delar av hälso- och sjukvården under sin livstid men överallt i landet finns ett samlat behov av alla hälso- och sjukvårdens delar. Det finns därför ingen anledning för primärvårdens grundläggande utbud att variera. […] Ett nationellt utformat grunduppdrag underlättar för invånarna att veta vad de kan förvänta sig av primärvården oavsett i vilken region eller vilken kommun de befinner sig. […] Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården utgör ett viktigt steg i omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. [8]

Grunduppdraget för primärvården innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar, samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården och möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Uppdraget består således av fem delar, angivna i fem punkter i nämnda bestämmelse.

Den första delen av uppdraget, punkt ett, avser primärvårdens tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster för vanligt förekommande vårdbehov. Bakgrunden till formuleringen vanligt förekommande vårdbehov är regeringens bedömning att beskrivningen av primärvårdens grunduppdrag bör inledas med en allmänt hållen bestämmelse om vilka hälso- och sjukvårdstjänster som ska tillhandahållas och bör ha en tydlig koppling till vilka behov av hälso- och sjukvård som primärvården ska tillgodose. Vad som närmare avses med

[7] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.
[8] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* s. 77.

vanligt förekommande vårdbehov får avgöras av respektive huvudman. Det kan vara fråga om såväl enkla som mer kvalificerade hälso- och sjukvårdstjänster.[9]

Kapitel 13 a är nytt och innehåller denna enda första paragraf. Kapitlet ingår i HSL:s avdelning V, *Övriga bestämmelser för huvudmännen*. Med huvudman i HSL:s mening avses den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Primärvårdens grunduppdrag gäller således endast för hälso- och sjukvård som regioner och kommuner är skyldiga att tillhandahålla med stöd av HSL. Det omfattar således regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå där ansvaret att erbjuda vården följer av HSL. Kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård där ansvaret att tillhandahålla den inte följer av HSL omfattas således inte, oavsett om verksamheten skulle kunna betraktas som primärvård. Elevhälsa är ett exempel på verksamhet som inte omfattas, där ansvaret att tillhandahålla vården i stället regleras i skollagen (2010:800).[10]

Den psykiska ohälsan i primärvården

Som vi beskrivit från starten av vårt arbete har det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet tillkommit i en annan kontext än dagens, när vanligt förekommande vårdbehov var andra än de som är vanligt förekommande i dag. Vi har i detta betänkande redogjort för hur den psykiska ohälsan historiskt haft en undanskymd roll i hälso- och sjukvården och i debatten som helhet. När hälso- och sjukvård har diskuterats och planerats har den somatiska vården på olika sätt haft företräde. Vi har också resonerat kring hur den psykiska ohälsan på senare tid fått ökat fokus och hur ekonomiska satsningar, uppdrag och utredningar allt eftersom på olika sätt har identifierat och uppmärksammat denna ohälsa, men dessa olika initiativ har inte i någon högre utsträckning inkluderat primärvården (se avsnitt 2.6 och 3.2).

I grunduppdraget för primärvården inkluderas omhändertagande av psykisk ohälsa. Av primärvårdens definition följer att dess uppdrag inte är begränsat i fråga om t.ex. sjukdomar. Majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns redan i dag i primärvården.

[9] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 117 f.
[10] 2 kap. 25 § skollagen.

Som framgår av kap. 2 och 3 tillhandahålls dock inte hälso- och sjukvårdstjänster eller uppföljning för dessa enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov.

Kännetecknande för primärvårdsverksamheten är dess breda uppdrag. Den definieras genom sin generalistkompetens och sitt omhändertagande av alla former av ohälsa som kräver hälso- och sjukvård, i den mån specifik specialistkompetens inte krävs. Att uppdraget för primärvården är brett till sin natur och inkluderar flera delar ger stort utrymme för variation av innehåll. Utöver att primärvårdens uppdrag per definition är brett har den heller inte varit föremål för någon uttalad nationell styrning i högre grad. Det har gett ytterligare utrymme för primärvården att utvecklas på olika sätt, inklusive primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Ett exempel består i den stora variationen regionerna emellan i vilken utsträckning bedömning av psykologer och kuratorer tillhandahålls inom vårdgarantins tre dagar (se avsnitt 3.5.3). Kravet på bedömning inom tre dagar, när en sådan har ansetts behövas, uppfylls dessutom i betydligt mindre utsträckning när det gäller psykologer och kuratorer än när det gäller t.ex. läkare och sjuksköterskor. Socialstyrelsens senaste rapport om tillgången på legitimerad personal visar vidare att skillnaden i tillgång till vissa yrkesgrupper av relevans för psykisk ohälsa är stor mellan regionerna (se avsnitt 3.7.1). Den enskilda regionen med flest psykologer i förhållande till antal invånare hade t.ex. mer än tre gånger så många som den med minst antal. År 2016 hade Stockholms sjukvårdsregion nästan dubbelt så många psykiatriker per invånare som övriga sjukvårdsregioner. Samma sak gäller för psykologer och psykoterapeuter.

En rapport från Socialstyrelsen visar vidare att personer över 65 år, hos vilka psykisk ohälsa är vanligare än hos personer yngre än så, i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel och i primärvården, trots att de kan ha behov av andra insatser såsom t.ex. psykologisk behandling.[11] Även om det i denna åldersgrupp finns samma behov av individuella bedömningar i fråga om val av insats som hos befolkningen som helhet, något som också tydliggjorts under coronapandemin.

Av vår kartläggning av regionernas primärvårdsuppdrag inom uppdragsdelen psykisk ohälsa (se avsnitt 3.4) framgår att det varierar i vilken utsträckning denna del av primärvårdsuppdraget är beskrivet

[11] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

i de förfrågningsunderlag som ligger till grund för vårdens innehåll och utformning. Ibland finns ingen tydlig beskrivning, ibland är denna del av uppdraget beskriven på ett mycket övergripande sätt. Många beskriver uppdraget i generella termer såsom att det avser första linjens hälso- och sjukvård eller första linjens psykiska hälsa. Vilka förväntningar eller krav regionen har på verksamhetens bedrivande i dessa delar av uppdraget är därmed inte tydligt formulerat, vilket lämnar stort utrymme för bedömningar och olika sätt att uppfylla kravställandet och att tillhandahålla vården i fråga. Det varierar också regionerna emellan i vilken mån det ställs krav på särskilda professioner för uppdragets bedrivande. Vidare framgår att ungefär hälften av regionerna avgränsar denna del av uppdraget till vissa diagnoser eller tillstånd, men att det hos resterande hälft inte är närmare preciserat vilken eller vilka grupper av patienter som insatserna är tänkta att erbjudas för. Några grundläggande gemensamma ramar för hur insatserna inom ramen för uppdragsdelen psykisk ohälsa ersätts finns inte heller. I flera regioner syns inte området psykisk ohälsa i modellen för ersättning. Det är också otydligt och varierande i vilken mån arbetet med den psykiska ohälsan följs upp.

Psykisk ohälsa är ett område som man, ur olika aspekter och på olika sätt, arbetar med inom många kommunala verksamheter. För utredningens uppdrag är det dock specifikt kommunernas lagstadgade ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård, på primärvårdsnivå, som analyseras. Vad gäller kommunernas primärvårdsuppdrag har det under utredningens dialoger påpekats att hälso- och sjukvård är ett relativt nytt ansvar att organisera för kommunerna, både för politik och tjänstemän, och att hälso- och sjukvårdskompetens varierar bland dem som ska utforma uppdrag och styra verksamheter. Detta, och de konsekvenser det medfört, har också uppmärksammats i samband med coronapandemin.[12]

När vi kartlagt hur hälso- och sjukvårdsuppdraget är beskrivet hos de kommuner som upphandlar särskilt boende (säbo) för äldre enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) (se avsnitt 3.4.8) ser vi att det generellt är en relativt stor variation i såväl detaljeringsgrad som innehåll, och vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på en övergripande nivå, som ”hälso- och

[12] Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

sjukvård upp t.o.m. sjuksköterskenivå (inklusive arbetsterapeut och fysioterapeut)". Därutöver lyfts hos de flesta framför allt lagstadgade krav, såsom t.ex. krav på verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och dokumentation.

I de flesta underlag sägs mycket lite, om något, kring t.ex. kunskapsstöd och rutiner av relevans för uppdraget. Inget nämner några specifika kunskapsstöd eller riktlinjer kopplade till psykisk ohälsa.

Vad gäller kompetenser kravställs vanligen att det ska finnas sjuksköterska, samt, i olika utsträckning, fysioterapeut och arbetsterapeut. Även krav på tillgång till dietist är vanligt förekommande. Underlagen lyfter dock inte behov av specialistsjuksköterskekompetens, i form av t.ex. distriktsköterska, inom vård av äldre eller inom psykiatri. Inte heller på andra specifika sätt lyfts behovet av kunskap om äldres psykiska hälsa i förhållande till kompetenskrav.

Det bör synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa

Statliga satsningar inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa har bestått och består fortsatt i stor utsträckning i riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Effekterna av dessa satsningar har inte alltid gått att mäta. De löper ofta över ett begränsat antal år och riskerar därmed att ha kortvariga effekter. Det är samtidigt viktigt att framhålla att dessa satsningar förstås i sitt sammanhang många gånger förändrat och påverkat utvecklingen till det bättre, även om de inte alltid utformats på ett sätt som möjliggjort en mer långsiktig uppföljning över tid av statens insatser på området (se avsnitt 3.2).

I mindre utsträckning har normering använts som en form för statlig styrning på området. Genom lag och andra föreskrifter skapas dock nationell enhetlighet, långsiktighet och tydlighet. Regleringen av grunduppdraget för primärvården är ett exempel på hur normering har tillämpats i syfte att skapa enhetlighet och därigenom förutsättningar för en mer jämlik vård.

Det har i utredningens dialoger framförts att det skulle underlätta om det fanns ett tydligt stöd i lagstiftning för att primärvården ska organiseras och planeras också med hänsyn till behovet av omhändertagande av den psykiska ohälsan. Det uppfattas som ett stöd

för de funktioner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården. Regleringen av grunduppdraget för primärvården är, tillsammans med bl.a. en ändrad definition av primärvården[13], ett steg i omställningen av hälso- och sjukvården och reformen av primärvården. Dessa författningsändringar avser att förtydliga de förväntningar och grundläggande krav som finns på primärvården och att skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Enligt utredningen bör detta redan påbörjade arbete med författningsändringar i HSL för en stärkt primärvård användas och utvecklas i syfte att särskilt adressera den psykiska ohälsan.

Redan av definitionen av primärvård, som bl.a. anger att det är fråga om hälso- och sjukvårdsverksamhet utan avgränsning i fråga om t.ex. sjukdomar, följer att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa, även om det inte anges explicit. Det gäller både den nu gällande definitionen och den nya definition som träder i kraft den 1 juli 2021.[14] Det görs heller ingen indelning i fysisk eller psykisk ohälsa i övriga bestämmelser i HSL. I de sammanhang där begreppen hälso- och sjukvård, hälsa m.m. förekommer, inkluderas omhändertagande av både fysiska och psykiska behov. Det gäller t.ex. definitionen av hälso- och sjukvård, som anger att hälso- och sjukvård bl.a. är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det gäller också målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, där god hälsa avser både fysisk och psykisk hälsa. Samma princip gäller bestämmelsen om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Mot bakgrund av att hälso- och sjukvårdstjänster för psykiska vårdbehov i primärvården generellt inte tillhandahålls och följs upp enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov, samtidigt som majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns i dessa verksamheter, menar utredningen att det bör synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att de hälso- och sjukvårdstjänster som primärvården särskilt ska tillhandahålla inkluderar både fysiska och psykiska vårdbehov.

[13] Se prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 67 ff.
[14] Se 2 kap. 6 § HSL samt lag (2020:1043) *om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*.

Att explicit ange både fysiska och psykiska aspekter är inte främmande i författning generellt. I socialtjänstlagen (2001:453) som också utgör en ramlag, regleras bl.a. kommuners ansvar för människor med funktionshinder. Här anges t.ex. att socialnämnden och kommunen ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen samt planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder.[15] Att både fysiska och psykiska funktionshinder avses infördes uttryckligen i lagtexten i samband med den s.k. Psykiatrireformen i syfte att tydliggöra kommunens ansvar också för psykiskt funktionshindrade.[16] På liknande sätt är det i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) uttryckligen angett att insatser för särskilt stöd och särskild service, under vissa angivna förutsättningar, kan ges åt personer med varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder.[17] Tvångsvård med stöd av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska, under förutsättning att flera i lagen angivna rekvisit är uppfyllda, beslutas när någon till följd av ett fortgående missbruk utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara.[18] Högskoleförordningen (1993:100), där universitets och högskolors ansvar för tillgång till studenthälsovård regleras, anger att studenterna ska ha tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa.[19] I arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML), där arbetsgivares ansvar för arbetstagares arbetsmiljö regleras, anges att arbetsförhållandena ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.[20] Barnkonventionen är ytterligare ett exempel, där det talas om fysisk eller psykisk hälsa samt fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.

Att det av ordalydelsen av en bestämmelse i HSL som gäller primärvård framgår att avsedda vårdbehov omfattar både fysisk och psykisk ohälsa innebär inte att övriga bestämmelser i HSL som innefattar begrepp som hälso- och sjukvård, hälsa m.m. exkluderar den psykiska ohälsan. I den specialiserade vårdens organisering får den psykiska ohälsan dock automatiskt ett eget utrymme och därmed en synlighet, inom ramen för de psykiatriska specialiteterna.

[15] 5 kap. 7 och 8 §§ SoL.
[16] Prop. 1993/94:218, *Psykiskt störda villkor.*
[17] 1 § 3 LSS.
[18] 4 § första stycket 3 a LVM.
[19] 1 kap. 11 § högskoleförordningen.
[20] 2 kap. 1 § andra stycket AML.

Primärvårdens organisering skiljer sig från den specialiserade vårdens och till följd av primärvårdens allmänna uppdrag finns ett särskilt behov av att synliggöra den psykiska ohälsan i detta.

Vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov

Den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL som träder i kraft den 1 juli 2021 anger, i bestämmelsens första punkt, att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Utredningen föreslår att lydelsen i stället ska vara att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

En sådan uttrycklig angivelse om att både fysiska och psykiska vårdbehov omfattas av grunduppdraget tror vi kan öka förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård också i de delar som avser psykisk ohälsa. Det synliggör *att* psykiska vårdbehov omfattas. Det synliggör primärvårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa för samtliga huvudmän, som har att förhålla sig till denna i planeringen och organiseringen av primärvården. Med hänsyn till det kommunala självstyret är det fortfarande upp till respektive huvudman att i planeringen av hälso- och sjukvården avgöra *vilka* psykiska vårdbehov som är vanligt förekommande och som därmed organisatoriskt ska omhändertas i primärvården.[21] De flesta regioner har mer eller mindre utförliga rutiner och dokument som beskriver vilken form av ohälsa som ska hanteras på vilken vårdnivå.

Det är också upp till respektive huvudman att bedöma hur de vanligt förekommande psykiska vårdbehoven bäst tillgodoses. Det gäller såväl vilka arbetsmodeller och metoder för omhändertagande som ska tillämpas i verksamheten, som vilken kompetens- och resurssättning som krävs. Det senare inkluderar bedömningen hur sammansättningen av kompetenser bör se ut.

[21] På vilken nivå vissa vårdbehov ska omhändertas är bara relevant avseende regionernas primärvård, eftersom all kommunal hälso- och sjukvård utgör primärvård.

Synliggörandet fyller också en funktion på ett mer övergripande plan. Härigenom tydliggörs primärvårdens roll som första instans att möta människor med psykisk ohälsa för allmänhet, patienter, brukare, närstående m.fl. Avseende ett grunduppdrag som sådant uttalade regeringen att ett sådant underlättar för invånarna att veta vad de kan förvänta sig av primärvården, oavsett i vilken region eller kommun de befinner sig.[22] Samma resonemang kan tillämpas avseende det nu föreslagna tillägget. Genom att det tydligt framgår att primärvården som första instans omhändertar även psykisk ohälsa, tror vi att stigmat att vända sig till hälso- och sjukvården med det som av den enskilde kan uppfattas som mildare besvär kan minska, och att möjligheterna att nå ut med hälso- och sjukvårdsinsatser till de som behöver men kanske inte söker dem kan förbättras.

5.2 Konsekvensanalys

5.2.1 Övergripande konsekvenser av förslaget

Utredningens bedömning: Förslaget att det av bestämmelsen i HSL om primärvårdens grunduppdrag uttryckligen ska framgå att med vanligt förekommande vårdbehov avses både fysiska och psykiska vårdbehov, adresserar den psykiska ohälsan i omställningen till en mer nära vård och i utvecklingen av primärvården som nav i hälso- och sjukvården. Det synliggör primärvårdens roll i omhändertagandet av den psykiska ohälsan, dels för huvudmännen i deras planering och organisering av primärvården, dels för patienter och närstående. Härigenom skapas bättre förutsättningar för ett jämlikt omhändertagande och därigenom på sikt en förbättrad psykisk hälsa.

5.2.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Förslaget avser att öka förutsättningarna för ett nära och jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården och därigenom en på sikt förbättrad hälsa. Det har inte några negativa ekonomiska konsekvenser för samhället.

[22] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 77.

Psykisk ohälsa genererar stora samhällskostnader i form av dels vård- och läkemedelskostnader, dels de produktionsförluster som uppstår p.g.a. sjukskrivningar. Under 2015 stod kostnader för det som rubriceras som psykisk ohälsa, direkt och indirekt, för nästan 5 procent av Sveriges bruttonationalprodukt, motsvarande 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, t.ex. som följd av ohälsans konsekvenser på arbetsmarknaden.[23] Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste orsaken till sjukskrivning och den diagnosgrupp som har de längsta sjukskrivningstiderna samt lägst grad av återgång i arbete.[24]

Det finns således stora samhällsekonomiska vinster i ett välfungerande omhändertagande av psykisk ohälsa. Det är inte möjligt att dra några säkra slutsatser kring följderna av vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag, givet att många olika faktorer påverkar. På ett övergripande plan kan dock konstateras att en mer jämlik primärvård över landet kan förväntas leda till förbättrad hälsa och därmed samhällsekonomiska vinster. I prop. 2019/20:164 har redogjorts för de förväntade samhällsekonomiska effekterna av den ändrade definitionen av primärvården och det nationellt utformade grunduppdraget för primärvården, vilka utgör basen för det som betecknas som en primärvårdsreform. Sammantaget syftar de förslagen till att de gemensamma resurserna ska användas mer effektivt. Att synliggöra den psykiska ohälsan i ett sådant sammanhang torde skapa ytterligare förutsättningar för en effektivare användning av resurserna i fråga om vård för psykisk ohälsa.

Vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag kan förstås inte ensamt förväntas leda till samhällsekonomiska effekter i form av ett mer jämlikt omhändertagande, ökat psykiskt välbefinnande och förbättrad folkhälsa. Föreskrifter i lag ger goda möjligheter att synliggöra en viss fråga, men komplexiteten i omhändertagandet av den psykiska ohälsan är betydligt större än att frågan kan lösas enbart med ett synliggörande i lag. För att skapa en jämlik och tillgänglig primärvård som naturligt utgör en första instans att möta människor med psykisk ohälsa, krävs åtgärder på flera administrativa nivåer. Bäst förutsättningar finns när frågan adresseras samtidigt på flera olika sätt och genom olika förslag, insatser och åtgärder. Vårt

[23] OECD/EU, *Health at a glance: Europe*, 2018, s. 26 ff.
[24] Försäkringskassan, *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning,* Korta analyser 2017:1.

förslag till tillägg i bestämmelsen om primärvårdens grunduppdrag utgör ett sådant sätt.

Att synliggöra primärvårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa skapar bättre förutsättningar för jämlika strukturer hos huvudmännen, såväl de regionala som de kommunala, i omhändertagandet av den psykiska ohälsa som redan i dag hanteras i primärvårdens verksamheter. Synliggörandet kan också ha inverkan på i vilken utsträckning enskilda individer vänder sig till primärvården med upplevd psykisk problematik. Stora utmaningar finns i att nå många av de människor som mår psykiskt dåligt och som skulle vara hjälpta av kontakt med primärvården. Fortfarande finns hos många ett stigma i att vända sig till hälso- och sjukvården med psykiska besvär och många människor lider utan att hälso- och sjukvården har kännedom om deras ohälsa. Genom vårt förslag till formulering av grunduppdraget tydliggörs primärvårdens roll som första instans att vända sig till vid sådan ohälsa. Härigenom kan möjligheterna att nå enskilda med psykisk ohälsa förbättras.

5.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Regeringens konsekvensanalys avseende ett grunduppdrag för primärvården

Regeringen konstaterar i prop. 2019/20:164 att ett reglerat grunduppdrag för primärvården innebär att regioner och kommuner behöver säkerställa att primärvården särskilt utför vissa uppgifter som huvudmännen enligt författning även före ett reglerat grunduppdrag är skyldiga att göra. Eftersom all hälso- och sjukvård hos kommunerna är på primärvårdsnivå anses ett grunduppdrag inte på något påtagligt sätt påverka kommunernas möjlighet att organisera primärvården. Avseende regionerna konstaterades det emellertid stå dem fritt att själva avgöra på vilken nivå vissa insatser i hälso- och sjukvården ska utföras, när det inte är särskilt angett att de ska utföras just i primärvården. Resonemanget fördes avseende punkt 4 och 5 i förslaget till grunduppdrag, som avser samordning av insatser för patienten samt medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Genom att reglera att dessa insatser ska utföras inom primärvården, innebär regleringen av grunduppdraget enligt regeringen en

viss inskränkning i det kommunala självstyret.[25] Inskränkningen bedömdes dock proportionerlig. I denna bedömning vägdes in den breda uppfattningen hos regeringen, tidigare utredningar, remissinstanser m.fl. om behovet av en förändring av strukturen och sättet att organisera vården. En stärkt primärvård, vilket ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården är ett uttryck för, menade regeringen kan ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt. Regeringen menade vidare att förslaget till utformning av grunduppdraget är övergripande och omfattar de insatser som typiskt sett, såväl nationellt som internationellt, anses utgöra kärnan i första linjens hälso- och sjukvård. Vidare reglerar inte grunduppdraget hur uppdraget ska utföras, utan utrymme för anpassning till regionala och lokala förhållanden lämnas.

Utredningens konsekvensanalys avseende tillägget om fysiska och psykiska vårdbehov

Omhändertagande av psykisk ohälsa är inte en sådan viss uppgift eller insats som det med tillämpning av regeringens resonemang ovan kan hävdas att vissa regioner[26] enbart hanterar på annan vårdnivå än på primärvårdsnivå. Ansvaret för hälso- och sjukvårdstjänster avseende psykisk ohälsa är bredare än så och gör sig gällande på alla vårdnivåer inom hälso- och sjukvården, inklusive primärvården, oavsett hur regionerna i övrigt har organiserat sin hälso- och sjukvård. Primärvården är per definition heller inte avgränsad i fråga om t.ex. sjukdomar. Den svarar således redan i dag för psykisk ohälsa. En reglering som anger att vanligt förekommande psykiska vårdbehov ska ingå i grunduppdraget för primärvården inskränker således inte regionernas möjlighet att organisera sin hälso- och sjukvård och sitt vårdvalsuppdrag. I sammanhanget kan också noteras att vår kartläggning av hur regionerna organiserar sin primärvård visar att samtliga inkluderar psykisk ohälsa i primärvårdsuppdraget. De allra flesta inkluderar denna del av uppdraget i sitt breda primärvårdsvårdval. Hos ett fåtal regioner är uppdragsdelen psykisk ohälsa i stället till

[25] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 86 f. och s. 104.
[26] Eftersom all hälso- och sjukvård hos kommunerna är på primärvårdsnivå anses ett grunduppdrag inte på något påtagligt sätt påverka kommunernas möjlighet att organisera primärvården.

viss del förlagd till ett separat vårdval, fortfarande på primärvårdsnivå. Vårt förslag påverkar inte denna möjlighet till variation för regionerna.

Vidare innebär inte vårt förslag att huvudmännen får nya eller förändrade skyldigheter avseende *vilka* vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ska omhändertas i primärvården. Det är, precis som konstaterades av regeringen avseende vad som utgör vanligt förekommande vårdbehov, fortfarande en fråga för huvudmännen att bedöma och bestämma.

En jämförelse kan göras med regeringens resonemang avseende förslaget om en ändrad definition av primärvården. Förslaget inkluderar bl.a. att ordet *bedömning* läggs till i uppräkningen av de olika slag av insatser som primärvården ska utföra.[27] Definitionen är därigenom tänkt att anpassas till den ändring som gjorts i fråga om vårdgarantin, som sedan den 1 januari 2019 i stället för en försäkran om att den enskilde inom viss tid får besöka läkare inom primärvården, innebär en försäkran om att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.[28] Avseende tillägget av ordet bedömning i definitionen av primärvård uttalade regeringen att primärvården redan i dag svarar för medicinsk bedömning och behandling, även om detta inte uttrycks explicit i definitionen. Förslaget till ändrad definition ansågs, med tillägget av ordet bedömning inkluderat, inte innebära något nytt åtagande för regioner eller kommuner och därmed inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. På motsvarande sätt kan konstateras att primärvården redan i dag svarar för omhändertagande av både fysiska och psykiska vårdbehov, även om det inte explicit anges i lagstiftningen. Vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag innebär därmed inte något nytt åtagande för regioner och kommuner. Det leder därmed inte till inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

[27] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 67 ff.
[28] Se 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821) samt prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

5.2.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Vårt förslag medför inte några nya obligatoriska uppgifter för regionerna och kommunerna, utan avser att på ett generellt och övergripande plan synliggöra den psykiska ohälsan. Avsikten är att förslaget ska skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Synliggörandet i grunduppdraget för primärvården, som avser att skapa en nationell enhetlighet och därmed en jämlik primärvård, ger förutsättningar för ett jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa i hela landet. Primärvården svarar redan i dag för hälso- och sjukvårdsbehov relaterade till psykisk ohälsa. Redan i dag ska huvudmännen planera primärvården så att både fysisk och psykisk ohälsa kan omhändertas. Då det inte är fråga om några nya obligatoriska uppgifter eller någon skillnad i ambitionsnivå är finansieringsprincipen inte tillämplig och förslaget får därmed inga ekonomiska konsekvenser för staten.

Det kan noteras att regeringen gör flera olika satsningar som syftar till ett förbättrat omhändertagande av den psykiska ohälsan och en generellt sett ökad folkhälsa. I budgetpropositionen för 2021 föreslår regeringen en ökning med 1 177,5 miljoner kronor under 2021 till anslaget för bidrag till psykiatri. Totalt uppgår därmed anslaget till cirka 2 164 miljoner kronor. För 2022 beräknas en motsvarande ökning av resurserna.

5.2.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna

Redan enligt nu gällande lagstiftning är regioner och kommuner skyldiga att i primärvården erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster som tillmötesgår behovet av vård för fysisk och psykisk ohälsa. Vårt förslag medför inte att huvudmännen ges ett utökat ansvar eller fler skyldigheter än de har i dag. Det samlade ansvaret är således detsamma. Den kommunala finansieringsprincipen är därmed inte tillämplig.

Det stora behovet av vård för psykisk ohälsa, enligt vissa beräkningar ökande, som kan konstateras utifrån en mycket stor del av sjukskrivningarna, andelen människor som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande m.m., innebär att det kommer att ställas krav på primärvården. Hur regionerna och kommunerna väljer att fördela de

ekonomiska resurserna mellan olika verksamheter och vårdbehov är en fråga för dem att avgöra, utifrån lokala förutsättningar.

Ett synliggörande av primärvårdens uppdrag avseende psykisk ohälsa kan förväntas underlätta för de funktioner som arbetar med planering, utformning och beställning av olika verksamheter. Det synliggör även behovet av strukturerad uppföljning av primärvårdens insatser vad gäller psykisk ohälsa.

5.2.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Utredningen anser att det finns goda förutsättningar för att ett synliggörande av den psykiska ohälsan i det nationellt reglerade grunduppdraget för primärvården kan skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå och därmed förutsättningar för en mer jämlik tillgång till en likvärdig vård i hela landet. Att tydliggöra uppdraget vad gäller psykisk ohälsa kan förbättra förutsättningarna för implementering av evidensbaserade metoder och därigenom tillhandahållande av mer jämlik vård. Avsikten med det reglerade grunduppdraget som sådant är en viss nationell enhetlighet och en miniminivå avseende vad primärvården ska erbjuda. Att inkludera psykisk ohälsa i denna enhetlighet och miniminivå kan bidra till ett mer jämlikt omhändertagande också av psykisk ohälsa.

5.2.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Enligt undersökningar lider fler kvinnor än män i dag av någon form av psykisk ohälsa, med diagnos eller med upplevt nedsatt psykiskt välbefinnande som inte uppfyller kriterierna för diagnosticering. Samtidigt är män överrepresenterade i statistiken avseende suicid. Generellt sett kan insatser som adresserar den psykiska ohälsan således förväntas få effekter på människor av alla könsidentiteter, dvs. kvinnor, män och personer med annan könsidentitet. Det är dock rimligt att förvänta sig att vissa insatser, t.ex. sådana som syftar till förbättrade sjukskrivningstal, kommer kunna visa störst effekt på den psykiska ohälsan hos kvinnor och att insatser riktade mot suicidtalen förväntas visa på störst effekt i fråga om mäns psykiska välmående.

Utredningens förslag till synliggörande av primärvårdens roll i omhändertagandet av den psykiska ohälsan syftar till att skapa bättre förutsättningar för en god, tillgänglig, nära och jämlik primärvård för de som lider av psykisk ohälsa. Förslaget adresserar inte någon särskild form av psykisk ohälsa och det är därför svårt att säga något om olika förväntade konsekvenser för kvinnor, män och personer med annan könsidentitet. På ett generellt plan kan konstateras att ett jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa ger bättre förutsättningar för såväl kvinnor som män som personer med annan könsidentitet, vilket bör kunna påverka jämställdheten i positiv riktning.

5.2.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

En god patientsäkerhet, i syfte att minimera vårdskador, förutsätter en hög medvetenhet och god kunskap hos alla inblandade om såväl den psykiska som den fysiska ohälsan, för att på bästa möjliga sätt se och möta varje persons behov. Att adressera den psykiska ohälsan i grunduppdraget och därigenom skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå ger förutsättningar för ökad sådan kunskap.

För att uppnå bästa möjliga medicinska resultat samt bibehålla och öka invånares, patienters, brukares och närståendes förtroende för primärvården är ett gott och evidensbaserat omhändertagande av såväl den fysiska som den psykiska ohälsan av största vikt. Genom att synliggöra primärvårdens uppdrag för den psykiska ohälsan tydliggörs att huvudmännens uppdrag att möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete i primärvården omfattar även detta område.[29] Därigenom kan möjligheten för forskning, på områden där kunskap i dag saknas, förbättras. Det bidrar till förbättrad kvalitet och patientsäkerhet även för kommande patienter. Till följd av stora behov hos många patienter, relaterat till t.ex. stress och utmattning, förekommer det i dag att metoder som ännu inte är väl beforskade kommer till klinisk användning. Förslaget förväntas bidra till ökat fokus på behovet av att strukturerat samla kunskap om olika metoder och arbetssätt och därmed minska risken för såväl över-

[29] Av den femte punkten i 13 a kap. 1 § HSL om primärvårdens grunduppdrag följer att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

som underbehandling av psykisk ohälsa i primärvården. Bättre kunskap möjliggör också ett mer effektivt användande av den gemensamma resursen.

Eftersom medicinsk kvalitet inom primärvården inte mäts på ett systematiskt sätt på aggregerad nivå är den svår att följa. Det är därmed också svårt att uttala sig om vilka konsekvenser för de medicinska resultaten som utredningens förslag innebär. Socialstyrelsens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen förväntas, särskilt utifrån deluppdrag I som avser nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, ge bättre möjligheter till uppföljning.[30]

Att synliggöra primärvårdens roll som första linjens hälso- och sjukvård vid psykisk ohälsa förväntas bidra till en förbättrad upplevelse av vården för patienter och närstående. Det leder till ett tydliggörande för den enskilde att primärvården som utgångspunkt är rätt vårdnivå att vända sig till vid psykisk ohälsa och att de vårdinsatser som där kan erbjudas omfattar sådan ohälsa.

5.2.9 Konsekvenser för vårdens professioner

Förslaget tydliggör inte bara för huvudmännen, enskilda och närstående vilket uppdraget för primärvården är, utan även för primärvårdens medarbetare. Det skapar en tydligare bild av vilka hälso- och sjukvårdstjänster som primärvården ska tillhandahålla och att dessa inkluderar tjänster avseende psykisk ohälsa.

Den stora andelen patienter inom primärvården som söker vård p.g.a. psykisk ohälsa, i kombination med bristen på strukturerat omhändertagande, har stor inverkan på arbetsmiljön för primärvårdens medarbetare. Vårt förslag förväntas bidra till ett mer strukturerat och jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa som på sikt kan förbättra medarbetarnas arbetssituation.

[30] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2019.

5.2.10 Konsekvenser för företagen

Förslaget att synliggöra att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa riktar sig till huvudmännen för hälso- och sjukvård, regioner och kommuner. Det har således inga direkta konsekvenser för företagen.

Samtidigt kan noteras att det finns en stor andel privata företag som är utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård inom primärvården. SCB:s företagsregister anger att antalet registrerade företag som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård var 32 520 år 2018.[31] SCB:s statistik över privata utförare av offentlig hälso- och sjukvård under samma år anger att 2 483 företag utförde primärvård, 1 052 somatisk vård, 416 psykiatrisk vård och 258 övrig hälso- och sjukvård åt regionerna.[32] Siffrorna baseras på den totala mängden köp av verksamhet som regionerna gjort från privata utförare. Dock kan samma utförare förekomma i flera verksamhetsområden och i flera regioner. Avseende den kommunala hälso- och sjukvården är statistiken begränsad. SCB:s ovan nämnda utförarregister anger att 44 privata företag utförde hälso- och sjukvård finansierad av kommunen 2019, fördelat på tre kommuner.

Innehållet i den vård som huvudmännen upphandlar av företagen definieras i förfrågningsunderlag. Det är regionerna och kommunerna, i egenskap av just huvudmän och därmed ansvariga för hälso- och sjukvården, som ensamma formulerar innehållet i underlagen, baserat bl.a. på vad uppdraget kräver samt deras bedömning av hur god vård bäst tillhandahålls. Innehållet i förfrågningsunderlagen ses över löpande av huvudmännen och justeras vid behov.

Det fr.o.m. den 1 juli 2021 gällande grunduppdraget för primärvården förtydligar vad som på en miniminivå förväntas av primärvården, vilket i sin tur kan ha inverkan på hur regioner och kommuner formulerar sina uppdrag och i förlängningen, där relevant, sina förfrågningsunderlag inom uppdraget. Vårt förslag att synliggöra att primärvårdens grunduppdrag avser både fysiska och psykiska vårdbehov kan på motsvarande sätt ha inverkan på hur huvudmännen formulerar sina förfrågningsunderlag. Och därmed på villkoren för de företag som verkar inom primärvården.

[31] SCB, *Företag (FDB) efter näringsgren SNI2007 och storlekskласs. År 2008–2020*.
[32] SCB, *Finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen*, 2019.

I våra dialoger har framkommit att flera huvudmän är i begrepp att se över området psykisk ohälsa och dess hantering inom ramen för primärvårdsuppdraget, vilket kan förväntas innebära vissa förändringar i de redan formulerade förfrågningsunderlagen. Vårt förslag, med en tydlig angivelse om att psykisk ohälsa ingår i uppdraget, kan tänkas understödja ett sådan översyn och ändamålsenliga förändringar i kravställande, men följer inte per se av förslaget.

5.2.11 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslaget inte har några konsekvenser för sysselsättningen, miljön, möjligheten att nå de integrationspolitiska målen, det brottsförebyggande arbetet eller för EU-rätten.

5.3 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Förslaget till ändrad lydelse av 13 a kap. 1 § HSL föreslås träda i kraft den 1 juli 2022.

Skäl för utredningens förslag

Den nu förslagna modifieringen av lydelsen av primärvårdens grunduppdrag bör införas i författning snarast och i så nära anslutning som möjligt till att grunduppdraget som sådant regleras. Den nya bestämmelsen om primärvårdens grunduppdrag träder i kraft den 1 juli 2021. Av hänsyn till behovet av beredning inom Regeringskansliet av det förslag vi nu lämnar är ett samtidigt ikraftträdande inte möjligt. Samtidigt ser utredningen inte att författningsförslaget föranleder något behov av förberedelse hos regionerna och kommunerna. Förslaget föranleder inte heller behov av några särskilda informationsinsatser. Utredningen föreslår därför att förslaget ska träda i kraft den 1 juli 2022. Behov av övergångsbestämmelser finns inte.

6 Primärvårdens organisering

6.1 En modell för att bättre möta psykisk ohälsa i primärvården

6.1.1 Om bedömningar

I föregående kapitel har vi lagt förslag som syftar till att synliggöra att primärvårdens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar både den fysiska och den psykiska ohälsan. Detta bedömer vi vara centralt för att skapa förutsättningar för primärvården att bemöta den psykiska ohälsan med skyndsamma och ändamålsenliga insatser, i linje med våra direktiv.

Enligt direktiven ska vi utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa. Uppdraget att utreda ”en ny form” innebär att det handlar om *hur* insatser förmedlas, om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården, med fokus på primärvården. Genom den kommunala självstyrelsen finns samtidigt en i grundlag reglerad självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för regioner och kommuner för hälso- och sjukvårdens bedrivande. Förslag som innebär inskränkningar i det kommunala självstyret måste stå i proportionalitet till syftet. Att föreslå lagändringar som innebär att alla huvudmän måste organisera sin primärvård enligt en viss metod, eller på ett visst sätt, utgör en mycket långtgående inskränkning i det kommunala självstyret. Det skulle därmed kräva en mycket stark motivering grundad på god evidens. Givet de stora kunskapsluckor (närmare beskrivet i avsnitt 3.5) som finns vad gäller arbetet mot psykisk ohälsa generellt, och i primärvården specifikt, bedömer utredningen att det inte går att motivera att lagstifta om hur huvudmännen ska organisera sin primärvård för att möta vanligt förekommande vårdbehov för psykisk ohälsa.

Utifrån utredningens många dialoger, samt de kartläggningar och analyser som finns presenterade i de föregående kapitlen, menar vi dock att det går att identifiera principer för hur man bör arbeta för att skapa ett skyndsamt och ändamålsenligt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Avgörande för framgång är sedan hur dessa principer förankras, implementeras och tillämpas utifrån den egna befolkningens behov och i en lokal kontext på huvudmanna- eller utförarnivå.[1]

Sådana principer väljer vi i det följande att lyfta i form av utredningens *bedömningar* av vad huvudmännen särskilt bör beakta i organiseringen av vården, samt vad staten kan göra för att skapa förutsättningar för ett skyndsamt och ändamålsenligt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Våra bedömningar riktar, i enlighet med uppdraget i direktiven, in sig på *formen* för bemötandet. Bedömningarna blir en del i utredningens särskilda uppdrag i enlighet med ursprungsdirektiven; att inte enbart lämna förslag på ändrad lagstiftning, utan också stödja omställningen till nära vård, och aktivt bidra till att det formuleras strategier, och tas fram regionalt anpassade modeller, för utvecklingen av primärvården mot en mer effektiv och tillgänglig vård.

Bedömningarna utgår från grundantagandet att huvudmännen genomgående har intentionen att arbeta med utgångspunkt i de evidensbaserade insatser som finns beskrivna i relevanta nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, samt i eventuella riktlinjer och insatsprogram i huvudmännens modell för kunskapsstyrning.

De anknyter också till Socialstyrelsens genomgång av tidigare överenskommelser om psykisk ohälsa, där man konstaterade att de främsta behoven av insatser inom primärvården, beskrivna av regionerna i sina respektive handlingsplaner gäller följande områden:

- utökad samverkan och konsultation mellan specialistpsykiatri och primärvård
- förbättrad triagering, bedömning och diagnostisering
- förbättrad tillgänglighet till vård, främst behandling och bedömning

[1] SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt*, 2012, s. 10.

- kompetenshöjande satsningar för personal i primärvård
- utökade behandlingsresurser inom främst samtalsterapi med fokus på KBT.[2]

6.1.2 En samlad modell – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”

Intentionen med utredningens olika förslag och bedömningar, i detta och tidigare betänkanden, är ett väl integrerat och begripligt hälso- och sjukvårdssystem, som hänger ihop utifrån individers behov. Vi vill inte riskera att motverka det syftet genom att föreslå nya organisationer, strukturer eller byggnader just avseende omhändertagande av den psykiska ohälsan (se även avsnitt 4.5). Vår strävan blir i stället att på ett bättre sätt integrera omhändertagandet av personer med psykisk ohälsa i det ordinarie systemet.

I det följande presenterar vi utredningens bedömningar av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa utifrån kartläggningar och analyser i kap. 2, 3 och 4 samt förslaget till ändrad lagstiftning i kap. 5. Dessa bedömningar samlar vi under tre olika rubriker; *Vägen in, Organisering av primärvårdens insatser* samt *Samverkan och samarbete*. Tillsammans avser dessa bidra till ett förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa (”misstänkta psykiatriska tillstånd”) i primärvården; av psykiatriska tillstånd, men också av psykiska besvär. Vår avsikt är att ha en personcentrerad utgångspunkt – vi väljer att presentera områdena såsom patienten möter dem i olika skeden av en vårdprocess, inte utifrån vårdens organisatoriska stuprör.

Vi samlar dessa tre områden under ett paraply – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som kombinerade förbättrar bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möter behoven på befolkningsnivå. Samverkan mellan olika aktörer, såväl inom som utom hälso- och sjukvården, är avgörande i ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem, och det som utmärker en god och nära vård.

Grundtanken är att vid psykisk ohälsa (patientens perspektiv), dvs. vid misstanke om psykiatriska tillstånd (vårdens perspektiv), är primärvården oftast vägen in till hälso- och sjukvården. Där görs en första bedömning, ges stöd till egenvård och, om så är indicerat,

[2] Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och SKL*, Delrapport 2018.

behandlande insatser. Antingen på primärvårdsnivå eller via kontakt med och hänvisning till annan del av hälso- och sjukvården. I de fall kriterier för psykiatriska tillstånd inte uppfylls, kan insatser för att minska funktionspåverkan av psykiska besvär behöva erbjudas, ibland av primärvården, andra gånger via strukturerad samverkan med andra aktörer, såsom företagshälsovård, studenthälsa, föreningsliv eller socialtjänst.

I våra bedömningar visar vi också på goda exempel från verksamheter vi varit i kontakt med i olika faser av utredningens arbete. De exempel vi lyfter är valda för att de visar på arbetssätt och metoder där evidens föreligger utifrån aktuellt kunskapsläge, eller där insatserna kopplats till pågående forskning eller egen strukturerad uppföljning.

Vi vill slutligen påminna om att de bedömningar vi gör i det följande ska ses som sammanhängande med de förslag utredningen tidigare lämnat. Både vad gäller primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvårdssystemet, med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande och vad gäller ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Vi vill också återigen betona vikten av att det i primärvården ges förutsättningar för medarbetarna att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter, med såväl enskilda individer som med och i sin närmiljö. Därmed skapas förutsättningar för förtroendefulla relationer och tillit, och en möjlighet att minska de stigma som många gånger hindrar människor från att lyfta problem med den psykiska hälsan i kontakt med hälso- och sjukvården.

6.1.3 Målgrupp

Figur 6.1 När man upplever psykisk ohälsa kan man behöva redskap för att hantera situationen



Figur 6.2 **Stödet till den med psykisk ohälsa kan se olika ut och bestå av många olika insatser**



Patientens perspektiv: När jag upplever behov av stöd för psykisk ohälsa

”Jag känner mig så ensam. Jag vet inte vart jag ska vända mig. Till akuten? Men så akut dåligt mår jag egentligen inte, det har ju känts så här ganska länge nu. Men det blir för mycket. Men vad gör man? Jag tror att jag känner mig extra osäker för att jag haft kontakt med psykiatrin förr. Är det dit jag ska? Det är ju förstås inte säkert att det är samma sak, jag tror inte det själv. Men jag behöver prata med någon som hjälper mig att hitta rätt. Jag tycker det är lite svårt att prata om det här också, om jag ska vara ärlig. Ska jag komma mig för att ta tag i det vill det till att det är enkelt att hitta rätt. Men det vore bra. Jag orkar nog snart inte gå till jobbet som det är nu.

Jag tänker att ett sätt vore att kunna ringa någonstans. Få rådgivning om vad man kan göra, innan det blir värre. Eller kunna chatta med någon. Ibland kanske man bara vill kunna hitta information om hur man kan må bättre. Det vore också bra om jag hade någon jag kände på hälsocentralen. För mig skulle det kännas lättare att ta upp lite svårare saker om mig och de jag har omkring mig om jag fick göra det med någon jag har träffat förut och känner förtroende för.

Min distriktssköterska, eller min läkare. Det är svårt att börja prata om sådant här. Det där måste vara svårt för min vän som bor på ett boende i kommunen. Där är man så beroende av andra, beroende av att de som arbetar där fångar upp tecknen när man inte mår riktigt bra psykiskt. Att det finns folk där som kan ge stöd i vardagen, kanske sådant som att hitta en bra rytm i dagarna. Så det inte känns meningslöst allting.

På hälsocentralen vore det fint om de hade tid att se hela mig. Fundera tillsammans med mig på vad mina besvär kan bero på. Kropp och själ hänger ihop, det har jag alltid tyckt. Man kan behöva någon att prata med om det. Eller hjälp att hitta vad som är fel. En gång hörde jag om någon som gick hos fysioterapeuten för muskelvärk, och sedan kom de fram till tillsammans att det kanske satt mer i själen än kroppen, det där onda. Så tror jag att det kan vara ibland. Och ibland kanske det är tvärtom, man kan känna oro i själen och det visar sig vara kroppen som krånglar. Bra då med just hälsocentralen, där många olika människor jobbar, som kan olika saker. De borde jobba ännu mer ihop, så skulle man få bättre hjälp och stöd. De behöver folk som är utbildade just för psykiska problem också förstås. Så de snabbt kan veta vad som är rätt sak att göra. Vilken behandling man behöver. Jag tänker att det kanske inte alltid är på hälsocentralen, och då borde de samarbeta väldigt mycket med psykiatrin till exempel. Det förstår man ju att de inte kan kunna allt om allt på hälsocentralen, de behöver jobba ihop med andra. Det blir en arbetsmiljöfråga för de som arbetar på hälsocentralen också. Många som söker mår inte bra på insidan. De måste ju få känna att de kan göra ett bra jobb, att de har något att erbjuda den som behöver stöd. Annars blir de själva sjuka.

Det är mycket prat nu om den psykiska ohälsan. Att många i samhället mår dåligt. Att sjukvården inte kan lösa allt. Men jag tycker det är viktigt att ändå kunna vända sig dit och få råd och stöd, för jag kan ju inte säkert veta i förväg om jag behöver hjälp av hälso- och sjukvården. Det är hälsocentralens roll, tänker jag. Och förstås, även om det skulle vara något som behöver behandlas så räcker ju inte det alltid, hela livet ska ju fungera, inte bara det sjukvården ser. Jag tror jag borde röra mer på mig, jag vet att det är bra. Men jag har svårt att komma igång. Och veta vart jag ska gå? Jag tror jag skulle gilla att kunna få kontakt med andra som har varit med om det jag har upplevt. Sådant skulle jag gärna vilja ha tips om.

Ja, att snabbt och enkelt få kontakt med min hälsocentral när jag behöver, att få stöd där, eller få deras vägledning att komma till rätt ställe i hälso- och sjukvården vore bra. Att de på hälsocentralen var bra på att koppla ihop sig, och mig när jag behöver, med andra delar av samhället. Då skulle jag känna mig mer trygg. Det fungerar säkert så här på många ställen. Men inte överallt har jag förstått. Undrar om det går att ordna?"[3]

Vårdens perspektiv: Behov av insatser vid misstänkta psykiatriska tillstånd

I avsnitt 2.8 diskuterade vi behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag. Vi ställde oss bakom det begreppsarbete som genomförts av ett antal kunskapsmyndigheter tillsammans med SKR (se bil. 5). Utifrån detta begreppsarbete och våra direktiv konstaterar vi att målgruppen för de insatser vi här beskriver är personer som upplever psykisk ohälsa, som man inte förmår hantera med de verktyg och stöd man själv har tillgängliga runtomkring sig till vardags. Personen själv, eller närstående, upplever ett behov av externt stöd för att hantera det psykiska måendet. Man gör också bedömningen att behovet inte är av akut karaktär, utan kan hanteras på annan vårdnivå än en akutmottagning, förutsatt att väntetiden till kontakt är rimlig.

Utifrån denna beskrivning av målgruppen kan behoven av stöd förstås skilja sig mycket mellan olika individer. Precis som alltid gäller att det är hälso- och sjukvården som ska stå för de medicinska bedömningarna.[4] Stödet som ges kan innebära allt från egenvårdsråd och/eller hänvisning till stöd inom eller utanför hälso- och sjukvården, till olika typer av hälso- och sjukvårdsinsatser eller andra insatser från andra aktörer.

[3] Detta är inte en enskild persons berättelse. Det är en berättelse sammansatt av många, med patient- brukar-, närstående- eller medarbetarerfarenhet, som vi träffat eller på andra sätt fått kontakt med under utredningens sammanlagda tid. Vi har försökt sätta allmänna ord på de berättelserna för att beskriva ett behov, och i det följande (avsnitt 6.2) beskriva arbetssätt och metoder som skulle kunna möta det behovet.

[4] En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83 s. 31).

I de fall hälso- och sjukvårdens insatser bedöms motiverade ska vård på rätt nivå, enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON), kunna tillhandahållas i linje med bästa tillgängliga kunskap, och i enlighet med relevanta nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd på området.

6.2 Rätt stöd till psykisk hälsa

6.2.1 Vägen in

Regionernas primärvård

Bedömning: Det ska vara enkelt och begripligt som invånare var man vänder sig om man behöver stöd med psykisk ohälsa. 1177 Vårdguiden och Folkhälsomyndighetens nya funktion har särskilt viktiga roller i detta avseende.

Regionens primärvård ska tillhandahålla en enkel och skyndsam väg in för den som upplever att hen behöver stöd för sitt psykiska mående och söker sig till primärvården med anledning av detta. Utredningen bedömer att regionerna som huvudmän behöver förtydliga primärvårdens uppdrag som första linjen för psykisk ohälsa.

Utredningen bedömer att regionerna behöver förstärka sitt arbete för att säkerställa tillgängligheten till första bedömning i enlighet med vårdgarantin i primärvården. Även tillgängligheten till behandling, när relevant, behöver säkerställas. För att kunna göra adekvata bedömningar behöver också användandet av strukturerade bedömningsinstrument öka, i enlighet med Socialstyrelsens utvärdering.

Skäl för utredningens bedömning

Behovet av att erbjuda hög tillgänglighet till primär bedömning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på depression eller ångestsyndrom (priori-

tet 1).[5] Detta är viktigt både för att kunna bedöma hur pass allvarligt en persons tillstånd är och för att kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede.

Det framhålls också att de flesta personer med depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården, och det därmed är angeläget att primärvården har möjlighet att bedöma och utreda dessa personer, och att den vård som erbjuds är individanpassad samt att det finns en hög tillgänglighet till vård. Hög tillgänglighet innebär enligt Socialstyrelsen snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet, öppethållande, bemanning och personal med kunskap om psykisk ohälsa.

Som vi sett i avsnitt 3.5 finns det stora brister, och stora variationer, i tillgänglighet till relevanta professioner och cirka hälften av personerna med depression och ångest diagnosticeras aldrig. Mot denna bakgrund bedömer utredningen att tillgängligheten till första bedömning, och när relevant även behandling, i regionernas primärvård behöver öka. Användningen av validerade metoder såsom skattningsskalor behöver ökas.

Att hitta rätt väg in

För att de personer som behöver stöd från hälso- och sjukvården ska ha möjlighet att få det på ett ändamålsenligt sätt och i rimlig tid, behöver man som individ ha viss kunskap om psykisk ohälsa. Det är viktigt att känna igen tidiga tecken, och veta var man kan vända sig för att få kvalitetssäkrad information om man själv eller någon i ens närhet mår dåligt. Om det inte är av den grad att det är den psykiatriska akutmottagningen som är aktuell, och man inte redan har en etablerad kontakt på sin hälso-/vårdcentral, vart vänder man sig då för att få information eller hjälp?

Som regionernas gemensamma samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård har 1177 Vårdguiden en särskilt viktig roll att spela (se avsnitt 3.6). Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att huvudmännen genom Inera[6] bör initiera ett arbete för att vidareutveckla såväl egenvårdsråd som beslutsstöd rörande psykiska besvär och psykiatriska tillstånd för rådgivningstelefonen och för

[5] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017, s. 26.
[6] Inera är ett aktiebolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag.

1177.se. Detta i avsikt att på mer kvalitetssäkrat och strukturerat sätt kunna tillgodose befolkningens behov på området. I ett sådant arbete är det också centralt att säkerställa att den information som tillhandahålls är tillgänglig för olika målgrupper och anpassad utifrån deras olika behov.

En annan central aktör i att öka hälsolitteraciteten och tillhandahålla kvalitetssäkrad kunskap på området blir den funktion för psykisk ohälsa och suicidprevention som Folkhälsomyndigheten har inrättat fr.o.m. den 1 januari 2021. Funktionens roll är att sprida kunskap om psykisk hälsa och suicid, samt föra dialog med allmänheten inom området (se avsnitt 2.4.2). Även här blir tillgänglig och målgruppsanpassad information avgörande.

Utredningen bedömer att såväl 1177 Vårdguiden som Folkhälsomyndighetens nya funktion bör ha en särskild roll i att tillhandahålla kvalitetssäkrad information om psykisk hälsa, och om vart individer kan vända sig om man behöver söka hjälp från hälso- och sjukvården för sin psykiska ohälsa. För att lyckas i detta uppdrag bedömer utredningen vidare att det är av stor vikt att befolkningen som helhet känner till och känner förtroende för dessa offentliga informationskanaler. Givet en mer heterogen befolkning, med fler olika sätt att söka och ta till sig information, kräver detta också ett strukturerat och målgruppsanpassat arbete för att nå ut till hela befolkningen. Här erbjuder olika e-hälsolösningar en möjlighet att ytterligare personcentera insatserna.

Vårdgarantin – 0:an, en första kontakt samma dag

När en person väl söker hjälp hos hälso- och sjukvården finns det redan lagstiftning som ställer krav vad gäller tillgänglighet. Av patientlagen (2014:821) (PL) framgår att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vidare ställer vårdgarantin i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) krav på regionerna vad gäller tillgänglighet både till kontakt och medicinsk bedömning i regionernas primärvård (se avsnitt 3.1.2).

Den s.k. ”0:an” i vårdgarantin motsvarar det läge då en person, som upplever psykisk ohälsa som man inte förmår hantera med de stöd man själv har tillgängliga, söker sig till hälso-/ vårdcentralen för

dessa besvär. Alternativt kan det röra sig om en person som söker för somatiska symtom, men där det visar sig att psykisk ohälsa är en bakomliggande orsak. I båda fallen är god tillgänglighet och bred kompetens om såväl fysisk som psykisk hälsa hos den som tar emot kontakten viktiga.

Vanligtvis är det en sjuksköterska som möter patienten, ofta via telefon, och som utifrån en initial anamnes och bedömning triagerar patienten vidare. Om man vid denna initiala kontakt gör bedömningen att patienten bör få en medicinsk bedömning, ska patienten enligt vårdgarantin få det, av relevant legitimerad profession, inom tre dagar (Ett alternativ, vid såväl somatiska som psykiska problem, kan vara att primärvården i första hand ger egenvårdsråd). Det är alltså av stor vikt att den som tar emot patienten vid denna första kontakt har goda kunskaper och tillgång till adekvata rutiner och kunskapsstöd för att kunna hjälpa patienten vidare (se vidare avsnitt 3.3 samt 6.2.2).

3:an, medicinsk bedömning av legitimerad profession inom tre dagar

Om primärvården bedömt att patientens psykiska ohälsa är sådan att patienten behöver få en medicinsk bedömning, ska detta ske inom tre dagar. Beroende på vilken typ av symtom patienten har beskrivit kan man tänka sig att den bedömningen bokas in hos läkare, men också hos t.ex. psykolog, kurator eller kanske en sjuksköterska. Sedan 2019 omfattar vårdgarantin alla legitimerade professioner, vilket innebär att patienten ska tillhandahållas en medicinsk bedömning lika snabbt oavsett om det är t.ex. en läkare eller en psykolog hen bedöms ha behov av att träffa.[7]

Vid ett sådant första möte (medicinsk bedömning) med legitimerad profession görs en initial bedömning av patientens psykiska ohälsa. En fördel är om patienten sedan tidigare har en fast vård-

[7] Fram t.o.m. 2019 omfattade den andra punkten i vårdgarantin inom primärvården i stället en försäkran att inom en viss tid få besöka läkare (om vården vid den första kontakten har bedömt att en medicinsk bedömning behövs). Den 1 januari 2019 trädde dock ny lagstiftning – baserat på utredningens första delbetänkande – i kraft som dels förkortade den tid man som patient ska behöva vänta på en medicinsk bedömning (tidigare besök) från sju till tre dagar och dels utvidgades vårdgarantin så att garantin till medicinsk bedömning omfattar alla legitimerade professioner i primärvården. Inte enbart läkare. Det vill säga om primärvården vid den första kontakten bedömer att patienten bör träffa t.ex. en psykolog för en medicinsk bedömning så ska patienten få göra detta inom tre dagar, likväl som hen ska få träffa en läkare eller en sjuksköterska inom tre dagar om det i stället bedöms vara behovet.

kontakt eller fast läkarkontakt. Med bättre personkännedom blir det tydligare när en persons tillstånd förändras. Avsikten med bedömningen är att, med en ansats av stegvis vård, tillhandahålla en insats på rätt nivå. För att kunna göra adekvata bedömningar behöver också användandet av strukturerade bedömningsinstrument öka.

För vissa patienter kan denna bedömning vara tillräcklig för att sedan inleda en behandling, alternativt kan bedömningen resultera i egenvårdsråd. I de fall egenvårdsråd blir aktuellt är det, på samma sätt som för övrig vård, av stor vikt att råden anpassas till personen i fråga, och ges utifrån dennes förmåga att ta till sig, förstå och agera på sådana råd.

För andra kommer ytterligare fördjupade bedömningar att behövas, potentiellt av någon annan yrkesgrupp än den man först träffat, innan utredningen av den psykiska ohälsan är tillräcklig för att relevant diagnos ska kunna sättas eller rätt insatser sättas in om diagnoskriterier inte uppfylls men det likväl föreligger en påverkan på funktioner i det dagliga livet.

Som vi sett i avsnitt 3.5 är det bristande tillgång, och stor variation, till såväl medicinsk bedömning som behandling. Utredningen bedömer därför att regionerna som huvudmän behöver förtydliga primärvårdens uppdrag som första linjen för psykisk ohälsa. Uppdraget behöver beskrivas, ersättas och följas upp adekvat i förfrågningsunderlag, t.ex. vad gäller kompetenssammansättning. Enskilda verksamheter behöver sedan anpassa sina organisationer och utveckla relevanta rutiner och kunskapsstöd för att kunna tillhandahålla en hög tillgänglighet till medicinsk bedömning, i enlighet med såväl vårdgarantin som nationella riktlinjer. Samt vid behov tillhandahålla kompetensutveckling till personalen för ändamålet.

Kommunernas primärvård

Bedömning: Kommunens primärvård bör ha rutiner och relevanta kunskapsstöd för personalen för att identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos de patienter som får hälso- och sjukvård av kommunen; inom hemsjukvård, särskilda boenden och dagverksamheter. God kontinuitet i relationer, t.ex. genom en fast vårdkontakt, spelar även en viktig roll i detta avseende.

Utredningen bedömer vidare att den kommunala primärvården bör utveckla rutiner för att säkerställa att när misstänkt psykisk ohälsa identifieras ges patienten tillgång till medicinsk bedömning av relevant kompetens inom kommunens eller regionens primärvård. I praktiken bör det medföra arbete i psykosociala team som spänner över huvudmannagränser.

Skäl för utredningens bedömning

Behovet av hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på psykisk ohälsa (se föregående avsnitt) gäller naturligtvis även de patientgrupper som får sin primärvård (bortsett från läkarinsatsen) genom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Den lagstadgade vårdgarantin ålägger dock enbart regionerna att erbjuda vårdgaranti för den som omfattas av regionens ansvar. Om man som patient med hemsjukvård[8] eller boende på ett särskilt boende (säbo) för äldre vänder sig till en hälso-/vårdcentral, har huvudmannen samma ansvar att tillhandahålla vård inom vårdgarantins gränser till den personen som till en person utan hemsjukvård/boende på säbo. Dock är grunden för att personen i fråga har hemsjukvård/ett särskilt boende en bedömning att personen inte har möjlighet att ta sig till vårdcentral eller har behov av särskilda insatser. Kommunen är den huvudman som har ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för dessa personer (undantaget läkarvård). Som beskrivet i avsnitt 3.1 om ansvarsfördelningen och i kap. 5, omfattar primärvårdens hälso- och sjukvårdsansvar både vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov. Det gäller både regional och kommunal primärvårdsverksamhet, utifrån deras respektive ansvar enligt HSL.

Även om det inte finns någon specifik lagstiftning som ålägger kommunerna att erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av kommunernas ansvar så har alltså kommunerna oavsett detta ett ansvar att inkludera både fysiska och psykiska vårdbehov i sin planering. Vidare gäller PL:s bestämmelse om att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd alla patienter, även i kommunalt finansierad hälso- och

[8] Obs. att vi i SOU 2020:19 har föreslagit att begreppet ”hemsjukvård” i lagstiftning ska ersättas med ”hälso- och sjukvård i hemmet”.

sjukvård. På motsvarande sätt som kontrollpunkterna 0:an och 3:an i vårdgarantin hos regionerna finns det därför ett behov av att i kommunens primärvård ha strukturer för att göra en första triagering av patientens behov, och för dem som behöver därefter också tillhandahålla en medicinsk bedömning.

Många av de personer som får sin primärvård från kommunerna kan i utgångsläget ha nedsatta funktioner av olika slag, såväl fysiska som psykiska och kognitiva. Det kan påverka möjligheten för dessa personer att själva såväl vara medvetna om, som att kommunicera behov relaterade till psykisk ohälsa. Det är därmed centralt att den personal som arbetar i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården har kompetens inom psykisk ohälsa och hur den kan yttra sig i målgrupperna man arbetar med, så att besvär och symtom identifieras skyndsamt.

Utredningen bedömer därför att det finns ett behov att kommunerna som huvudmän, tillsammans med verksamheter som utför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, utvecklar rutiner för att stödja personalen i att identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos de patienter som finns inom kommunens hälso- och sjukvård; inom hemsjukvård, särskilda boenden och dagverksamheter. Samt vid behov tillhandahåller kompetensutveckling till medarbetarna för ändamålet. God kontinuitet i relationen mellan patient och personal, t.ex. genom att patienten har en fast vårdkontakt i den kommunala verksamheten, spelar även en viktig roll i detta avseende. Med bättre personkännedom blir det också tydligare när en persons tillstånd förändras.

När psykisk ohälsa identifieras i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård behöver det också finnas rutiner för hur man säkerställer att patienten ges tillgång till medicinsk bedömning, av relevant kompetens. Inom kommunens eller regionens primärvård, utifrån behov. Detta kräver att fungerande samverkansrutiner finns mellan kommunal primärvård och regional primärvård (framför allt läkare), på samma sätt som för den somatiska vården. En funktionell sådan samverkan bör i praktiken kunna fungera som ett slags psykosocialt team som spänner över huvudmannagränser. Det vill säga ett nära och strukturerat samarbete mellan olika personer och professioner, även om dessa organisatoriskt tillhör olika organisationer och huvudmän. Ett verktyg för att underlätta en sådan strukturerad samverkan utgående från individens behov kan vara arbete med individuell plan, i enlighet

med HSL, socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS).

I detta sammanhang vill vi också påminna om de förslag rörande samverkan som vi lagt i betänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) (se även avsnitt 3.1.2). Dessa förslag – som rör såväl huvudmanna- och utförarnivå som planeringen runt den enskilde med hjälp av individuell plan – bedömer vi som centrala för att skapa en väl integrerad och sammanhängande vård. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Vad gäller kunskapsstöd vill utredningen slutligen också framhålla följande vägledningar från Socialstyrelsen: Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen, Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård.

6.2.2 Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa

Insatser från huvudmännen, vårdgivare och utförare

Bedömning: 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. Strukturen bör ha ett starkt fokus på, och utgå från, primärvården, såsom varande basen i hälso- och sjukvårdssystemet.

De insatser som omfattas bör utgå från relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd inom ramen för huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning.

Insatser för att säkerställa en systematisk och kontinuerlig uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bör utgöra en del av den fastslagna övergripande strukturen.

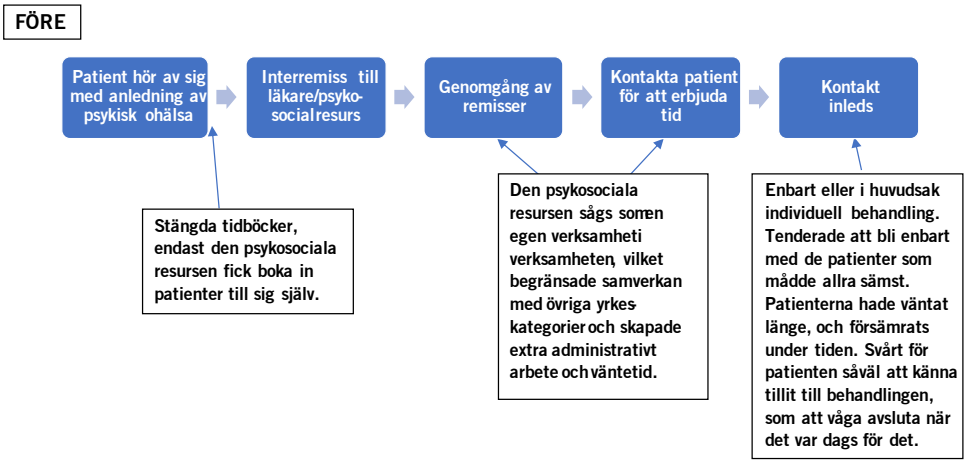
Det finns ett behov av att samla och lyfta framgångsrika metoder och arbetssätt specifikt tillämpade i primärvårdssammanhang.

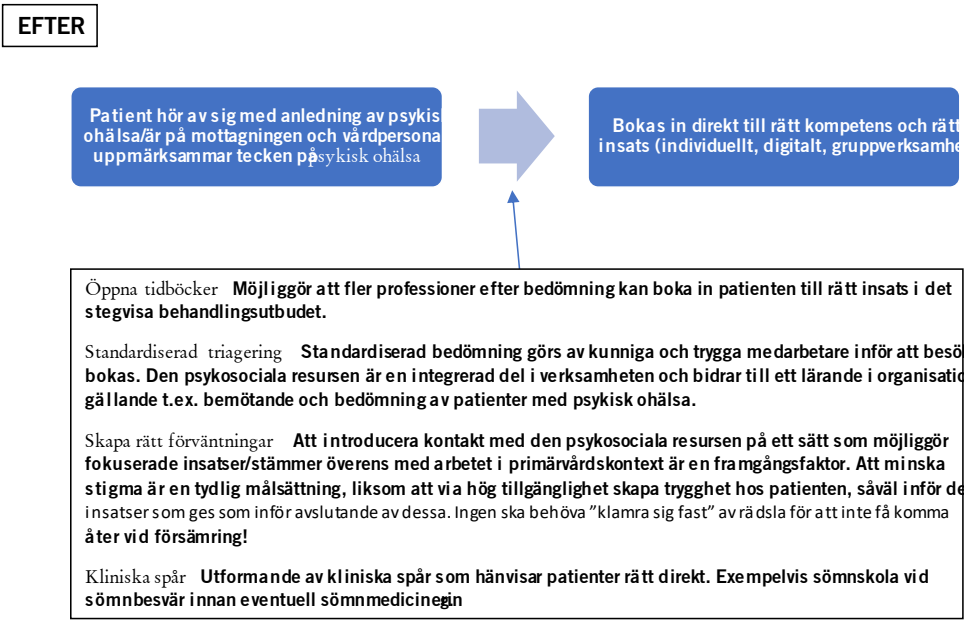
Skäl för utredningens bedömning

Vår kartläggning har visat på betydande skillnader i hur huvudmännen beskriver och bedriver uppdraget för primärvården vad gäller psykisk ohälsa (se kap. 3). Dessa skillnader är delvis förväntade, och i en del fall motiverade av det lokala sammanhanget. En iakttagelse är dock att det inte alltid förefaller finnas en röd tråd, ett sammanhang, i hur uppdrag, kompetenssättning, ersättning och uppföljning hänger samman mellan olika delar av huvudmannens verksamheter vad gäller psykisk ohälsa. Uppdragsbeskrivningar och förfrågningsunderlag är ofta påfallande övergripande, och speglar inte alltid aktuellt kunskapsläge eller utvecklingsbehov. De förefaller inte heller helt ta hänsyn till hur många människor som faktiskt i dag söker primärvården för psykisk ohälsa. En risk när insatser som tillhandahålls saknar en tydlig gemensam struktur är en fragmentisering av resurserna, och att det blir otydligt vad som kan förväntas av primärvården (och andra delar av vården) när det gäller omhändertagande av psykisk ohälsa. Den otydligheten kan drabba såväl invånare som medarbetare.

Även i utredningens dialoger har detta lyfts. Likaså har framkommit att det ofta saknas strukturer och rutiner för hur man på verksamhetsnivå i primärvården ska omhänderta och bedöma dessa patienter, samt att de insatser som görs följs upp i otillräcklig utsträckning, vare sig på verksamhets- eller individnivå. Det har påpekats att trots att primärvården redan i dag möter en stor andel patienter med psykisk ohälsa utgår mycket av arbetssätten och synsätten från en ”akutsjukhuslogik” eller den specialiserade vårdens stuprörslogik. Härmed går man miste om möjligheten att använda effektiva arbetssätt utifrån det som är primärvårdens styrka – att se hela människan.

Figur 6.3 Schematisk ”före och efter-bild” av primärvårdens organisering, utgående från verksamhetsexempel





Figuren framtagen av utredningen i samarbete med Johannes Malm, Verksamhetsutvecklare, Region Skåne.

Stegvis vård

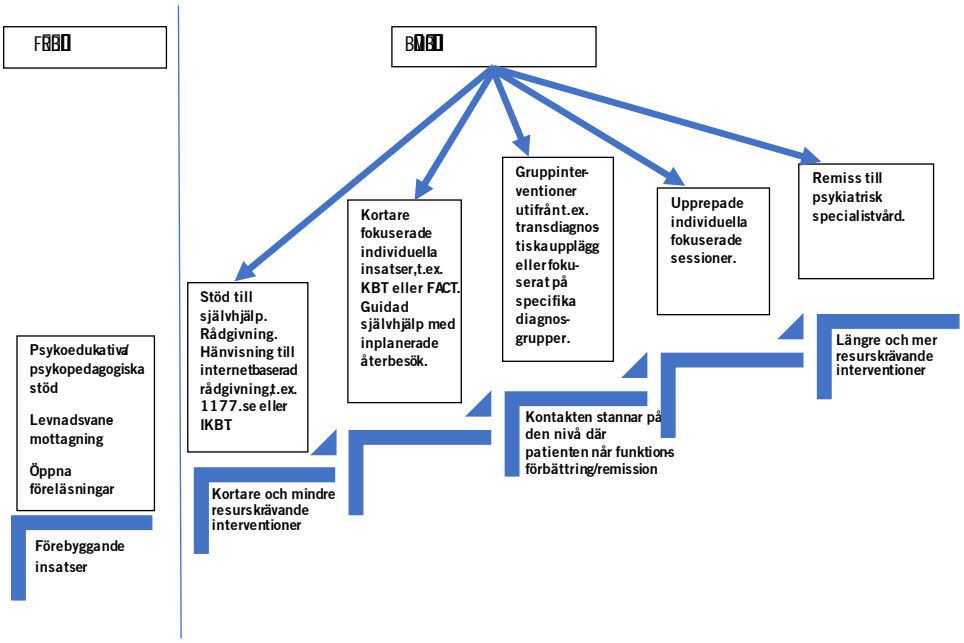
För att åstadkomma ett ändamålsenligt och effektivt omhändertagande av såväl psykiatriska tillstånd som psykiska besvär behöver vårdens insatser organiseras och tillhandahållas på ett personcentrerat sätt utifrån var och ens behov. En övergripande struktur för vilka insatser som erbjuds var och av vem behöver finnas på huvudmannanivå, i avsikt att säkerställa rätt prioriterade resurser i enlighet med principen om Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå (LEON), och tydliggöra uppdrag och ansvar för olika aktörer i systemet. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att åstadkomma detta genom användandet av modeller för stegvis vård (se avsnitt 2.2.7 samt 4.2 och 4.3). De olika delarna i huvudmannens tillhandahållna tjänster måste hänga ihop på ett strukturerat sätt utifrån befolkningens behov, den lokala kontexten och förutsättningarna hos varje huvudman. Det är viktigt att påpeka att den övergripande strukturen inte enbart kan vara ett strategidokument på huvudmannanivå, utan även om förankringen ligger på huvudmannanivå måste de insatser som beskrivs vara tillräckligt verksamhetsnära för att ge handfast vägledning i vardagen.

I strukturen för den stegvisa vårdens insatser behöver samtliga vårdnivåer omfattas, och primärvårdsnivån bör i kraft av att vara den första instansen befolkningen möter, och som varande basen i hälso- och sjukvården, ha en särskilt viktig roll. Primärvården har goda förutsättningar att genom hög tillgänglighet och nära geografiska belägenhet, samt utifrån möjligheten att arbeta med hög kontinuitet och teambaserade arbetssätt, uppfattas som en trygg och tillitsfull mottagare för individer med psykisk ohälsa. Primärvården har också, såsom fastslaget i primärvårdens grunduppdrag,[9] en särskild samordnade roll i hälso- och sjukvårdssystemet, något som inte minst är viktigt för individer med psykisk ohälsa.

Det är viktigt att betona att modeller för stegvis vård inte nödvändigtvis handlar om vissa givna insatser i en viss given ordning, utan i stället utgörs av en palett av insatser som tillhandahålls utifrån varje enskild individs bedömda behov. Det är också viktigt att betona att det inte enbart handlar om behandlande insatser, utan också om initial bedömning av relevant legitimerad profession (se avsnitt 6.2.1) och adekvat uppföljning.

[9] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Figur 6.4 Exempel på stegvis vård för psykisk ohälsa i primärvårdskontext



Figuren framtagen av utredningen i samarbete med Johannes Malm, Verksamhetsutvecklare, Region Skåne.

Även om primärvården är ingången till den stegvisa vårdens palett av insatser är det inte alla behov som kan tillgodoses enbart på primärvårdsnivå, eller hos den vårdgivare där personen initialt sökt.

För många patienter är särskilt samverkan mellan primärvården och psykiatrin viktig. Huvudmannens struktur för stegvis vård måste därför särskilt tillgodose att förutsättningar finns för sådan samverkan. I våra dialoger har ofta påpekats att en sådan samverkan inte är tillräckligt god. Ett sådant samarbete bör också ha som tydlig avsikt att utifrån patientperspektivet korta väntetider och använda olika vårdnivåers kompetenser på bästa möjliga sätt. När modeller för stegvis vård används och implementeras i regional och kommunal kontext bör ett sådant synsätt prägla såväl planering som införande.

Uppföljning och dokumentation

De insatser som tillhandahålls i den stegvisa vården bör så långt möjligt är grundas i evidensbaserade metoder. Som en vägledning till vilka dessa är, samt som stöd för huvudmännens organisering och prioritering, finns Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Ytterligare kunskapsunderlag är de insatsprogram som tagits fram, eller är på väg att tas fram, i huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning. Utöver dessa finns också lokala riktlinjer och vårdprogram.

Som redogjorts för i avsnitt 3.5 saknas det i dagsläget i stor utsträckning tillförlitliga och kvalitetssäkrade underlag för omhändertagande av psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården; vilka behov som finns, vilka insatser som görs och vilka resultat som uppnås. Detta är särskilt tydligt vad gäller psykisk ohälsa i primärvården. För att kunna vidta ändamålsenliga åtgärder framåt i tid behöver kunskapen öka. Att utveckla och kvalitetssäkra uppföljningen i primärvården blir därmed en avgörande del i att på ett effektivt sätt bättre möta människors behov vad gäller psykisk ohälsa. Användningen av kvalitetsregister behöver öka. Till utredningen har lyfts särskilt de kvalitetsregister som omfattar nyare behandlingsmetoder, t.ex. Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR). Likaså kan register som spänner brett över flera insatsområden, såsom det Nationella kvalitetsregistret för vård och omsorg (Senior alert), Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) samt PrimärvårdsKvalitet utgöra viktiga delar i huvudmännens egen verksamhetsuppföljning.

I Socialstyrelsens uppföljning av de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom lyfts ett antal rekommendationer specifikt till regionerna som knyter an till den lokala uppföljningen.[10] Utredningen vill särskilt framhålla behovet av att:

- Öka användningen av strukturerade bedömningsinstrument, som t.ex. MINI.
- Utveckla bättre rutiner för psykologisk behandling, bl.a. genom att i större utsträckning använda manualbaserade behandlingar och kontinuerligt utvärdera behandlingseffekter.
- Förbättra dokumentationen så att det bättre går att följa upp andelen patienter som får tillgång till psykologisk behandling.

[10] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Att samla framgångsrika metoder och arbetssätt i primärvårdskontext

Vi har under utredningstiden fått ta del av en stor mängd framgångsrika arbetssätt i primärvården vad gäller psykisk ohälsa. Till följd av områdets angelägenhetsgrad och utifrån de många patienter som söker primärvården med psykiska besvär pågår många initiativ runt om i landet. Större möjlighet att dela och ta del av dessa olika exempel skulle ge bättre förutsättningar för gemensamt lärande. Vi bedömer att ökade möjligheter att delge och ta del av sådana exempel är viktiga för den fortsatta utvecklingen, och ser behov av att huvudmännen stärker gemensamma strukturer för ökat lärande och erfarenhetsutbyte inom området.

Som ett bidrag i detta avseende redogör vi dels i anslutning till olika bedömningar här i kap. 6 för relaterade goda exempel. Dels har vi sammanställt ytterligare ett antal exempel i bil. 6. I bilagan redovisas dessa utan inbördes ordning och med vetskap om att evidensgraden för insatserna varierar. För den intresserade finns hänvisning till respektive arbete, för egen kontakt och fördjupning. Tanken är att stimulera till ökad kunskap, utveckling och även möjlighet till forskning och vetenskapliga samarbeten.

Ändamålsenliga arbetssätt – goda exempel

Vi vill i det följande lyfta goda exempel på hur arbetsmetoder som kan bidra till en personcentrerad och effektiv vård implementerats i några regioner och verksamheter.

Vårdsamordnare och psykosociala team i VGR och Norrbotten

I Västra Götalandsregionen (VGR) har beslutats att vårdcentralerna i regionen ska erbjuda en vårdsamordnare till patienter med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom samt till patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Inom sju dagar får patienten telefonkontakt med vårdsamordnaren och ett första längre besök ges inom en vecka. Då ses bl.a. levnadsvanor över och eventuell suicidrisk uppmärksammas. En planering för patienten görs, vilken inkluderar flera uppföljande telefonsamtal. Vårdsamordnaren kartlägger också resurserna inom kommunen och från det civila samhället. Funk-

tionen vårdsamordnare har utvärderats vetenskapligt i samarbete med Göteborgs universitet.

På många vårdcentraler i VGR är funktionen vårdsamordnare kopplad till ett psykosocialt team, där t.ex. psykolog, kurator, sjuksköterska, läkare, psykoterapeut, fysioterapeut och arbetsterapeut ingår. Även i region Norrbotten, närmare bestämt på Luleås hälsocentraler, har psykosociala team drivits som en pilot, och till dessa finns också funktionen vårdsamordnare knuten. Avsikten är att kunna ge en snabb bedömning och påbörja behandlande insatser på ett effektivt och strukturerat sätt. En uttalad avsikt med teamen, utöver ett snabbt och strukturerat omhändertagande, är också att öka det interprofessionella lärandet.

Läs mer om verksamheten: https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-vardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/.

www.norrbotten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Utveckling-inom-halso--och-sjukvard/Nyhetsarkiv-FoU/Battre-stod-och-farre-sjukskrivningar-med-halsocentralernas-psykosociala-team/.

Utredningens reflektion: Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid depression och ångestsyndrom anger att det vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet. Det är en grundförutsättning för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. Ett sätt att tillgodose detta inom primärvården kan enligt riktlinjerna vara att det finns en vårdsamordnare som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med personer med depression eller ångestsyndrom (prioritet 5). Kunskapsläget vad gäller effektiva arbetssätt i primärvården när det gäller psykisk ohälsa är bristfälligt (se avsnitt 3.5). När det gäller funktionen vårdsamordnare finns data som pekar på goda effekter. Att implementera en sådan funktion på bredare front, med fortsatt strukturerad utvärdering, kan tillföra värdefull kunskap på systemnivå, samtidigt som patientnyttan sannolikt ökar.

Behovet av strukturerade interprofessionella arbetssätt är omvittnat. För att klara hälso- och sjukvårdens utmaningar vad gäller kompetensförsörjning behövs strukturer för att använda alla kompetenser tillsammans på ett klokt sätt. Det är en förutsättning för rätt initial bedömning att patientens hela situation tas i beaktande. I en

teambaserad modell finns förutsättningar för detta. Att arbeta nära tillsammans flera olika professioner ökar också möjligheten till lärande mellan yrkesgrupper, och därmed möjlighet för ytterligare ökad effektivitet i verksamheten.

Samarbetsvård, Psykisk Hälsa – Region Dalarna

I Region Dalarna startade 2017 ett arbete för tre år sedan för att förbättra omhändertagandet i primärvården av personer med psykisk ohälsa. Bakgrunden var iakttagelsen att omhändertagandet skilde mycket mellan olika vårdcentraler, och att när viss vård flyttats från psykiatrin till primärvården hade man pratat mer om gränssnittet än det kvalitativa innehållet i den vård som skulle erbjudas. I en första genomlysning tittade man särskilt på möjliga förbättringar avseende triagering, diagnostik, behandling och uppföljning. En utgångspunkt blev de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. En organisatorisk anpassning gjordes i och med införandet av vårdsamordnare, och som grund för arbetet hämtades inspiration från modellen collaborative care.[11] På vårdcentralsnivå har man utbildat vårdsamordnare, och man arbetar med konsultpsykiater som stöd. Ett initialt fokus var läkemedelsbehandling och dess uppföljning. Man har också arbetat med utökad användning av skattningsskalor, psykoedukativa insatser och strukturerad uppföljning och dokumentation. Ur patientperspektiv har kontinuiteten till en fast vårdkontakt ökat, och tillgängligheten säkerställs via direktnummer på telefon för patienten. Det sätts tydliga mål för all behandling som initieras, och målen sätts i nära samverkan med samtliga i vårdteamet, t.ex. med samtalsbehandlare. Man arbetar med återfallsplaner när patienten nått remission, som ett sätt att säkerställa att återfall uppmärksammas i tid.

Beslut har fattats om breddinförande i regionen. I nuläget deltar 26 vårdcentraler och fem konsultpsykiatriker finns knutna till arbetet. Arbetet har haft ett särskilt fokus på uppföljningen, och man kan kontinuerligt följa hur många patienter på respektive vårdcentral som t.ex. har pågående läkemedelsbehandling samt i vilken omfattning. Data uppdateras dagligen. Arbetet sker i strukturerade journal-

[11] För en närmare beskrivning av modellen se t.ex. Läkartidningen 38/2018: *Samarbetsvård för psykisk hälsa på väg implementeras i Sverige* (Läkartidningen.se 2018-09-17).

mallar. Ett motsvarande uppföljningsarbete planeras vad gäller psykologiska behandlingar.

Läs mer om verksamheten: https://skr.se/tjanster/merfranskr/larandeexempel/larandeexempel/vardsamordnaregertrygghetatpersonermedpsykiskohalsa.34898.html.

Utredningens reflektion: Arbetet med införande av vårdsamordnare har Region Dalarna gemensamt med flera, men det fokus på uppföljning och systematisk insamling av data som ingår i arbetet är särskilt värt att uppmärksamma. Frånvaron av strukturerad data och uppföljning vad gäller psykisk ohälsa i primärvården är omvittnad och en stor utmaning. Genom arbetet med psykiatrisk konsultverksamhet i primärvården får övriga medarbetare ett stöd i arbetet och en möjlighet till kontinuerlig fortbildning och lärande. Utredningen gör iakttagelsen att man i Dalarnas fall har tillhandahållit detta kompetenstillskott på ett sätt som uppfattats som berikande, inte ifrågasättande, av primärvårdens övriga medarbetare.

Cedermodellen för hög tillgänglighet till hälsocentralen vid psykisk ohälsa

Cederkliniken i Piteå är en hälsocentral som arbetar på uppdrag av Region Norrbotten. Vid hälsocentralen har medarbetarna tillsammans utarbetat ett arbetssätt i syfte att med hög tillgänglighet snabbt kunna hjälpa den som drabbats av psykisk ohälsa. Målet med Cedermodellen är att individen så snabbt som möjligt ska få ökade kunskaper om vad man själv kan göra för att må bättre, och vid kvarstående besvär, att ändamålsenliga insatser snabbt ska kunna planeras och genomföras. Modellen bygger på att det varje måndag, på en fast tid, hålls en informationsträff i hälsocentralens lokaler. Den som drabbats av psykisk ohälsa av något slag är välkommen till träffen, och får möta delar av verksamhetens psykosociala rehabteam. De berättar om psykisk ohälsa, förmedlar råd om hur man kan förbättra sitt mående samt informerar om de behandlingsprogram som hälsocentralen erbjuder. Informationsträffen är kostnadsfri, och man behöver inte anmäla sig eller boka tid i förväg. Det uppmuntras att ta med en vän eller anhörig. För den som deltagit i informationsmötet och gjort ett aktivt försök att må bättre på egen hand, men ändå behöver mer

hjälp, finns det möjlighet att träffa en samtalsterapeut för ett rådgivande samtal. Målet med det rådgivande samtalet är en individuell handlingsplan för hur personen skal arbeta vidare med sitt psykiska mående. Finns det behov av läkarkontakt, för ställningstagande till läkemedelsbehandling eller remiss till den specialiserade vården så ombesörjer terapeuterna det.

Läs mer om verksamheten: http://www.ptj.se/cederkliniken/psykiskohalsa/.

Utredningens reflektion: Utifrån verksamhetens kunskap om den egna populationens behov har ett arbetssätt som fungerar lokalt tagits fram. Arbetssättet, en form av stegvis vård, bygger på stöd till egen hälsa och egenvårdsråd, vilket också bidrar till ett lärande i befolkningen. Vid behov finns möjlighet att fånga upp de som är i behov av mer insatser från hälso- och sjukvårdens sida, antingen det är insatser på primärvårdsnivå eller från andra delar av hälso- och sjukvården. Regelbunden uppföljning av arbetssättet genomförs i verksamheten, utifrån t.ex. läkemedelsförskrivning och sjukskrivningstal. Det arbetssätt som tillämpas på Cederkliniken, och på liknande sätt i andra verksamheter vi besökt, är ett gott exempel på hur medarbetarna i primärvården utifrån lokal kunskap och kännedom om sin egen population på ett öppet och tillgängligt sätt kan möta befolkningens behov vad gäller psykiska besvär.

Riddargatan 1 vid riskbruk av alkohol

Sedan 2011 finns inom ramen för Region Stockholms verksamheter Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa. Mottagningens behandlingsverksamhet är inriktad på dem som har alkoholproblem, men som beroendevården hittills har haft svårt att nå. Det handlar om personer som dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov (som exempelvis försörjnings- eller boendeproblem). Det betyder att den som behöver minska sin alkoholkonsumtion eller sluta helt, kan få hjälp innan allvarliga sociala eller hälsorelaterade konsekvenser är ett faktum. Verksamheten är också en forsknings- och utvecklingsenhet, med uppgift att sprida behandlingsformen till primärvården. Mottagningen ser sitt uppdrag som en

brygga mellan primärvården och den specialiserade vården. I verksamheten arbetar i huvudsak läkare, sjuksköterskor och psykologer tillsammans med socionomer och behandlande terapeuter. De relativt korta behandlingsinsatserna ger möjlighet att finnas tillgänglig för nya sökande, och säkerställer en god tillgänglighet till verksamheten.

På Riddargatan 1 erbjuds ett utbud av olika strukturerade behandlingar, som individanpassas. Behandlingen pågår en begränsad tid, cirka tre månader, med en uppföljning efter ytterligare tre månader. Hemuppgifter och övningar ingår alltid, och omhändertagandet förutsätter ett aktivt engagemang från den som sökt sig till mottagningen. Man uppmuntrar till engagemang från närstående i behandlingen. Till mottagningen kan man kan komma på remiss, men tanken är just att det ska vara enkelt för den som upplever problem i förhållande till sitt drickande att välja att kontakta mottagningen. Mottagningen tillhandahåller också digitala interventioner. Verksamheten har ett omfattande forsknings- och utbildningsuppdrag.

Läs mer om verksamheten: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/.

Utredningens reflektion: Riskbruk är beteckningen på ett överanvändande av alkohol som i sämsta fall leder vidare till ett skadligt bruk med såväl mänskligt lidande som stora ekonomiska konsekvenser för samhället till följd. Att tillämpa metoder att fånga upp och stödja personer till hälsosammare levnadsvanor vad gäller alkohol måste uppfattas som prioriterat. Många som söker primärvården har symtom relaterade till alkoholbruk, även om det ofta inte uppmärksammas från vårdens sida eller kan kännas svårt att prata om för den som drabbas. Det arbetssätt som tillämpas på Riddargatan 1 är i sig ett gott exempel på hur sådan verksamhet kan organiseras, men också ett gott exempel på tillämpning av metoder som kan implementeras på primärvårdsnivå, på en vård- eller hälsocentral, på ett strukturerat sätt.

Rådrummet i Norrtälje Tiohundra

Rådrummet är en verksamhet som drivs i samverkan mellan Fokushuset Tiohundra, Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON) och Norrtälje Kommun. Rådrummet vänder sig till vuxna som behöver prata med någon utomstående om allt från livskriser till vägval i livet, utan att man behöver registrera sig någonstans. Här erbjuds helt enkelt ett bollplank för livets olika skeenden. Tanken med Rådrummet är att lyssna, förmedla kunskap och också kunna ge råd och stöd. Det finns möjlighet att hänvisa vidare till andra verksamheter i kommunen, till exempel till föreningar, intresseorganisationer, socialtjänsten, personligt ombud, primärvården och specialistmottagningen för psykiatri och beroende. Målgruppen är vuxna i Norrtälje kommun som inte redan har kontakt med några av kommunens verksamheter.

Läs mer om verksamheten: https://www.tiohundra.se/samtal.

Utredningens reflektion: I dag efterfrågas platser dit man som människa kan komma och få reflektera tillsammans med någon, när det egna nätverket inte räcker till, eller kanske inte finns där. Olika typer av sådana initiativ har lyfts till oss, och de förekommer i mer eller mindre organiserad form. I exemplet ovan har man i kommunens regi skapat en plats dit man som invånare enkelt kan vända sig när man behöver stöd, råd och kanske hänvisning till såväl offentlig verksamhet som civila samhället. Rådrummet är ett intressant sätt att tillhandahålla en sådan öppen mötesplats i det offentligas regi.

Samverkansstrukturer i Region Gotland

I region Gotland finns en samverkansstruktur som ska skapa förutsättningar för samverkan, kunskapsutveckling och kunskapsstyrning inom de områden där socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och utbildnings- och arbetslivsförvaltningen har gemensamma beröringspunkter. Fokus är individer i riskgrupper med komplexa och sammansatta behov men det förebyggande samverkansarbetet är också betydelsefullt. Samverkansstrukturen för åldersgruppen 0–24 år benämns Samverkan Barn och unga. Från 25 år och uppåt används benämningen Samverkan Vuxna och äldre. För att stödja arbetet finns

samverkansledare för respektive struktur. En viktig funktion för strukturen är att fånga initiativ samt vara dialogpartner och länk mellan nationell, regional och lokal nivå så att förutsättningar för en samordnad och effektiv kunskapsstyrning kan skapas.

Som ett resultat av samverkansstrukturen öppnades 2019 Förstalinjenmottagning för barn och unga i åldrarna 6–17 år med lindrigare psykisk ohälsa. Här samverkar hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen i en gemensam verksamhet. Det minskar risken för att individer blir hänvisade mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), och ökar chansen för rätt initial triagering. Ett samlat stöd till familjen kan ges. Unga och deras föräldrar vittnar om att det blivit lättare att söka hjälp och stöd tidigt i förloppet. Den gemensamma insatsen omfattar såväl initial bedömning som olika behandlande insatser. Insatser erbjuds såväl individuellt som i grupp.

Vad gäller uppföljning skattar man högt på nöjdhet hos både barn och unga, samt deras familjer på hög tillgänglighet. Dock har man inte kunnat visa på ett minskat söktryck till BUP, tvärtom är efterfrågan högre än någonsin på barnpsykiatri och socialtjänst för åldersgruppen, samtidigt som skolan rapporterar ökad problematisk skolfrånvaro. Några slutgiltiga slutsatser är svåra att dra, speciellt som Första linjen verkat under pandemin till stor del av projekttiden. Huruvida det stora trycket på alla verksamheter beror på detta, eller om besökarna till Första linjen är en tidigare okänd grupp är oklart och behöver ytterligare analyser. En utmaning för arbetet har varit informationsdelning.

Läs mer om verksamheten: https://www.gotland.se/forstalinjen.

Utredningens reflektion: Många har under utredningstiden vittnat om de ibland vattentäta skotten mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter och socialtjänsten. Inte minst under den känsliga tiden för övergång mellan barndom och vuxenlivet blir det särskilt viktigt att ett sammanhållet personcentrerat stöd kan erbjudas, som mer ser till individens behov än organisatoriska faktorer. Exemplet från Region Gotland visar på hur en sådan samverkan kan byggas.

6.2.3 Samverkan och samarbete

Bedömning: En god, nära och samordnad vård som stärker hälsan 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. Huvudmännen behöver säkerställa att det finns strukturer för att underlätta sådan samverkan mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter på primärvårdsnivå och relevanta civilsamhällsaktörer.

Regeringen och huvudmännen bör överväga möjligheterna att utforma tekniska lösningar på nationell nivå, där utbud från civila aktörer kan samlas och tillgängliggöras.

Slutligen bedömer utredningen att huvudmännen, genom Inera, bör initiera ett arbete för att utveckla en mer strukturerad samverkan mellan 1177 Vårdguiden och olika stöd- och hjälplinjer, avsedda att möta psykisk ohälsa.

Skäl för utredningens bedömning

Samverkan inom hälso- och sjukvården samt med närliggande aktörer

Att samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet är centralt i omställningen av hälso- och sjukvården framgår tydligt av det av riksdagen beslutade målet: att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Samt att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.[12] Denna samverkan är avgörande också för vården av psykisk ohälsa.

Trots att samverkan är central har vi i dag ett fragmentiserat hälsosystem med olika delar som behöver kopplas ihop. För att kunna göra det krävs att alla ser sig själv och sin egen del av vårdkedjan som just en del av ett större hälsosystem. Samt att man har kunskap om omkringliggande delar i vård- (och omsorgs-) kedjan och om varandra, även om man inte arbetar i samma formella organisation. Det gäller såväl mellan olika aktörer inom huvudmännens hälso- och

[12] Prop. 2019/20: 164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 32.

sjukvård som med närliggande verksamheter såsom elevhälsan, studenthälsovården, företagshälsovården och socialtjänsten.

Vår bedömning är att befintlig lagreglering på området inte i tillräcklig utsträckning speglas i det strategiska eller operativa arbetet hos huvudmännen, där adekvata strukturer för samverkan mellan olika verksamheter och utförare alltför ofta saknas. Många vittnar också om att sådana samverkansstrukturer ofta offras när budgetar stramas åt. För att ge såväl verksamheter som medarbetare förutsättningar för en meningsfull samverkan bedömer vi att det är centralt att relevanta samverkanstrukturer förtydligas, och resurssätts.

Mot denna bakgrund var samverkansfrågor ett fokus i utredningens huvudbetänkande,[13] och vi lämnade där flera förslag som syftade till stärkt samverkan, på makro-, meso- och mikronivå (se avsnitt 3.1.2). Dessa förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet. Vi ser att de förslag vi lämnat i dessa delar är centrala för att skapa bättre förutsättningar för samverkan, och bedömer fortsatt att de är lika giltiga vad gäller hälso- och sjukvårdens omhändertagande av den psykiska som den fysiska ohälsan. Vi bedömer inte att det utöver detta finns behov av ytterligare författningsreglering som specifikt rör samverkan inom området psykisk ohälsa.

Utredningen vill i detta sammanhang påminna om de viktiga kompletterande roller som elevhälsan, studenthälsovården och företagshälsovården har i det samhälleliga omhändertagandet av människors psykiska ohälsa. Med utgångspunkt i huvudmännens planeringsansvar (se avsnitt 3.1.2) ska planeringen av hälso- och sjukvården även beakta den hälso- och sjukvård som dessa aktörer tillhandahåller. Även dessa aktörer behöver alltså inkluderas i en strukturerad samverkan, och för detta krävs kunskap om varandra och dialog med varandra. De medicinska delarna[14] av elevhälsan, studenthälsovården och företagshälsovården omfattas som vårdgivare också av ett samordningsansvar enligt HSL och PL (se avsnitt 3.1.7). Liksom vi har beskrivit i tidigare betänkanden är också samverkan med socialtjänsten central, även vad gäller psykisk ohälsa (se avsnitt 3.1.2).

[13] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdsystem*, se bl.a. kap. 3 och kap. 4.
[14] De medicinska delarna avser de delar som bedrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

En stärkt samverkan med det civila samhället

Föreningar och organisationer har många gånger goda förutsättningar att vara ett komplement till den hälso- och sjukvård som regioner och kommuner ansvarar för att tillhandahålla, när behoven hos den enskilde inte är sådana att de bäst tas om hand inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. När vi i det följande skriver om det civila samhällets verksamhet så avses annan verksamhet än ren hälso- och sjukvårdsverksamhet.[15] Som utredningen beskriver i avsnitt 2.6.2 finns också många gånger en stark koppling mellan den psykiska hälsan och upplevelsen av en meningsfull tillvaro, vilken för många påverkas av delaktighet i t.ex. en förening eller organisation. De ideella organisationernas roll i det strukturerade arbetet med psykisk ohälsa belyses också av förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention, som trädde i kraft den 1 juli 2020 (se avsnitt 3.1.6). Dess syfte är att skapa bättre förutsättningar och en större långsiktighet för de sökande organisationerna.

En förutsättning för att det civila samhällets olika aktörers resurser och tjänster ska kunna fungera som samverkanspartner till hälso- och sjukvården är kunskap om dem och deras verksamheter. Många gånger finns erbjudande om aktiviteter men den enskilde ”hittar inte dit”. Flera skäl kan finnas till detta, inklusive brist på motivation, som är vanligt förkommande vid psykisk ohälsa.

Genom utredningens dialoger har framförts att många olika typer av föreningar önskar en större samverkan med hälso- och sjukvården än de har och att de anser sig besitta kunskaper och metoder som kan komma den enskilde till del, som kompletterande stöd till hälso- och sjukvårdens insatser. Verksamheter hos regioner och kommuner känner dock ofta inte till dem och kan därmed inte heller fungera som länk mellan individer och föreningar. Att hälso- och sjukvården kan ha en roll att spela i den enskildes möjligheter att komma i kontakt med föreningar och organisationer har diskuterats i avsnitt 3.1.2. Som där konstateras kan det anses ligga inom ramen för hälso- och sjukvårdens ansvar att informera om de möjligheter till stöd som andra aktörer, t.ex. föreningslivet, kan erbjuda samt att hänvisa till desamma.

[15] Det civila samhället fyller en viktig roll även som vårdgivare inom hälso- och sjukvård, men det är inte det som avses i detta sammanhang.

För att skapa goda förutsättningar för en brygga mellan hälso- och sjukvården, i vårt fall främst primärvården, och det civila samhället bedömer utredningen att det behöver skapas strukturer – på makro-, meso- och mikronivå – för att synliggöra de civila aktörerna och de insatser de kan erbjuda, samt koppla ihop deras tjänster med de som har behov av dem.

Primärvårdens verksamheter (hos såväl region som kommun), som finns nära människor i lokalsamhället, har en särskilt god utgångspunkt för att verka som en sådan brygga till det stöd som civilsamhället kan tillhandahålla. Enligt våra dialoger med företrädare för såväl primärvårdens verksamheter som civilsamhället så är dock sådan samverkan i dag i alltför hög grad ad hoc och personberoende. Finns någon bland medarbetarna på t.ex. en vårdcentral med kopplingar till (del av) det lokala föreningslivet ökar chansen för att det finns informationsmaterial kring deras aktiviteter i väntrummet. Men frånvaro av etablerade strukturer för hur man skapar en aktuell översikt av olika relevanta aktiviteter och stöd som det civila samhället lokalt kan erbjuda gör att den resurs som det civila samhället kan utgöra sällan fullt ut tas tillvara.

Vi bedömer att respektive huvudman (makronivå) bör ta ett samlat grepp för att skapa strukturer som ger förutsättningar för verksamheter och medarbetare i primärvården (mesonivå) att ha en överblick över tillgängliga alternativ som patienter kan få information om (mikronivå). Några av de goda exempel som presenteras nedan är tänkbara sätt hur detta skulle kunna göras. Utredningen vill slutligen liksom tidigare framhålla vikten av att sådana lösningar tillhandahålls på sätt som inte exkluderar vissa grupper. Även om digitala verktyg för många är det mest användarvänliga sättet att få information, så är det inte så för alla. Informationen måste tillhandahållas på olika sätt utifrån mottagarens möjligheter att ta del av den.

Verktyg för samverkan

Utredningen bedömer att regeringen och huvudmännen bör överväga möjligheterna att utforma tekniska lösningar på nationell nivå, som kan användas av huvudmännen för att samla och synliggöra lokalt tillgängliga stödinsatser från civilsamhället. Ett sådant uppdrag skulle

t.ex. kunna utgöra en del av arbetet med första linjens digitala vård[16] och utvecklingen av 1177 Vårdguiden.

Det skulle i så fall också kunna övervägas som ett villkor för verksamhetsbidrag enligt förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention (se avsnitt 3.1.6), och andra relevanta statliga verksamhetsbidrag till civilsamhället gällande psykisk ohälsa, att den ideella organisationen ansluter sig till eventuella tekniska lösningar som utvecklas på nationell nivå för att samla och synliggöra lokalt tillgängliga insatser från civilsamhället (se ovan), samt att man samverkar med lokala primärvårdsaktörer. På så sätt skulle möjligheten och incitamenten för samverkan öka, vilket också skulle påverka utväxlingen på de offentliga resurser som avsätts inom området.

Redan i dag finns det på 1177.se information om olika stöd- och hjälplinjer, drivna av civilsamhällesaktörer, som kan vara av relevans för personer med psykisk ohälsa. Även telefonrådgivningen 1177 kan hänvisa till dessa (se avsnitt 3.6). Dessa linjer, som ofta bemannas av volontärer, gör ett angeläget arbete och är oerhört viktiga för många som mår dåligt, eller har någon närstående som mår dåligt. Samtidigt saknas det i hög grad kvalitetssäkring av vilka linjer som 1177 Vårdguiden hänvisar till, liksom en strukturerad uppföljning av hur dessa hänvisningar görs eller om hänvisningar på ett relevant sätt hjälper personerna till ändamålsenligt stöd. För att ge bästa möjliga förutsättningar för 1177 Vårdguiden att hänvisa personer till adekvat stöd, och för att ge stödlinjerna bättre förutsättningar att ägna sig åt stödsamtal inom det område som man planerat och kompetenssatt för, bedömer utredningen att huvudmännen, genom Inera, bör initiera ett arbete för att utveckla en mer strukturerad samverkan mellan 1177 Vårdguiden och de olika stödlinjerna.

Goda exempel på samverkan med civila samhället

Uppsala – Förstärkt geografiskt hälsouppdrag inom effektiv och nära vård 2030

Som en del av Region Uppsalas arbete med effektiv och nära vård 2030 (vilket är regionens arbete med omställningen till God och nära vård, och som länets kommuner ställt sig bakom genom beslut under

[16] För mer info om detta se vidare Inera, *Första linjens digitala vård*, 2020.

2019–20) har man fattat beslut om en pilotstudie kring förstärkt geografiskt hälsouppdrag. Avsikten är att hitta formerna för ett arbetssätt som kan breddinföras i hela länet. Pilotstudien pågår från maj 2020 t.o.m. våren 2021 och genomförs i Tierps kommun och Gottsunda, en stadsdel inom Uppsala kommun.

Uppdraget är ett komplement till det hälsouppdrag som finns inom hälso- och sjukvården och syftar till att minska ojämlikhet i hälsa samt att förebygga sjukdomar så att resurserna räcker till de mest sjuka. Vid respektive vårdcentrum (eller hälsocentral i de kommuner som inte har tillräckligt befolkningsunderlag för att ha ett eget vårdcentrum) anställs en hälsosamordnare som samarbetar med verksamheter inom region och berörd kommun samt med ideella organisationer och statliga myndigheter m.fl. I uppdraget ingår bl.a.:

- Inventering och kontinuerlig uppdatering av lokala nätverk, verksamheter och kontaktpersoner inom hälsofrämjande arbete samt proaktivt lokalt nätverksarbete tillsammans med kommunen och andra aktörer.
- Att genomföra behovsinventeringar, vilket innebär identifiering av grupper med behov av hälsofrämjande insatser, vilka genomförs i dialog med kommun och andra lokala aktörer.
- Anordna och genomföra uppsökande hälsofrämjande insatser för befolkningen tillsammans med kommunen och andra aktörer i lokalsamhället.
- Uppföljning, såväl av insatserna som av hälsoläget i befolkningen. Uppföljningsuppdraget avser även hur samarbetet med kommun och andra lokala aktörer fortlöper.

Arbetet avser hälsofrämjande aktiviteter för grupper inom sakfrågorna: otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol, tobaksbruk, sömnvanor samt stress. Insatserna ska bygga på evidens och tas fram i samarbete med de målgrupper som ska delta. Exempel på aktiviteter är matlagningskurser, promenader, stress- och sömnkurser, hälsosamma matvanor och insatser för att förebygga sjukskrivningar. Exempel på arenor är studieförbund, öppna förskolor, SFI-skolor, träffpunkter, idrottshallar, företagsparker och bibliotek.[17]

[17] Skriftlig kommunikation med Region Uppsala.

Läs mer om Uppsalas omställningsarbete och verksamheten här: https://regionuppsala.se/samverkanswebben/samverkan-och-utveckling/halsa-och-vard/halsa-och-vard/effektiv-och-nara-vard-2030/.

Utredningens reflektion: Uppsalas arbete med Förstärkt geografiskt hälsouppdrag präglas av ett holistiskt synsätt som fångar flera aspekter som vi i utredningen lyft såväl i tidigare betänkande som detta. Arbetet tar fasta på behovet av att känna sin befolkning, och kunna sätta in tidiga insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, och därmed använda resurser mer effektivt. Det visar också på behovet av samverkan för att nå framgång i detta arbete, såväl med andra delar av regionens verksamheter som med olika verksamheter inom kommunen, och med civilsamhället. Sakfrågorna som står i fokus reflekterar riskfaktorer för såväl fysisk som psykisk hälsa, och kan man nå framgång i att omhänderta dessa kan potentiellt stora hälsovinster nås, både för individer och samhälle.

Social aktivitet på recept (SAR) – pågående forskningsprojekt

SPiS (Social prescribing in Sweden) är ett pågående forskningsprojekt där forskare från Umeå universitet (UmU) tillsammans med kommunal aktivitetssamordnare och primärvård jobbar för att utveckla en svensk modell för Social aktivitet på recept (SAR). Idén är utvecklad och används i England, där man sedan flera år har satsat på att ge primärvården möjligheten att förskriva sociala aktiviteter. Konceptet har inte tidigare provats i Sverige.

SPiS inleddes 2019 och stöds ekonomiskt av Strategiska forskningsområdet Vårdvetenskap, Medicinska fakulteten UmU och Vinnova. Projektet har utvecklat en modell som riktar sig till seniorer som söker hjälp inom primärvården och som upplever ensamhet.[18] Modellen utgår från att alla som arbetar vid hälsocentralen ska vara medvetna och känna sig delaktiga i arbetet att motverka ensamhet. Därför kommer alla professioner som möter patienter att kunna initiera

[18] Ensamhet definieras som ett tillstånd då personen upplever att hens sociala aktiviteter och sociala sammanhang inte är tillfredsställande. Ensamhet har i forskning uppmärksammats som en riskfaktor både för ökad dödlighet och sjuklighet (jämförs med att röka 15 cigaretter per dag, se Holt-Lunstad, *The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors*. Public Policy & Aging Report, 2017, Vol. 27, No. 4, s. 127–130).

frågan om ensamhet. Om personen beskriver en situation av ensamhet ska rutinen vara att hen erbjuds att träffa någon ur SAR-teamet. Detta team består av professioner som har kompetens och erfarenhet av aktivitet som behandling och att möta ensamhetsproblematik. Utifrån bedömning förskrivs social aktivitet på recept och personen guidas till ansvarig för förskriven aktivitet vilken genomförs helt eller delvis av lokala organisatörer, t.ex. pensionärsorganisationer eller i samverkan med kommunala aktivitetsinitiativ. Aktivitetsansvarig ger stöttning att delta i aktiviteten utifrån SAR-receptet.

Modellen kommer testas utifrån genomförbarhet och effekter både på aktivitet, välbefinnande och ensamhet. För projektets genomförande, och möjlighet till uppskalning i senare skede, sker förankring i regionens primärvård såväl som i kommunens ordinarie verksamhet för att ge äldre möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Datainsamlingen har tyvärr tillfälligt pausats p.g.a. coronapandemin men planeras att återupptas när situationen åter tillåter det.[19]

Hör mer om verksamheten:
https://www.umu.se/forskning/popularvetenskapliga-arrangemang/fika-efter-en-forskare/ingeborg-nilsson-morgondagens-medicin--social-samvaro-pa-recept/.

Utredningens reflektion: Ensamhet i sig är inte en diagnos, men som beskrivet är det en riskfaktor både för ökad dödlighet och sjuklighet. Såväl för individers välbefinnande som för samhället i stort är det därmed önskvärt att kunna tillhandahålla stöd för att hjälpa människor ur ensamhet och därmed till bättre psykisk hälsa. Även om det inte är hälso- och sjukvården som kan eller ska tillhandahålla det direkta stödet för att komma ur ensamhet, så kan vi räkna med att människor även fortsatt kommer att vända sig till primärvården utifrån de symtom och den oro som för många följer med ensamheten. Att utveckla fungerande och strukturerade verktyg för att primärvården, i svensk kontext, ska kunna lotsa dessa vidare till andra samhällsaktörer, ofta i civilsamhället, är därmed angeläget.

[19] Samtal med Ingeborg Nilsson 20-09-24; Nilsson Ingeborg, *Kan morgondagens medicin vara social samvaro på recept?*, Hälsa nummer 3, 2020.

App för sociala aktiviteter – pågående projekt (@geing Online)

Ett gott exempel på pågående utveckling av en teknisk plattform i mindre format, som en metod att sprida kännedom om civila aktörer och deras verksamhet, är ett arbete som Umeå universitet i samverkan med Finland gjort. Inom projektet @geing Online arbetar man med att ta fram en applikation för mobil, avsedd att användas av seniora personer, som ger användaren kännedom om pågående eller kommande sociala aktiviteter i dennes närområde. Användaren kan även annonsera egna arrangerade sociala aktiviteter för att få sällskap. Arbetet med att utveckla applikationen har gjorts tillsammans med dels seniora personer, dels med teknikföretag och organisationer som ordnar sådana sociala aktiviteter som applikationen avser att presentera. Arbetet utgör ett gott exempel på hur civila aktörer med digitala hjälpmedel kan tillhandahålla sina tjänster till de som har behov av dem.

Läs mer om verksamheten: https://www.abo.fi/projekt/geing-online-digitala-tjanster-for-meningsfulla-sociala-aktiviteter-bland-botniaregionens-aldre/.

Utredningens reflektion: Projektet är ett intressant exempel på hur man på ett strukturerat sätt försöker synliggöra lokalt tillgängliga insatser från civilsamhället, med involvering av dem som tjänsten är till för i själva utvecklingsarbetet. Sådana applikationer skulle potentiellt också kunna användas i primärvården, för att hänvisa patienter vidare till relevanta stöd och aktiviteter som tillhandahålls av civilsamhällesaktörer fysiskt i närområdet eller digitalt.

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Fysisk aktivitet kan minska risken för eller förbättra symtomen vid flera olika sjukdomar, däribland depression. Den som behöver stöd med detta kan få Fysisk aktivitet på recept, (FaR). FaR är en metod för att främja fysisk aktivitet som utgår från hälso- och sjukvården. I dag står Sveriges regioner som huvudmän för arbetet. FaR innebär att hen får ett recept på någon rörelseaktivitet. Aktiviteten är anpassad till de förutsättningar och önskemål hen själv har. Fysisk aktivitet kan

komplettera och/eller ersätta läkemedel. Ibland är fysisk aktivitet den bästa medicinen där aktiviteten blir huvuddelen av en behandling.

I metoden ingår fem grundkomponenter:

- personcentrerat samtal
- FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling)
- individuell skriftlig ordination
- samverkan med aktivitetsarrangörer, samt
- uppföljning.

Den mest centrala delen i metoden är det personcentrerade förhållningssättet i samtalet som leder fram till rekommendationer för fysisk aktivitet vilka förmedlas genom en skriftlig ordination. Det är kombinationen av dessa komponenter, som i vetenskapliga studier har visats kunna påverka den fysiska aktiviteten hos individen över tid. Kunskapsbanken FYSS sammanfattar evidens för hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla ett stort antal sjukdomar. Exempelvis diabetes, högt blodtryck, kärlkramp, värk i rygg och axlar, sömnproblem och depression.

All legitimerad personal inom hälso- och sjukvården kan förskriva FaR. Till exempel en fysioterapeut, läkare, sjuksköterska, psykolog, dietist, arbetsterapeut eller barnmorska. Det finns många olika aktiviteter som kan rekommenderas i FaR. Många regioner tillhandahåller olika slags förteckningar över tillgängliga aktiviteter.

Flera av aktiviteterna kan genomföras på egen hand och innebär ingen direkt kostnad för patienten. Andra aktiviteter erbjuds av motionsanläggningar och föreningar som ofta tar ut en avgift. Denna avgift betalar patienten själv eftersom den inte ingår i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd, men många arrangörer ger rabatt mot att man visar upp ett FaR-recept.

Läs mer om verksamheten:
https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/eupap--far-pa-export-till-europa/.

Utredningens reflektion: Sedan dåvarande Statens folkhälsoinstitut utvecklade FaR 2001, har modellen utvecklats och anpassats till regionala och lokala förutsättningar. Likaså har kunskapsstödet i FYSS, som används som grund för ordinationen, kontinuerligt uppdaterats och utvecklats. Likväl signalerar många i hälso- och sjukvården att kunskapen om betydelsen av fysisk aktivitet inte används i tillräcklig utsträckning i hälso- och sjukvården, och att användningen av FaR är ojämnt spridd och olika tillämpad i olika verksamheter. Konceptet är dock etablerat över hela landet och borde därmed kunna nyttjas i än högre grad än i dag och vara en aktiv del av strategier för att bemöta den psykiska ohälsan.

Häng med oss ut 2.0 (HMOU 2.0)

Utifrån forskning kring naturens positiva effekter på återhämtning, kamratstöd och aktivitetens betydelse för hälsa startades 2016 projektet Häng med oss ut, med ekonomiskt bidrag från Region Skåne. Projektet var ett samarbete mellan socialpsykiatrin i Sjöbo kommun och Friluftsfrämjandets lokalavdelning Sjöbo. Projektets syfte var att ”möjliggöra för kunder i socialpsykiatrin att prova på friluftsaktiviteter i en lokal förening”.

Projektet blev så lyckat att fler kommuner ville göra detsamma och projekt ”Häng med oss ut 2.0” blev en treårssatsning som nu (2020) är inne på sitt andra år. Häng med oss ut 2.0 är ett samarbete mellan de socialpsykiatriska verksamheterna i Skånekommunerna: Sjöbo, Ystad, Tomelilla, Skurup och Simrishamn samt Friluftsfrämjandet. Projektet finansieras av samverkansmedel för de fem deltagande kommunerna. Tolv medarbetare som arbetar i socialpsykiatriska verksamheter från tre kommuner gick Friluftsfrämjandets ledarutbildning för att kunna arbeta i projektet. Under första året har 15 personer kopplade till socialpsykiatriska verksamheterna träffats för aktiviteter en eftermiddag var tredje vecka.

För att kunna följa deltagarnas återhämtningsresa intervjuas alla deltagare före medverkan i projektet och sedan efter ett års medverkan, av brukarrevisorer. Från brukarrevisionens första rapport framgår bl.a. följande:

> Deltagarna skulle, precis som vid kick-off-intervjuerna, skatta sitt mående på en skala 1–6 där 1 var det sämsta och 6 det bästa. Olika symtom listades, såsom ångest, depression, social fobi, nedstämdhet, tvångssyndrom,

> självskada, koncentrationssvårigheter, rastlöshet, malande ältande tankar, rädsla, nervositet, glädje, tillfreds. Jämförelsen visar att det skett stegförflyttningar till det bättre på samtliga områden för alla deltagare.
>
> Avslutningsvis kan man säga att det generella måendet har förbättrats. Deltagarna kanske inte tar sig ut i naturen oftare, men nyfikenhet, mod och den sociala förmågan har förbättrats. Deltagare har vågat prova nya saker och har fått nya vänner. De känner sig säkrare och har blivit piggare.

Det kan också noteras att elva deltagare har gått Friluftsfrämjandets utbildning till hjälpledare och är nu aktiva i andra grupper både inom socialpsykiatriska verksamheterna (där de kan fungera som peer support) och i Friluftsfrämjandets övriga grupper.

Inom socialpsykiatrin i Sjöbo finns utöver projektgruppen två HMOU-grupper som ingår i den ordinarie verksamheten.

Läs mer om verksamheten: https://www.sjobo.se/omsorg-och-stod/psykisk-halsa/hang-med-oss-ut.html.

Utredningens reflektion: Denna verksamhet riktar sig till personer som får insatser från socialpsykiatrin i kommunerna. Samtidigt är det troligt att flera i den potentiella målgruppen också kommer i kontakt med regionens och/eller kommunens primärvård utifrån såväl besvär kopplade till såväl fysisk som psykisk ohälsa, vilket gör den till ett gott exempel för många att ta efter. Man kan tänka sig att en strukturerad samverkan mellan såväl olika delar av kommunens verksamhet som mellan kommunens och regionens verksamheter, skulle kunna bidra till att fler i den potentiella målgruppen får möjlighet att ta del av denna typ av stöd. Liknande insatser skulle troligen också kunna erbjudas till andra målgrupper med psykisk ohälsa med liknande effekter. Vidare utveckling och utvärdering av denna typ av insatser är därmed önskvärda.

6.3 Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa

För att uppnå ett integrerat arbetssätt i enlighet med intentionen i modellen Rätt stöd till psykisk hälsa krävs en infrastruktur som ger förutsättningar och stödjer systemet till en sådan förändring. Det gäller en rad områden; patientdelaktighet, utbildning och kompetensförsörjning, forskning och utveckling, adekvata och evidens-

baserade kunskapsstöd samt finansiering. Vi gör här ett antal bedömningar av hur sådana förutsättningar kan skapas.

Avslutningsvis presenterar vi en möjlighet till utvecklingsarbeten i form av geografiska modellområden för implementering av Rätt stöd till psykisk hälsa. Vi lyfter där särskilt möjligheten till (och nyttan med) samtidig följeforskning vid ett sådant införande i en avgränsad lokal kontext.

6.3.1 Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd

Bedömning: Utredningen bedömer att huvudmännen tillsammans med verksamheter på primärvårdsnivå behöver utveckla metoder för att strukturerat inkludera patienters synpunkter och erfarenheter för uppstart, utveckling och uppföljning av verksamheten gällande psykisk ohälsa.

För att människor ska ha goda förutsättningar att vara delaktiga i sin vård och tillgodogöra sig insatser från vården, behöver befolkningens hälsolitteracitet beaktas och stärkas. Utredningen bedömer att 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,[20] för att därigenom öka andelen som får ta del av stödinsatser.

Skäl för utredningens bedömning

Vikten av delaktighet

Att hälso- och sjukvården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten framgår av PL. Likaså att patientens medverkan i vården alltid ska utgå från de egna önskemålen och förutsättningarna.[21] Av tradition har dock vården i hög grad utgått från sina egna perspektiv, och från sina egna stuprör, i förhållande till diagnoser, organ, professioner och organisationer.

[20] Kort om begreppen: I 5 kap. 10 § SoL benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående även om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården.
[21] 5 kap. 1 och 2 §§ PL.

För att skapa den moderna vården, som möter dagens behov och förväntningar, behöver vi lära av patienter och deras närstående och låta deras behov, preferenser och resurser vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Patienters medskapande till sin egen hälsa och vård är en ofta förbisedd resurs som i högre utsträckning behöver tillvaratas och stödjas.[22] Det handlar om ett skifte från att se patienter som mottagare av vårdtjänster till aktörer i ett gemensamt partnerskap med hälso- och sjukvården. Detta innebär såväl ett kultur- som maktskifte. Detta skifte medför också att vi skapar möjlighet för den som vill och kan att ta större ansvar för sin egen vård. Det finns enligt utredningens mening ingen motsättning mellan ett sådant förhållningssätt och behovet av standardiserade insatser på gruppnivå, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Tvärtom förutsätter ett individanpassat arbetssätt tydliga strukturer för hur vården ska utformas på gruppnivå, och utifrån beslutade prioriteringsordningar. Detta har utredningen beskrivit även i tidigare betänkanden.[23]

Utredningen konstaterar i detta sammanhang att flera olika begrepp kan användas för att beskriva ett sådant medskapande. Ibland används termer som patientinvolvering eller patientinflytande, andra gånger partnerskap eller patientdelaktighet. Delaktighet är det begrepp som används i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning (PL), och vi väljer därför att använda oss av detta begrepp i det följande.

Kopplat till delaktighet talas det om såväl patientdelaktighet som brukardelaktighet. Detta främst utgående från vilken typ av verksamhet det rör sig om. När man är inom hälso- och sjukvården är man enligt lagstiftningen patient, och som mottagare av insatser under SoL benämns man ofta som brukare. Med medvetenhet om att en människa inte bara är patient och/eller brukare, utan just en människa, med ett liv även bortom de tjänster hen får med stöd av hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten, kommer vi här att utgå från begreppet patient, eftersom vårt uppdrag utgår från ett hälso- och sjukvårdssammanhang.

[22] Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018, s. 3.
[23] Se framför allt avsnitt 3.2.1 i SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* samt avsnitt 5.1.7 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

”Inget om oss utan oss”

Utredningen vill liksom i tidigare betänkanden framhålla vikten av patientdelaktighet på alla nivåer, såväl individuell som organisatorisk nivå och såväl på verksamhets- som övergripande strategisk nivå. I det följande väljer vi att fokusera på vikten av att skapa förutsättningar för delaktighet vad gäller just organisatorisk nivå, dvs. styrning och utveckling av vården.

Det kan upplevas svårt att få till stånd hållbara strukturer för patientdelaktighet inom kommun och region samtidigt som behovet av långsiktiga strategier för att etablera fungerande arbetsformer är stort. Utredningen bedömer att huvudmännen tillsammans med verksamheter på primärvårdsnivå bör utveckla metoder för att strukturerat inkludera patienters synpunkter och erfarenheter, som en del av underlaget för uppstart, utveckling och uppföljning av verksamheter, inklusive utbildning, gällande psykisk ohälsa. Genom att samverka med etablerade patient-/anhörigorganisationer eller nätverk i detta arbete ges goda förutsättningar för representanter att inhämta synpunkter från och förankra beslut hos sin organisation och andra patienter. Från patientrörelsen har framförts att det finns ett behov av att detta görs på sätt som långsiktigt bygger strukturer och kompetens inom området, inte bara genom kortsiktiga projekt.

Detta är också i linje med SiS[24] standard ”Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård” (SS-EN 17398:2020). I denna lyfts att ledningsgrupper, organisationer och beslutsfattare/politiker ska säkerställa:

a) ett interprofessionellt förhållningssätt, för kvalitetsförbättring på operativ och strategisk utvecklingsnivå, inklusive deltagande av ombud för patient

b) en strukturerad utvärdering och uppföljning av patientrapporterade resultatmätningar (PROM), såsom symtom, funktionell kapacitet, livskvalitet, hälsostatus och patientrapporterade erfarenhetsmätningar (PREM) under och efter vårdperioderna

c) stöd för och tillhandahållande av nödvändiga resurser och strukturer för patientdelaktighet på organisations- och systemnivå, samt vid behov inrättande av patientorganisationer

[24] Svenska institutet för standarder.

d) utbildning och fortbildning i patientdelaktighet som en del av utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal

e) skapande av strukturer och policyer för systematisk kvalitets- och säkerhetsförbättring beträffande patientdelaktighet

f) periodisk uppföljning av dokumenterade vårdplaner som inkluderar patientens mål och delat beslutsfattande. Om de fastställda målen inte uppfylls ska en förbättringsplan utvecklas, genomföras och utvärderas inom det följande året.

Nedan följer några exempel på former och metoder för arbetet med strukturerad patientdelaktighet.

Peer support

Peer support (översätts ibland till kamratstödjare eller mentor i svensk kontext) innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning/variation blir professionellt verksamma inom vård och omsorg för att stötta brukare och patienter i deras återhämtningsprocesser. De kan verka på en rad olika sätt och i olika verksamheter. Gemensamt är att de erbjuder hjälp och stöd som en jämlike och delar personliga erfarenheter av återhämtning på ett sätt som inger hopp. Då de har egen erfarenhet av att ha hittat sätt att hantera kriser tillför de självförtroende och engagemang i stödet till andra.

Peer support är en relativt ny, men växande yrkesroll. I flera länder är yrkeskategorin en naturlig del i den psykiatriska vården. Det ökande användandet av yrkesgruppen går i linje med ett ökat fokus inom psykiatrin på att stödja patienternas hälsa, eget engagemang och s.k. personlig återhämtning. Personlig återhämtning handlar om att finna mening och hopp i livet och att leva ett tillfredställande liv, definierat av personen själv. Till skillnad från klinisk återhämtning så förutsätter inte personlig återhämtning att personen är symtomfri.

Internationell forskning gällande effekten av att få stöd av en mentor/peer support för patienter visar på fördelar såsom både ökad återhämtning och ökad livskvalitet, empowerment, ökad social förmåga och integration, en känsla av hopp och kontroll samt ökad upplevelse av social inkludering och tillfredställelse med livet. Andra studier pekar mot minskat behov av psykiatrisk vård och minskad

nivå av symtom. Även om många studier visar på fördelar behövs fler studier för att visa på en effekt. Forskning visar också att det ligger många utmaningar i implementeringen av denna nya yrkesroll.[25]

Patient-/brukarrevisioner

En brukarrevision är enligt Riksförbundet för Social och Mental Hälsas (RSMH) och Schizofreniförbundets definition en granskning av en enhet eller verksamhet som ger vård, stöd eller service till personer med psykiska funktionshinder som utförs av brukare och/eller närstående. En brukarrevision är alltså en granskning av en verksamhet som utförs av personer med egen erfarenhet och där dessa kommer fram till vad som ska undersökas, utför intervjuerna som ingår i granskningen, tar fram rapport kring vad som enligt granskningen varit bra i verksamheten som granskats, mindre bra och utvecklingsförslag, samt återkopplar dessa resultat till verksamhetens ledning och personal.

I utvärderingen av Psykiatrireformen lyfts brukarrevision fram som en metod som regioner (då landsting), kommuner och brukarorganisationer bör ta initiativ till för att öka brukarinflytandet och därigenom höja kvaliteten av vård och omsorg.[26]

Brukarrevisioner har de senaste tio åren börjat användas i allt större skala. Ofta har brukarrevisioner genomförts på psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter, t.ex. öppenvårdsmottagningar, heldygnsvårdsavdelningar och boendestöd. I flera regioner har brukarrörelsen byggt upp team av brukarrevisorer och brukarrevisionssamordnare och utvecklar såväl psykiatrins som socialpsykiatrins verksamheter. På andra håll i Sverige har intresset för brukarrevisioner mer nyligen aktualiserats.

Som namnet antyder är det en metod som hittills främst använts inom socialtjänstens område, men själva grundprinciperna för modellen bedömer utredningen, i likhet med flera i patient-/brukarrörelsen, att man kan utveckla och använda i hela vårdkedjan, inklusive primärvården.

[25] Argentzell E, *"Som en länk mellan patient och personal" – Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne*, 2017, s. 2 (ytterligare referenser finns i denna källa).
[26] NSPHiG, *Brukarstyrd brukarrevision som inventerings- och uppföljningsverktyg*, 2015.

Hälsolitteracitet som en förutsättning för meningsfull delaktighet

För att människor ska ha goda förutsättningar att vara delaktiga i sin vård och tillgodogöra sig insatser från vården, vad gäller såväl fysisk som psykisk hälsa, behöver befolkningens hälsolitteracitet beaktas och där relevant stärkas. Att uppnå ett mer strukturerat arbete vad gäller befolkningens hälsolitteracitet kräver insatser på olika nivåer i systemet, och hos många olika samhällsaktörer.

Ett sätt att stärka hälsolitteraciteten inom området psykisk hälsa kan vara psykopedagogiska insatser. Utredningen bedömer att huvudmännen, såväl regioner som kommuner, bör stärka och utveckla utbudet av relevanta psykopedagogiska insatser kopplade till psykisk hälsa.

I vårt huvudbetänkande ställde vi dialogfrågor; bl.a. om det i dag saknas kunskap kring hur man ska ta hand om sig själv för att må så bra som möjligt; om hur man bör förstå tidiga tecken på psykisk ohälsa; och hur man bör agera när en själv eller närstående drabbas. I de svar vi fått framgår att det ibland, och kanske framför allt i vissa grupper, finns utmaningar vad gäller kunskap om psykisk hälsa jämfört med fysisk hälsa, bl.a. utifrån stigma. Men minst lika mycket lyfts utmaningar med att faktiskt sålla i ett stort informationsflöde, och tillämpa den kunskap man har, framför allt om man mår dåligt.

Nästan genomgående utrycks dock att det finns för lite kunskap om hur man kan förstå och känna igen tidiga tecken på psykisk ohälsa, och att detta kan gälla såväl individer själva som personer som möter dem i samhället. Våra dialoger pekar också på att i vissa mål- och riskgrupper, t.ex. nyanlända och asylsökande, är t.ex. 1177 Vårdguiden mer eller mindre okänt. Olika personer har dessutom olika nivåer av såväl digital färdighet som grundläggande hälsolitteracitet, och därmed olika förmåga att själv söka, värdera och ta till sig adekvat information. Återigen har hälso- och sjukvården en avgörande funktion i att bidra till att utjämna dessa skillnader, och genom att bidra med målgruppsanpassad information och psykopedagogiska insatser, underlätta hanteringen av den psykiska ohälsan i vardagen.

Anhörigas roll och delaktighet

Som vi har sett i avsnitt 2.9 är anhöriga, dvs. personer som vårdar eller stödjer en närstående (oavsett om denne lider av fysisk eller psykisk ohälsa) en grupp som själva riskerar att drabbas av ohälsa, inklusive psykisk ohälsa. För dessa personer är det av stor vikt att de – utifrån den egna förmågan och situationen – görs delaktiga i vården av den närstående, med beaktande av den närståendes integritet. Eftersom den närståendes mående i hög grad påverkar det egna måendet är välfungerande relationer till dennes vård- och omsorgskontalter av stor vikt. Detta stöds också av PL som anger att patientens anhöriga/närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindar detta.[27]

Utöver detta upplever dock också många ett behov av eget stöd i sin roll som anhörig, samt upplever att man i dag inte får information om och/eller tillgång till sådant stöd. Detta trots att kommunerna har ett lagreglerat ansvar att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Regionerna har också enligt HSL en skyldighet att särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.[28]

Den bristande tillgången till stöd speglas också i Socialstyrelsens noteringar om en frånvaro av rutiner i hälso-och sjukvårdens verksamheter för hur stödet till närstående ska gå till.[29] Utredningen bedömer därför att det är angeläget att huvudmännen och primär-

[27] 5 kap. 3 § PL.
[28] 5 kap. 7 § HSL.
[29] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

vårdsverksamheter i såväl region som kommun säkerställer att det finns rutiner för hur stöd till närstående ska tillhandahållas.

Utredningen vill också framhålla vikten av samverkan mellan såväl olika verksamheter som olika huvudmän för att kunna erbjuda ett relevant och ändamålsenligt stöd till anhöriga. Det kan t.ex. handla om insatser för att få mer kunskap om den närståendes funktionsnedsättning/sjukdom men också om stödsamtal, rådgivning och/eller avlösarservice för den anhöriga själv.

Goda exempel

Digital peer support – verksamhetsexempel

I VGR har man arbetat med att införa internetbaserad behandling i primärvården, via Stöd- och behandlingsplattformen (SoB) på 1177 Vårdguiden, för bl.a. sömnproblem, ångest och panik, stresshantering samt depression. Kopplat till detta arbete finns också ett antal pågående forskningsprojekt, bl.a. om digital peer support.

Peer support har tidigare använts inom psykiatri och socialpsykiatri. En ny forskningsstudie visar att det är genomförbart och upplevdes som positivt av patienterna att involvera peer support även i internetbaserad vård vid psykisk ohälsa i primärvården. I studien genomgick patienter som sökte för ångestproblem i primärvården ett åtta veckors långt internetbaserat KBT-program och erbjöds extra stöd av peer supportrar under tiden för behandlingen.

Patienterna hade en positiv upplevelse av kontakten med peer supportrarna och upplevde att det gav en personlig kontakt att kunna dela svårigheter med en professionell person som hade liknande erfarenheter med sig. Resultaten visade också att patienterna, med stöd av peer support, upplevde ökad känsla av ”empowerment” (på svenska: egenmakt) tre månader efter behandlingens slut, samt att de upplevde minskade ångestsymtom efter behandlingens slut, vilket höll i sig vid en tremånaders uppföljning. Studien föreslår att man utvärderar effektiviteten av peer supportrar i internetbaserad vård i större randomiserade kontrollerade studier.

Studien genomfördes i samarbete mellan FoU primärvård Södra Älvsborg, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet och brukarorganisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg (NSPHiG).

Läs mer om verksamheten:
https://www.vgregion.se/f/regionhalsan/FoU-primarvard/forskningsplattformar/psykisk-halsa-och-ohalsa/aktuellt-inom-plattformen/peer-support/.

Utredningens reflektion: Detta arbete visar på hur e-hälsolösningar möjliggör tillhandahållande av peer support digitalt, med goda resultat för deltagarna. Använda på rätt sätt, och utvecklade tillsammans med dem tjänsterna är till för – såsom i den aktuella studien – har e-hälsolösningar även i detta avseende möjlighet att öka ett personcentrerat stöd- och behandlingsutbud. Samtidigt måste det alltid säkerställas att digitala lösningar inte blir det enda sättet att få viss hjälp, eller på andra sätt utestänger vissa grupper.

Brukarrevision av Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget psykisk hälsa

I Uppsala har man använt sig av brukarrevision för att följa upp Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget för psykisk hälsa för 2019 utifrån ett brukar- och delaktighetsperspektiv. Brukarrevisionen hade också till syfte att ta fram ett underlag som tjänstemannaledningen, Hälsa, Stöd, Vård och Omsorg (HSVO) kan använda i sitt fortsatta arbete med brukardelaktighet i denna satsning och i det övergripande arbetet för att stärka brukardelaktigheten inom Uppsala län. Frågorna man ville ha svar på var:

- Hur säkerställs demokratiperspektivet, dvs. representativ brukardelaktighet utifrån faktorer som ålder, kön och olika former av psykisk ohälsa, i arbetet med statsbidraget psykisk hälsa i Uppsala län?
- På vilken eller vilka nivåer är brukarföreningarna delaktiga i arbetet med statsbidraget psykisk hälsa i Uppsala län?
- Hur får huvudmännen ut det de behöver i brukardelaktighet?
- Förbättringsförslag utifrån brukarrevisionen.

Uppdraget utfördes av Brukarrevisionsbyrån i Uppsala län och innebar att intervjua brukarföreningar och nyckelpersoner inom Region Uppsala och två utvalda kommuner i Uppsala län[30] som berörs av arbetet med den länsgemensamma handlingsplanen för psykisk hälsa 2019. Intervjuerna skedde både i grupp och enskilt med representanter från psykiatriföreningarna i Uppsala och Tierps kommun som är verksamma inom området psykisk hälsa samt med Funktionsrätt Uppsala län och Forum för brukarinflytande. Intervjuer genomfördes med tjänstemän inom Region Uppsala, Uppsala kommun och Tierps kommun.

Förbättringsförslagen från psykiatriföreningarna kunde samlas under tre huvudsakliga områden:

1. Ett ökat stöd som kan ta sig uttryck i form av anställning, stöd och arvodering. För att möjliggöra medverkande.
2. Kommunikation: mer och tydligare kommunikation samt fungerande kommunikationsvägar.
3. Bemötande och lika villkor.

Läs mer om verksamheten: https://briu.se/wp-content/uploads/2020/02/Brukarrevsion-Psykisk-ha%CC%88lsa-slutversion-200215.pdf.

Utredningens reflektion: Som vi sett ovan har utvärdering av typen brukarrevision hittills främst använts i psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter. Exemplet från Uppsala visar dock på hur man använt samma struktur för att titta på helheten i arbetet under länets – här i bemärkelsen både region och kommuner – arbete med statsbidragen som följer av överenskommelsen om psykisk ohälsa. Detta bör kunna tjäna som exempel och inspiration för att tillämpa metodiken på fler områden och verksamheter. Grundprinciperna för modellen bör med fördel kunna utvecklas och användas i hela vårdkedjan, inklusive primärvården.

[30] På grund av arbetsområdets omfattning valde uppdragsgivarna att koncentrera sig på två av regionens kommuner.

Återhämtningsguiden

Återhämtningsguiden är ett pedagogiskt verktyg som fokuserar på återhämtning för personer med psykisk ohälsa och är ett självhjälpsverktyg som tagits fram av brukarrörelsen (NSPH Skåne) i samarbete med professionen, med finansiering av Allmänna Arvsfonden. Den som i sin yrkesroll möter målgruppen kan också använda Återhämtningsguiden som ett stöd i arbetet. Materialen är skrivna av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och bygger på en framtagningsprocess bestående av egenerfarna, anhöriga, professionella, forskare m.fl. I nuläget finns tre olika återhämtningsguider:

- *Återhämtningsguiden för dig som mår dåligt*. Riktar sig till den som mår dåligt och har behov av återhämtning. Den är uppdelad i fyra kapitel och innehåller bl.a. berättelser om återhämtning, vart en kan söka stöd, samt vad som varit hjälpsamt för andra som mått dåligt. Den innehåller också verktyg som ger möjlighet till reflektion kring vad en kan göra för att må bättre.

  Materialet kan användas i verksamheter som möter personer som mår dåligt, t.ex. hälso-/vårdcentraler, öppenvårdsmottagningar, socialpsykiatrin, studenthälsan, företagshälsovården, föreningar med flera.

- *Återhämtningsguiden för dig som står nära någon som mår dåligt*. Materialet är uppdelat i fem kapitel och innehåller bl.a. berättelser från andra anhöriga, vanliga tankar och känslor, förhållningssätt och bemötande samt vart en kan söka stöd. Den innehåller också verktyg som ger möjlighet till reflektion om vad som kan vara viktigt i den egna återhämtningen.

  Materialet kan användas i verksamheter som möter anhöriga, t.ex. av anhörigkonsulenter, inom psykiatrin, socialpsykiatrin, studenthälsan, företagshälsovården, föreningar m.fl.

  Denna guide tas fram genom ett projekt från Allmänna Arvsfonden under perioden 2019–2022 och kommer på sikt även att lanseras som mobilapplikation samt studiecirkel.

- *Återhämtningsguiden för dig inom heldygnsvård*. Ett verktyg för den som är inlagd på en heldygnsvårdsavdelning och syftar till att skapa en förståelse för nuläget och en plan för såväl återhämtning, som tiden efter utskrivning.

Läs mer om verksamheten: http://www.aterhamtningsguiden.se/.

Utredningens reflektion: Att återhämta sig efter en kris eller period av psykisk ohälsa är en individuell process, som ofta kan vara utmanande. Som vi sett i avsnitt 2.2.5 kan psykoedukation medföra att det blir lättare att hantera olika svårigheter och diagnoser, genom att man får mer kunskap om och förstår varför olika saker och situationer känns svåra. Återhämtningsguiderna är exempel på sådana material, initierade av egenerfarna och framtagna tillsammans med såväl dem de berör som med forskare. Dessa kan spela en viktig roll, både vad gäller att förmedla hopp om att livet kan bli bättre igen, och samtidigt visa på att processerna ofta tar tid. Återhämtningsguiden kan bidra till förståelse för det.

6.3.2 Utbildning och kompetensförsörjning

Bedömning: Nationella vårdkompetensrådet bör inom ramen för sitt uppdrag kartlägga behoven av kompetensförsörjning vad gäller psykisk ohälsa i primärvården. I ett sådant arbete bör man särskilt beakta den kommunala hälso- och sjukvårdens behov.

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

Mot bakgrund av verksamhetens behov, och att det återkommande refereras till grundläggande psykoterapiutbildning som kompetenskrav i huvudmännens förfrågningsunderlag, bedömer utredningen vidare att regeringen bör överväga att utreda om det finns behov av att standardisera och kvalitetssäkra utbildningen.

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.

Skäl för utredningens bedömning

Ökad kunskap om kompetensbehoven

Nationella vårdkompetensrådet med tillhörande kansli inrättades den 1 januari 2020 på Socialstyrelsen. Rådet är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och UKÄ. Nationella vårdkompetensrådets uppdrag innebär att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att tillgängliggöra sammanställningar av fakta- och kunskapsunderlag och utifrån dessa göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven, inklusive behovet av framtidens vårdkompetenser. Syftet är att främja samverkan mellan berörda aktörer och säkerställa att samtliga aktörer har en gemensam bild av kompetensförsörjningsbehoven i vården. Rådets verksamhet omfattar offentlig och privat hälso- och sjukvård, inklusive kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och tandvård. Uppdraget fokuserar initialt på högskoleutbildade yrkesgrupper. Rådet kan lämna bedömningar om behov av förändringar av dimensionering, utbud och innehåll i utbildningar.

Utifrån våra kartläggningar och analyser i kap. 3 gör vi bedömningen att rådet särskilt bör kartlägga behovet av kompetenser för att möta psykisk ohälsa i primärvården, eftersom detta inte går att utläsa av nuvarande rapportering. En sådan sammanställning bör omfatta såväl regioner som kommuner. Sammanställningen bör utgå mer från just den samlade situationen i primärvården, och olika professioners samverkan där, och i mindre utsträckning från kartläggning av enskilda yrkesgrupper som separata stuprör. Digitaliseringens påverkan på kompetensförsörjningen bör beaktas. Det bör noteras i sammanhanget att inom området psykisk ohälsa verkar många yrkesgrupper utan högskoleutbildning, i kommunens verksamheter, men också i regionernas. Exempel på detta är undersköterskor, skötare och i vissa fall personer med grundläggande psykoterapiutbildning. Yrkestitlar som KBT-behandlare och samtalsterapeut förekommer utan närmare specifikation av utbildningsnivå. Då dessa inte är reglerade titlar finns det inte någon fastslagen standard för vilka kompetenskrav som ska gälla, och inte någon systematisk uppföljning på nationell, eller vad vi känner till, regional nivå. Utredningens bedömning är att det vore att föredra att översynen av kompetensförsörjningen omfattar samtliga ingående yrkesgrupper. Om detta

inte är möjligt inom ramen för vårdkompetensrådets uppdrag skulle en sådan översyn också kunna genomföras, vad gäller icke legitimerade yrkesgrupper, av annan aktör, t.ex. Socialstyrelsen.

Bristen på medarbetare med kompetens att utföra psykologiska behandlingar har upprepade gånger lyfts av Socialstyrelsen i uppföljning av nationella riktlinjer, och det har också varit i fokus för överenskommelser mellan staten och SKR. Vi gör därför bedömningen att bättre kunskap om kompetensförsörjningen och gapen på området är av avgörande betydelse för att uppnå de mål avseende kvalitet och patientsäkerhet som ställs inom området.

Vi bedömer vidare att huvudmännen behöver säkerställa att man har erforderlig kompetens i primärvården vad gäller psykisk ohälsa. Samt identifiera behov av utbildningsinsatser. Det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Särskilt om grundläggande psykoterapiutbildning

Utredningen bedömer att regeringen bör överväga att utreda om det finns behov av att standardisera och kvalitetssäkra den grundläggande psykoterapiutbildningen. Som framgår av vår kartläggning av kompetenser finns en särskild historik gällande denna (se avsnitt 3.7.2). Som där beskrivet hänvisar examensordningen för psykoterapeutexamen fortfarande till ”grundläggande psykoterapiutbildning”, och trots att delningen av psykoterapiutbildningen i två steg formellt upphörde för över 30 år sedan lever den kvar i praktiken. Utbildningar så som basutbildning i psykoterapi, steg 1-utbildning eller dyl., ges i dag av ett stort antal utbildningsanordnare, och med olika krav på förkunskaper. Innehållet i utbildningarna varierar stort. Det illustreras bl.a. av att det förekommer att utbildningar som kallas grundläggande psykoterapiutbildning inte ger behörighet till psykoterapeutprogrammen.

Som beskrivet i kap. 3 hänvisar omkring en tredjedel av regionerna i sina förfrågningsunderlag till kompetenskrav uttryckt som t.ex. minst grundläggande psykoterapiutbildning, grundutbildning i psykoterapi, som lägst basutbildning i psykoterapi eller steg 1-utbildning. Ett sådant krav säger ingenting om vilken formell kompetens

som efterfrågas av huvudmannen, och även om många av de enskilda individer som genomgått grundläggande psykoterapiutbildning förstås besitter stor individuell kunskap och skicklighet är detta inte med säkerhet tillfredsställande ur kvalitets- och patientsäkerhetssynpunkt.

Förutsättningar för medarbetarnas hälsa

För att kunna stödja andra människor till hälsa måste också goda förutsättningar finnas för den egna hälsan. Att i stor utsträckning möta människor med psykisk ohälsa ställer särskilda krav på en hållbar arbetsmiljö för primärvårdens medarbetare. Sjukfrånvaron relaterad till psykisk ohälsa hos personer med s.k. kontaktyrken i vård och omsorg är hög. I våra kartläggningar och dialoger har lyfts att trots att medvetenheten är stor om att andelen patienter som söker primärvården med anledning av psykisk ohälsa är stor, är frånvaron av strukturerade data, och därmed i många fall tillräcklig och adekvat resurs- och kompetenssättning, påtaglig. Det förefaller också vara så att beroende på historik och tradition förekommer strukturerat stöd i form av t.ex. handledning i olika utsträckning för olika yrkesgrupper som alla möter människor med psykisk ohälsa. Utredningen gör bedömningen att huvudmännen särskilt bör beakta att det erbjuds ändamålsenliga insatser till stöd för medarbetarnas hälsa.

Gott exempel

4 Ess (Smart Samverkan i Småland Sydost)

4 Ess står för Smart Samverkan i Småland Sydost. Projektet pågick mellan 2017 och 2020, i Torsås, Ljungby och Vimmerby kommuner. Syftet med projektet var att minska sjukskrivningstalen bland kommunanställda. Idéen var att koppla in arbetsgivarna tidigt i processen och ge dem bättre möjlighet att ta sitt ansvar för att förebygga ohälsa. Fokus låg på första linjens chefer, och en önskan att rusta dem med bättre verktyg. Konkret innebar projektet att kommunen som arbetsgivare samverkade med Försäkringskassan och med hälsocentraler.

Projektet bestod dels av en strukturell del, som handlade om att förebygga sjukskrivningar på organisatorisk nivå. Projektets olika parter träffades på ortgruppsmöten för att finjustera insatser och samarbete. Man utbildade också alla chefer i arbetsmiljöarbete.

Den andra delen av projektet var individuell. Den vände sig till kommunanställda som antingen var, eller låg i riskzonen för att bli, långtidssjukskrivna. Till den delen bjöd man in runt hundra deltagare via deras närmaste chef eller via hälsocentralen. En viktig poäng var att fånga upp dem tidigt, redan vid de första signalerna på psykisk ohälsa eller diffus smärtproblematik. Sedan fick de snabbt komma på ett möte med sin chef, kommunens HR-person, Försäkringskassans handläggare och hälsocentralens rehabkoordinator. Under mötet lades en plan för rehabiliteringen upp. Efter mötet och uppföljningssamtalet övertog arbetsgivaren ansvaret att fortsätta rehabiliteringen. Projektet rapporteras ha gett tydliga resultat avseende sjukskrivningstal och Torsås kommun har fortsatt med samma arbetssätt efter avslutad projekttid.

Läs mer om projektet här:
https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/hallbar-rehabilitering/4-esssankte-sjukskrivningstalen-i-smaland/.

Utredningens reflektion: Att strukturerat arbeta med att försöka identifiera framgångsfaktorer vad gäller de ökande sjukskrivningstalen hos personer i s.k. kontaktyrken i vård och omsorg är nödvändigt. Sjukfrånvaron i gruppen ligger i stor utsträckning inom området psykisk ohälsa. Effekten av tidiga insatser som involverar flera aktörer, inklusive hälso-/vårdcentralen, behöver vidare undersökas. Att göra det i en lokal kontext, och koppla strukturerad uppföljning till arbetet, bidrar till ökad kunskap inom området. När det gäller att sprida goda exempel är det viktigt att det finns kanaler för att göra detta på ett strukturerat sätt. Sunt Arbetsliv ger inspiration och verktyg i arbetet för friska arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn. Plattformen, som drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med SKR och regionerna samt Sobona, är i sig ett gott exempel på arbete för sådan spridning.

6.3.3 Uppföljning och forskning

Systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Bedömning: I betänkandet God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) gjorde vi bedömningen att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande bör byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård. Bedömningen kvarstår och är av lika stor betydelse för att kunna följa den psykiska ohälsan såväl som den fysiska.

Utredningen vill därmed understryka vikten av det utredningsarbete som görs av Socialstyrelsen om möjligheter för uppgiftsinsamling på primärvårdsnivå, vilket ska redovisas i februari 2021.

Utredningen bedömer slutligen också att det är av stort vikt att primärvårdens arbete med psykisk ohälsa blir belyst i det förslag på indikatorer för att följa omställningen till en god och nära vård som utvecklas av Socialstyrelsen.

Skäl för utredningens bedömning

Som utredningen i tidigare betänkanden beskrivit[31] ser vi det som en central förutsättning för den påbörjade omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård att Sverige brådskande börjar bygga upp en nationell systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå.

Utan en sådan saknas i stor utsträckning också solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige, då den bedrivs i primärvården. I likhet med Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys, SCB och internationella organisationer såsom OECD anser vi att detta är problematiskt.

Detta leder även till påtagliga utmaningar gällande vad vi kan säga om hur vi hanterar psykisk ohälsa inom svensk hälso- och sjukvård. Majoriteten av t.ex. de med depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården, och många kommer aldrig till den specialiserade psykiatrin utan bedöms och behandlas i primärvården. Dessa grupper inkluderas då inte i t.ex. forskning, som använder patient-

[31] Se framför allt avsnitt 5.3 och 8.4 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

registret för att skapa sina populationer. För att få en proxyvariabel för omfattningen av psykisk ohälsa hanterad i primärvården vänder sig många till läkemedelsregistret, där man kan få data om t.ex. mängden antidepressiva förskriven i primärvården. Detta innebär en betydande osäkerhet, då läkemedel i registret inte är kopplade till indikation. Vi har i dag heller ingen nationell systematisk datainsamling om andra interventioner än farmakologisk behandling, och heller inte interventioner av andra yrkesgrupper än läkare, som bedrivs i primärvården.

I juli 2019 gav regeringen Socialstyrelsen ett tredelat uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården (se avsnitt 3.5.1). Den första delen avser just möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Socialstyrelsen ska inom uppdraget ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av regionernas uppgiftslämnande. I uppdraget ingår att göra detta utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet till integritetsintrånget och det allmännas intresse av uppföljning av primärvården avseende vårdens kvalitet, jämlikhet och som möjliggörare för djupare analyser på nationell nivå. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2021. Mot bakgrund av ovan och tidigare beskrivna utmaningar vill utredningen understryka vikten av detta utvecklingsarbete för såväl hela omställningen mot en god och nära vård som det specifika uppdrag vi här behandlar.

Det andra deluppdraget handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Som vi sett i avsnitt 3.5.1 inkluderar det preliminära förslag som Socialstyrelsen hittills utvecklat indikatorer rörande diagnoserna depression och ångest, samt besök och tillgänglighet i primärvården respektive specialiserad vård relaterat till psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att det är av stort vikt att primärvårdens arbete med psykisk ohälsa blir belyst i det förslag på indikatorer för att följa omställningen till en god nära vård, som slutligt läggs fram av Socialstyrelsen.

Forskning

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.

Skäl för utredningens bedömning

Vi har i tidigare betänkanden belyst problematiken med kulturen och förutsättningarna att bedriva forskning i primärvårdens verksamheter.[32] Vi vill återigen lyfta området när det gäller det breda området psykisk hälsa. Våra tidigare resonemang, inklusive vad gäller finansiering av allmänmedicinsk forskning och forskning i primärvården gäller i lika hög utsträckning för området psykisk som fysisk hälsa. Utredningen ser därför mycket positivt på satsningarna på såväl ökad forskningskompetens i primärvården som generellt på området psykisk hälsa i den nyligt presenterade forskningspropositionen.[33]

Som tidigare konstaterats finns områden som berör stora grupper människor, såväl i form av lidande som ur samhällsekonomiskt perspektiv, där kunskapen i dag är bristfällig. Ett sådant område är t.ex. stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom. Det förekommer att arbetsformer och metoder som inte är beforskade används i den kliniska vardagen. Där skulle forskning just i primärvårdspopulationen ge stora möjligheter till ökat lärande och högre effektivitet i de insatser som erbjuds. Detta i syfte att undvika såväl över- som underbehandling, och tillgodose att den gemensamma resursen används på bästa möjliga sätt.

Primärvårdens breda uppdrag erbjuder unika möjligheter till tvärsektoriell forskning som inte bara ser till hälso- och sjukvårdens insatser, utan också till samspelet mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer som har en del i att påverka individens psykiska hälsa.

[32] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, kap. 9; SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 8; SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, kap. 6.
[33] Prop. 2020/21:60, *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*.

Vi vill därför återknyta och igen betona vikten av att de förslag och bedömningar utredningen tidigare gjort vad gäller behovet av ökade forskningsinsatser i primärvården är valida även vad gäller området psykisk ohälsa.

Kunskapsstöd

Nationell nivå

Bedömning: För att tillhandahålla ändamålsenliga insatser är det av största vikt att befintliga kunskapsunderlag ger ett gott stöd för att möta såväl fysisk som psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa bör tydligare uppmärksammas i kommande översyner av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Detta avseende såväl effekten av levnadsvanor på den psykiska hälsan, som vikten av hälsosamma levnadsvanor för dem med samtidig psykisk ohälsa.

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.

Skäl för utredningens bedömning

För att säkerställa en god och jämlik vård i hela landet är gemensamma och adekvata kunskapsunderlag avgörande. Detta gäller såväl diagnostik som olika typer av behandlingar och interventioner, inkluderande förebyggande insatser. För att säkerställa en väl sammanhållen hälso- och sjukvård behöver samtliga berörda vårdnivåer inkluderas i sådana kunskapsunderlag. Det finns en tendens att vissa områden historiskt betonats mer än andra i framtagandet av kunskapsunder-

lag. Det kan gälla den fysiska hälsan i förhållande till den psykiska, eller förebyggande insatser i förhållande till behandlande. Utredningen gör bedömningen att i kommande översyn av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor vore det önskvärt att aspekter kopplade till den psykiska hälsan tydligare synliggjordes. Detta avseende såväl effekten av levnadsvanor på den psykiska hälsan, som avseende vikten av hälsosamma levnadsvanor för dem med samtidig psykisk ohälsa. Likaså bör arbetet med hälsosamma levnadsvanor, och kopplingen till adekvata kunskapsstöd, tydligt kopplas till övrigt arbete med nationella riktlinjer gällande psykisk ohälsa.

Stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom är ett område där evidensen vad gäller behandling är svaga. Samtidigt är det en stor samhällsutmaning, orsakande mänskligt lidande och höga kostnader inte minst i form av sjukfrånvaro. Vilken vård som erbjuds varierar också stort över landet, till följd av avsaknad av gemensamma riktlinjer. Socialstyrelsen tillhandahåller i dag ett försäkringsmedicinskt stöd för tillståndet. I brist på evidens vad gäller behandling finns inte några nationella riktlinjer i övrigt. Utredningen gör bedömningen att till följd av problematikens omfattning, såväl vad gäller antal individer som gällande samhällskostnader och det ojämlika utbudet av insatser som erbjuds i landet, bör ett arbete med ett nationellt kunskapsstöd på området genomföras. Utredningen förespråkar ett sådant uppdrag till Socialstyrelsen. Det riktlinjearbete som pågår via Svenska psykiatriska föreningen[34] bör beaktas vid ett sådant nationellt riktlinjearbete. Ytterligare ett syfte med ett sådant kunskapsunderlag blir möjliggörandet av standardiserad uppföljning av de i ett sådant underlag förordade insatserna, och därmed en ökad kunskap på området.

Ytterligare ett stort diagnosområde som involverar primärvårdsnivån är depressioner och ångestsyndrom. Till följd av tillkommande kunskap och viss ökad evidens för nya interventioner, ofta andra än läkemedelsbaserade, vid framför allt lindrig depression gör utredningen bedömningen att det bör övervägas om det vore att föredra att insatser för lindrig och måttlig depression beskrevs var för sig i framtida riktlinjearbete, eller i annat tillhörande kunskapsunderlag. Detta skulle också kunna bidra till en ökad tydlighet på huvudmanna- och vårdgivarnivå om var i systemet en insats bäst ska ske utifrån lokala förutsättningar och förhållanden. Utredningen ser positivt på

[34] Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*.

det pågående arbetet hos Socialstyrelsen med att tydligare inkludera förebyggande insatser i riktlinjearbetet.

I samtliga riktlinjer gällande psykisk ohälsa bör förebyggande insatser inkluderas tydligare än i dag, och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvårdens behov tydligt beaktas.

Huvudmanna- och verksamhetsnivå

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.

Skäl för utredningens bedömning

Vi har tidigare beskrivit det nationella arbetet med vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning (se avsnitt 3.3.3). De nationella vård- och insatsprogrammen arbetas fram av en nationell arbetsgrupp (NAG) med deltagare från regioner och kommuner med spridning över landet. Arbetet sker inom ramen för Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa. En styrka är att NPO psykisk hälsa har en bred representation från såväl regioner som kommuner. Utredningen gör bedömningen att dessa vård- och insatsprogram väl skulle kunna motsvara det upplevda behovet av kunskapsstöd i primärvården vad gäller omhändertagande av psykisk ohälsa. I dagsläget finns sådana insatsprogram för Depression och ångestsyndrom, Schizofreni och liknande tillstånd, Självskadebeteende och Missbruk och beroende. Program för ADHD är under utveckling.

Under 2019 påbörjades arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom en rad olika sjukdomsområden, bl.a. förstagångsinsjuknande i schizofreni och utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Under 2020/21 ska ytterligare vårdförlopp tas fram, bl.a. gällande självskadebeteende samt ångest och depression.

En styrka med de standardiserade vårdförloppen är avsikten att utgående från en persons symtom omfatta samtliga aktörer som kan tänkas involveras i patientens process. Detta stämmer väl överens med utredningens syn på behovet av integrerade och samordnade insatser mellan såväl primärvård, som annan hälso- och sjukvård och socialtjänst där så är behövligt. Processen för framtagande av ytterligare standardiserade vårdförlopp utgår från en förfrågan till de nationella programområdena, som själva får anmäla intresse för att ta fram vårdförlopp. Under arbetets gång är avsikten att involvera såväl företrädare för patienter som vårdens professioner. Utredningen bedömer att detta arbetssätt har möjlighet att ge goda förutsättningar att framgångsrikt bidra till adekvata kunskapsstöd inom området. Ytterligare ett skäl för utredningen att lyfta arbetet med de standardiserade vårdförloppen är den breda representationen i NPO psykisk hälsa från såväl region som kommun. Härmed skapas goda förutsättningar för en sammanhållen och integrerad vård.

6.3.4 Framtida statliga satsningar

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.

Utredningen bedömer att detta är centralt för att säkerställa att delar av finansiella medel och utvecklingsarbete tar sikte på arbetet med psykisk ohälsa i såväl kommunernas som regionernas primärvård. Och att sådant utvecklingsarbete kan bedrivas med viss långsiktighet.

Utredningen bedömer också att det är önskvärt att än mer samla de olika satsningarna på hälso- och sjukvårdens arbete mot psykisk ohälsa.

Skäl för utredningens bedömning

I enlighet med budgetpropositionen för 2021 beslutade riksdagen om en ökning med 1 177,5 miljoner kronor under 2021 till anslaget för bidrag till psykiatri. Totalt uppgår därmed anslaget till cirka 2 164 miljoner kronor.[35] För 2022 beräknas en motsvarande ökning av resurserna. Medlen ska användas till att utveckla det förebyggande och främjande arbetet på grupp- och befolkningsnivå samt att stärka tillgänglighet och kvalitet i vård, omsorg och andra stödinsatser för personer med psykisk ohälsa och sjukdom. En stärkt samverkan mellan huvudmän och ett utvecklat arbete med suicidprevention är viktiga delar i detta arbete. I budgeten aviserades vidare att regeringen bedömer att evidensbaserade behandlingsmetoder behöver användas i större utsträckning samt att det kvalitets- och utvecklingsarbete som bl.a. har initierats genom stöd till kvalitetsregister behöver fortgå. Samt att det finns ett behov av att prioritera forskning kring psykisk hälsa, vilket är särskilt angeläget mot bakgrund av covid-19.[36]

I linje med detta, och för att främja en jämlik tillgång till vård vid psykisk ohälsa, vill utredningen framhålla bedömningen att det är centralt att statliga tillskott inom området framöver även adresserar utvecklingen av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta inte bara i form av enskilda satsningar enstaka år, utan uthålligt och med avsikt att stärka primärvården som den första linje för psykisk ohälsa som den faktiskt är i systemet. Därför bedömer utredningen att kommande statliga satsningar inom området psykisk hälsa/ohälsa bör ha en ramstruktur som tydligt adresserar samtliga de olika nivåerna av arbete med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården. Detta innebär att finansiella medel avsätts för såväl specialiserad psykiatri som primärvård, det senare med både region och kommun som huvudman.

[35] Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO9, anslag 1:8.
[36] Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO9, s. 107 f.

För att huvudmännen ska kunna arbeta långsiktigt och kvalitativt bedömer utredningen vidare att det finns behov av en tydlighet om inriktningen på dessa satsningar som sträcker sig över en längre tidshorisont. Utifrån tidigare utvärderingar[37] från såväl Socialstyrelsen som huvudmännen, samt mot bakgrund av de analyser och bedömningar kopplade till modellen Rätt stöd för psykisk hälsa som vi lagt fram i avsnitt 6.2, bedömer vi att satsningar vad gäller primärvården bör inriktas mot följande områden:

1. Vägen in
   - Intensifierat arbete för att implementera den förstärkta vårdgarantin i primärvården, samt förbättrad triagering, bedömning, diagnostisering och behandling inom området psykisk ohälsa.
   - Initiering av ett arbete, genom Inera, för att förstärka egenvårdsråd och beslutsstöd rörande psykisk ohälsa på 1177 Vårdguiden.
2. Organisering
   - Utveckling och implementering av övergripande strukturer, hos respektive huvudman, för omhändertagande av psykisk ohälsa. Strukturen bör inkludera såväl primärvård som specialiserad vård, och samverkan dem emellan. Den bör utgå från relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer, samt kunskapsstöd inom ramen för huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning.
   - Förbättrad dokumentation och uppföljning av patienter med psykisk ohälsa, såväl på nationell som på huvudmanna- och utförarnivå.
3. Samverkan
   - Utveckling av metoder och verktyg för en strukturerad samverkan med civilsamhället.
   - Initiering av metoder och verktyg för en strukturerad samverkan med civilsamhället.

[37] Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting* 2016–2018 Slutrapport, 2019, s. 98; Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Slutligen konstaterar utredningen att de senaste dryga tio åren har satsningar mot psykisk ohälsa kanaliserats genom minst två parallella överenskommelser. Dels en övergripande om psykisk hälsa, dels olika överenskommelser med fokus på sjukskrivningsprocessen. De senare har haft just personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa, som ska behandlas inom primärvården, som uttalad målgrupp för delar av stödet. Utredningen bedömer att det är önskvärt att samla de olika satsningarna på hälso- och sjukvårdens arbete mot psykisk ohälsa i en och samma överenskommelse, för att säkerställa koherens för verksamheter och patienter samt förenkla administration hos huvudmännen.

6.3.5 Utvecklingsarbeten

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.

Skäl för utredningens bedömning

Som redogjorts för i bakgrunds- och analysdelarna i detta betänkande, och vidare analyserats i förslag och bedömningar, är bristen på kunskap om vad som görs (gällande både metoder/interventioner och arbetssätt) och vilka effekter det får en utmaning för att kunna ge tydliga rekommendationer om hur primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bör bedrivas. Som beskrivet i avsnitt 6.3.3 bedömer vi därmed att möjligheterna till forskning inom primärvården gällande psykisk ohälsa bör stärkas.

För att bidra till den nödvändiga kunskapsutvecklingen gällande primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer utredningen att regeringen bör initiera två till tre utvecklingsarbeten, som löper över tre år. Dessa bör syfta 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. Tydliga strukturer för involvering av patienter/brukare i såväl utveckling som genomförande bör vara ett krav.

Sådana utvecklingsprojekt skulle kunna utarbetas på liknande sätt som, och med beaktande av erfarenheter från, pilotprojekten om samordnat folkhälsoarbete på regional nivå samt från de modellområden för god och nära vård som etablerats i de fyra regionerna i Norra sjukvårdsregionen, utifrån regeringens stöd till vård i glesbygd. I likhet med folkhälsopiloterna skulle ett sådant arbete kunna göras i två steg, där steg 1 innebär att utvalda regioner och kommuner tillsammans tar fram en projektplan, och att man utifrån dessa sedan i steg 2 ger uppdrag om genomförande av projektplanerna. I sådana projektplaner bör också ingå en plan för hur utvecklingsarbetet skulle kunna inlemmas i den ordinarie styrningen av hälso- och sjukvården, efter projekttidens slut.

Respektive utvecklingsarbete bör även ha såväl strukturerad uppföljning som forskning av oberoende aktör knuten till sig från start, vilket bör beskrivas i projektplanen. Likaså bör det etableras en form av gemensam övergripande stödgrupp för projekten, i vilken förslagsvis såväl SKR som företrädare för relevanta statliga myndigheter bör kunna vara representerade. Detta för att underlätta att erfarenheter och lärdomar sprids såväl mellan de ingående områdena som i systemet som helhet.

Utredningen bedömer att huvudmännen själva bör få anmäla intresse, och att sådana utvecklingsarbeten har störst sannolikhet att bli framgångsrika om de bedrivs där huvudmännen själva redan initierat grundläggande arbeten för att ta ett mer strukturerat grepp kring primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. I ett sådant läge kan statliga stöd för ett utvecklingsarbete bidra till bättre förutsättningar att t.ex. tidigt koppla in såväl forskning som samverkan. Detta såväl

inom olika delar av regionernas hälso- och sjukvård som mellan regional och kommunal primärvård, men även med det civila samhället.

Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att exempel på geografiska regioner som skulle kunna vara lämpliga för sådana utvecklingsarbeten är Dalarna, Gävleborg, Uppsala, Västra Götaland och Östergötland.

Finansieringen av stöd till sådana utvecklingsarbeten bör kunna ske genom medel från UO 9, anslag 1:8, vilket får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Anslaget får även användas för utgifter för forskning inom psykiatri och psykisk hälsa.

7 Författningskommentar

7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

13 a kap.

1 §

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.1. Ett reglerat grunduppdrag för primärvården behandlades i prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, och är ett resultat av den pågående omställningen av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, med målet att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Det reglerade grunduppdraget fastställer en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Vad som utgör primärvård definieras i 2 kap. 6 § HSL. Den första punkten i 13 a kap. 1 § HSL anger att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.

Tillägget av *fysiska och psykiska* i fråga om vilka vanligt förekommande vårdbehov som avses, görs i syfte att särskilt adressera den psykiska ohälsan i den omställning av hälso- och sjukvården och i den primärvårdsreform som nu pågår. Redan i dag svarar primärvården för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster i fråga om psykisk ohälsa. Av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL framgår att primärvården inte är avgränsad i fråga om t.ex. sjukdomar. Formerna för att tillhandahålla och följa upp hälso- och sjukvårdstjänster för psykisk ohälsa är dock generellt sett inte lika strukturerade som formerna för detta i fråga om fysisk ohälsa. De psykiska vårdbehoven hamnar i detta avseende ofta i skymundan av arbetet som avser de fysiska vårdbehoven. Tillägget synliggör primärvårdens roll avseende båda dessa former av vårdbehov och skapar därigenom bättre förutsättningar för en jämlik nära vård för både fysisk och psykisk ohälsa.

Vad som närmare avses med vanligt förekommande psykiska vårdbehov och vad som därmed ska omhändertas i primärvården är, liksom avseende vanligt förekommande fysiska vårdbehov, upp till respektive huvudman att avgöra (jfr anförd prop., s. 117 f.). Frågan aktualiseras endast för regionerna, eftersom all hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver med stöd av HSL är på primärvårdsnivå. Psykisk ohälsa som kan falla inom ramen för vanligt förekommande vårdbehov kan t.ex. vara mild till måttlig depression eller ångestsyndrom. Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan utgöra ledning i huvudmännens bedömning i denna fråga. De hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose dessa vårdbehov kan vara av såväl enkelt som mer kvalificerat slag. De inkluderar förebyggande åtgärder. I tredje punkten anges särskilt att förebyggande insatser faller inom ramen för primärvårdens grunduppdrag, vilket omfattar såväl fysisk som psykisk hälsa.

Av bestämmelsens ordalydelse, som inkluderar både *hälso- och sjukvårdstjänster* och *vårdbehov*, framgår att primärvårdens uppdrag är begränsat till sådan ohälsa, såväl fysisk som psykisk, som faller inom ramen för vad som ska omhändertas av hälso- och sjukvården.

Efterord

Utredningen avslutas – vad händer nu?

I och med detta allra sista betänkande är det dags för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård att avslutas. Det har varit en fantastisk resa för oss som arbetat i utredningskansliet under de här ganska precis fyra åren. Vi har fått bidra med fem betänkanden, varav förslagen i flera av dem redan tagits vidare i den lagstiftande processen. De har utgjort underlag för lagändringar i syfte att skapa en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Nu är det dags för andra att ta över, och på olika sätt och utifrån sitt uppdrag och sammanhang bidra till ett genomförande i enlighet med den målbild som riksdagen beslutat; hälso- och sjukvården bör ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

För oss som arbetat i utredningen känns det förstås väldigt bra med de regeringsuppdrag som hittills lämnats till Socialstyrelsen, IVO och Vård- och omsorgsanalys att på olika sätt stödja omställningen. Likaså med det pågående arbete som genomförs av SKR, och av landets många regioner och kommuner.

Samtidigt vill vi skicka med några avslutande ord: det är, och kommer fortsatt att vara, helt avgörande för framgång i denna reform att invånare, patienter och hälso- och sjukvårdens medarbetare aktivt involveras i arbetet med omställningen. Inte enbart informeras, utan *involveras* i framtagandet av strategier och i beslutsprocesser och

genomförande på regional, lokal och verksamhetsnivå. Det är också avgörande att de ekonomiska resurser som avsätts av stat, region och kommun för omställningen verkligen tydligt kommer primärvården till godo, och på ett sätt som syns för dess medarbetare.

Vi skrev om tillit i systemet, eller snarare bristen på tillit, redan i vårt allra första betänkande i juni 2017 och har sedan haft tillitsproblematiken återkommande med i våra betänkanden. Här vilar ett stort ansvar på stat och huvudmän att nu visa såväl invånare som medarbetare i hälso- och sjukvården en beslutsamhet och uthållighet i genomförandet av en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Ett hälso- och sjukvårdssystem som också ger förutsättningar för en god arbetsmiljö och ett hållbart yrkesliv för medarbetarna.

Vi är glada att ha fått bidra med vår del i arbetet, vi som i olika faser varit med i utredningens arbete. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende och där man som medarbetare väljer att arbeta.

Vi som arbetat i utredningen har lärt oss så mycket av er alla. Vi vill återigen rikta ett stort och varmt tack till alla som gjort vårt arbete möjligt med ert engagemang, er kunskap och er stora vilja att bidra!

Referenser

Författningar

Lagar m.m.

FN:s konvention om barnets rättigheter.

Föräldrabalken.

Regeringsformen.

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Lag (1988:870) *om vård av missbrukare i vissa fall*.

Lag (1991:1128) *om psykiatrisk tvångsvård*.

Lag (1991:1129) *om rättspsykiatrisk vård*.

Lag (1993:387) *om stöd och service till vissa funktionshindrade*.

Lag (1993:792) *om tillstånd att utfärda vissa examina.*

Socialtjänstlagen (2001:453).

Lag (2008:344) *om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Skollagen (2010:800).

Lag (2013:407) *om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.*

Patientlagen (2014:821).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kommunallagen (2017:725).

Lag (2018:1197) *om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.*

Lag (2019:1297) *om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.*

Lag (2020:1043) *om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).*

Förordningar

Högskoleförordningen (1993:100).

Förordning (2007:1233) *med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*.

Förordning (2013:1020) *med instruktion för Folkhälsomyndigheten.*

Förordning (2014:67) *om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.*

Förordning (2015:284) *med instruktion för Socialstyrelsen*.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2020:429) *om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention.*

Myndighetsföreskrifter m.m.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete.*

Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:1) *om bidrag till arbetsgivare.*

Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring Föreskrifter och allmänna råd Målbeskrivningar 2015*.

Socialstyrelsen, *Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen*, 2012.

Socialstyrelsen, *Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*, 2013.

Socialstyrelsen, *Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård*, 2013.

Offentliga tryck

Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 1981/82:51, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Kulturutskottets betänkande 2009/10:KrU7, *En politik för det civila samhället.*

Riksdagsskrivelse 2009/10:195.

Propositioner och skrivelser m.m.

Lagrådsremiss, *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 2018.

Prop. 1967:48, *angående hälso- och sjukvård samt motionsverksamhet för studerande*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m*.

Prop. 1982/83:129, *om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel)*.

Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m*.

Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m*.

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*.

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården.*

Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.*

Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila samhället.*

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020.*

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*.

Prop. 2020/21:60, *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*

Skr. 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen.*

SOU 2014:6, *Män och jämställdhet*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård.*

SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

SOU 2019:56, *Idéburen välfärd*.

SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S 2018:06.

Departementsserien och promemorior

Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser.*

Kommittédirektiv

Dir. 2017:88, *Bättre möjligheter för elever i de obligatoriska skolformerna att nå de kunskapskrav som minst ska nås*.

Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso-och sjukvårdsverksamhet.*

Dir. 2019:93, *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*

Dir. 2020:18, *Tilläggsdirektiv till Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07)*.

Dir. 2020:68, *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*.

Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

Rapporter

Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012.

Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016.

Folkhälsoinstitutet, *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer (FHI 2006:08*), 2006.

Folkhälsoinstitutet, *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa (FHI 2008:12)*, 2008.

Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning,* 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner,* 2020.

Folkhälsomyndigheten, *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*, 2020.

Försäkringskassan, *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*, Korta analyser 2017:1.

Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.

Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

Helsedirektoratet, *Rask psykisk helsehjelp – 12 pilotkommuner, veiledende materiell,* 2013.

Högskoleverket, *Högskolans ansvar för studenthälsovården,* Tillsynsrapport 1999:6 R, 1999.

Högskoleverket, *Studier – karriär – hälsa – en utvärdering av högskolornas arbete med studievägledning, karriärvägledning och studenthälsovård*, Rapport 2007:24 R, 2007.

Högskoleverket, *En ny psykoterapeutexamen*, Rapport 2011:20 R, 2011.

Inspektionen för vård och omsorg, *Elevhälsan. Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*, 2015.

London School of Economics and Political sciences, Centre for Economic Performance, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*, 2006.

McDaid D, Hewlett E, Park A, *OECD Health Working Papers No. 97, Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness,* 2017.

Mind, *Unga mår allt sämre – eller?,* 2018.

Myndigheten för Delaktighet, *Rivkraft 18 – hälsa, kost och fysisk aktivitet*, 2017.

NSPH, *Vem hjälper dem som hjälper?*, 2015.

OECD, *Health at a glance: Europe 2018, State of Health in the EU cycle,* 2018.

Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*, RiR 2014:22.

Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*, RiR 2015:19.

SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården, en systematisk litteraturöversikt*, 2012.

SKR, *Basmodell för uppföljning av primärvård*, 2014.

SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*, 2019.

Socialstyrelsen, *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*, 2003.

Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015.

Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*, 2016.

Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt underlag. Utmattningssyndrom*, 2017.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialpsykiatri) Guide för att tolka resultaten,* 2017.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning*, 2018.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och SKL. Delrapport*, 2018.

Socialstyrelsen, *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Behovs- och problemanalys avseende god vård*, 2019.

Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik,* 2019.

Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Slutrapport,* 2019.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017, uppdaterade 2020.

Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019*, 2020.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer,* 2020.

Svenska psykiatriska föreningen, *Suicidnära patienter. Kliniska riktlinjer för utredning och vård,* 2013.

The Harvard School of Public Health, World Economic Forum, *The global economic burden of non-communicable diseases*, 2011.

UKÄ, *Studenthälsovården vid Sveriges universitet och högskolor*, 2020.

Uppsala Kommun, *Socialpsykiatri – Utredning, kartläggning och analys av verksamhetsområdet socialpsykiatri, Uppsala kommun 2015*, 2016.

Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, Rapport 2018:8, 2018.

Övrigt

1177 Vårdguiden, *KBT på nätet*, https://www.1177.se/om-1177-vardguiden/e-tjanster-pa-1177-vardguiden/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/stod-och-behandling-pa-natet/kbt-pa-natet/ (hämtad 20-12-14).

1177 Vårdguiden, *Psykoterapi och psykologisk behandling,* 2020, https://www.1177.se/liv--halsa/psykisk-halsa/att-soka-stod-och-hjalp/psykoterapi-och-psykologisk-behandling (hämtad 20-10-29).

Ansseau et al., *High prevalence of mental disorders in primary care*, Journal of affective disorders, 78(1), 49–55, 2004.

Argentzell E, *Som en länk mellan patient och personal – Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne*, 2017.

Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

Departementen, *Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*, 2017, https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf (hämtad 20-11-01).

Dietisternas Riksförbund, *Specialistordning för dietister, inrättad 2011,* 2020, (https://drf.nu/wp-content/uploads/2020/01/SPECIALISTORDNING-2020-Redigerad-Version-25-jan.pdf (hämtad 20-12-09).

Folkhälsomyndigheten, *Hälsan hos personer med funktionsnedsättning*, 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/halsan-hos-personer-med-funktionsnedsattning/(hämtad 20-11-24).

Folkhälsomyndigheten, *Suicidförsök*, 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicidforsok/ (hämtad 20-11-23).

Forskning och framsteg, *Få söker vård för hög alkoholkonsumtion*, 2020-11-19, https://fof.se/tidning/2020/11/artikel/fa-soker-vard-for-hog-alkoholkonsumtion (hämtad 20-12-12).

FPA, *FPA-statistik Rehabilitering 2019*, 2020, https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/315063/Kelan_kuntoutustilasto_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y (hämtad 20-12-16).

FPA, *Rehabiliterande psykoterapi*, https://www.kela.fi/web/sv/rehabiliterande-psykoterapi (hämtad 20-08-14).

Fysioterapeuterna, *Specialistordning för fysioterapeuter, Inrättad 1993*, 2014, https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/specialistordning/specialistordning_fysioterapeuterna_lowres_uppdaterad-200206.pdf (hämtad 20-12-12).

Helsedirektoratet, *Regelverk for tilskuddsordning: Rask psykisk helsehjelp*, 2019, https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019.pdf/_/attachment/inline/b8f8b81a-275a-45ab-ab68-99a9937beb9e:087be0978b3d803f3bfc042806398c0b9cf6067f/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019.pdf (hämtad 20-11-01).

Hirvikoski T, Boman M, *Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study*, Psychol Med., Jun 26:1-12, 2019.

Holst A, et al, *Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study*, BMJ open 8.11, 2018.

Inera, *1177 Vårdguiden på telefon*, 2020, https://www.inera.se/tjanster/1177-vardguiden/1177-vardguiden-pa-telefon/ (hämtad 20-12-20).

Inera, *Första linjens digitala vård,* 2020, https://www.inera.se/utveckling/forsta-linjens-digitala-vard/om-forsta-linjens-digitala-vard/#section-1425 (hämtad 20-12-17).

Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M et al, *Enkät besvarad av över 2 000 patienter. Psykisk ohälsa stort problem hos primärvårdens patienter,* Läkartidningen, 2010;107(23), 2010.

Knapstad et al, *Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial*, Psychoterapy and Psychosomatics 2020;89:90–105, 2020.

Kompetenscentrum psykisk ohälsa, Region Stockholm, *En stegvis vårdmodell*, https://www.kompetenscentrumpsykiskohalsa.se/utbildning/stegvis-vard/en-stegvis-vardmodell/ (hämtad 20-11-21).

Läkartidningen, *Internet-KBT ger effektiv behandling*, 2017, https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/vardutveckling/2017/01/internet-kbt-ger-effektiv-behandling/ (hämtad 20-12-14).

Malmö stad, *Handlingsplan för Socialpsykiatrin*, 2019, https://motenmedborgarportal.malmo.se/welcome-sv/namnder-styrelser/funktionsstodsnamnden/mote-2019-12-16/agenda/handlingsplan-for-socialpsykiatripdf?downloadMode=open (hämtad 20-12-12).

Mind, *Föräldralinjen*, 2020, https://mind.se/hitta-hjalp/foraldralinjen/ (hämtad 20-12-17).

Mind, *Självmordslinjen*, 2020, https://mind.se/hitta-hjalp/sjalvmordslinjen/ (hämtad 12-12-17).

Mind, *Äldrelinjen*, 2020, https://mind.se/hitta-hjalp/aldrelinjen/ (hämtad 20-12-17).

MyNewsDesk, *50 miljoner till bättre vård för psykisk hälsa* https://www.mynewsdesk.com/se/mp-sll/pressreleases/50-miljoner-till-baettre-vaard-foer-psykisk-haelsa-3045984 (hämtad 20-12-03).

NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp*, https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp (hämtad 20-08-13).

NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp dobbelt så effektiv som vanlig oppfølging* https://www.napha.no/content/23829/Rask-psykisk-helsehjelp-dobbelt-sa-effektiv-som-vanlig-oppfolging (hämtad 20-08-14).

Natur & Kultur, *Psykologilexikon*, https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=psykoedukation (hämtad 20-12-12).

NHS, *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*, https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/ (hämtad 20-08-12).

NHS, *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24*, 2019, https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf (hämtad 20-11-01).

NHS Digital, *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services 2019–20*, 2020, https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2019-20 (hämtad 20-08-12).

Nilsson I, *Kan morgondagens medicin vara social samvaro på recept?*, Hälsa nummer 3, 2020.

NSPHiG, *Brukarstyrd brukarrevision som inventerings- och uppföljningsverktyg,* 2015, http://nsphig.se/wp-content/uploads/2019/01/metodhandbok-final.pdf (hämtad 20-12-13).

OECD, *Factsheet on Promoting Mental Health*, 2018.

OECD, *Mental Health Performance Network,* https://www.oecd.org/health/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf (hämtad 20-11-01).

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, inriktning psykiatrisk vård*, 2014, https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf (hämtad 20-12-12).

Psykologförbundet, *Specialisttjänst och PLA,* https://www.psykologforbundet.se/Lon-och-avtal/specialisttjanst--pla---ansvarsomraden/ (hämtad 20-11-17).

Regeringen, *Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2016, https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-for-hallbar-utveckling/ (hämtad 20-11-01).

Regeringen, *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*, 2014.

Regeringskansliet, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, 2019, https://www.regeringen.se/regeringens-politik/jamstalldhetsdelmal-5-jamstalld-halsa/ (hämtad 20-09-22).

Regeringskansliet (Kulturdepartementet), *Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende anslag 13:5 Insatser för den ideella sektorn*, 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar,* 2017.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor*, 2018.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård,* 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra ett pilotprojekt avseende samordnat folkhälsoarbete på regional nivå*, 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande,* 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*, 2020.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023*, 2020.

Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet), *Uppdrag att kartlägga studenthälsovården*, 2019.

Region Gävleborg, *Vårdlinjearbetet PV/VUP*, 2020. https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/kunskapsstod-och-rutiner/Dokument-och-rutiner/samverkansdokument/Psykisk-ohalsa/ (hämtad 20-12-20).

Region Skåne, *Riskbruk, missbruk eller beroende*, 2015, https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/levnadsvanor/handbocker/riskbruk-missbruk-eller-beroende-dec-2015.pdf (hämtad 20-12-11).

Region Stockholm, *Vad är riskbruk och beroende?*, https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/audit-utbildning/riskbruk-och-beroende/ (hämtad 20-12-11).

Region Uppsala, *Handlingar och protokoll, Regionstyrelsen 20-03-31,* 2020, https://opengov.360online.com/Meetings/REGIONUPPSALA/Meetings/Details/365470?agendaItemId=213155 (hämtad 20-12-22).

Regjeringen.no, *Kommunalt rus og psykisk helsearbeid,* 2014, https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/ (hämtad 20-08-13).

Roca et al., *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*, Journal of affective disorders, 119(1-3), 52–58, 2009.

Rück C, *Olyckliga i paradiset*, 2020.

SCB, *Finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen*, 2019.

SCB, *Företag (FDB) efter näringsgren SNI2007 och storleksklass. År 2008–2020,* http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NV__NV0101/FDBR07N/ (hämtad 20-12-22).

SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020. https://skr.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/kraftsamlingpsykiskhalsa.28676.html (hämtad 20-12-10).

SKR, *Nationella vård- och insatsprogram*, 2020,

https://www.vardochinsats.se/ (hämtad 20-12-10).

SKR, *Strategi för hälsa*, 2019, https://skr.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html (hämtad 20-12-10).

Social- och hälsovårdsministeriet, *Mentalvårdstjänster,* https://stm.fi/sv/mentalvardstjanster (hämtad 20-08-14).

Social- och hälsovårdsministeriet, *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030,* 2020.

Social- och hälsovårdsreformen, *Programmet Framtidens social- och hälsocentral,* https://soteuudistus.fi/sv/programmet-framtidens-social-och-halsocentral (hämtad 20-08-14).

Socialstyrelsen, *Det vi inte ser. Ett flexibelt utbildningsmaterial*, 2020, https://www.socialstyrelsen.se/det-vi-inte-ser/ (hämtad 20-12-10).

Socialstyrelsen, *Läkemedelsregistret*, 2020, https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/lakemedelsregistret/ (hämtad 20-09-18).

Socialstyrelsen, *termbanken,* https://termbank.socialstyrelsen.se/ (hämtad 21-01-04).

Svensk MeSH, https://mesh.kib.ki.se/ (hämtad 20-10-29).

Svenska Akademiens ordböcker, https://svenska.se/ (hämtad 20-10-29).

Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*. http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/ (hämtad 20-12-10).

Sveriges Företagshälsor, *Om Företagshälsovård*, https://www.foretagshalsor.se/sv/om-foretagshalsovard (hämtad 20-12-14).

UKÄ, *Antal examina – socionomexamina 2019/20*, https://www.uka.se/statistik--analys/statistikdatabas-hogskolan-i-siffror/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F24%3Funiversity%3D1%26year%3D2019%252F20%26group_slug%3D05e750677fee383f73c651a89286be3d8ee74830 (hämtad 20-12-12).

UKÄ, *Antal sökande per antagen (söktryck) till yrkesexamensprogram – socionomexamen HT2020*, 2020, https://www.uka.se/statistik--analys/statistikdatabas-hogskolan-i-siffror/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F99%3Funiversity%3D1%26year%3DHT2020%26group_slug%3D0da39aa2adac5cd8af0ae78608a3220cc666a6b5 (hämtad 20-11-22).

University of East Anglia, *About IAPT and the history of the programme*, https://www.uea.ac.uk/medicine/departments/psychological-sciences/cognitive-behavioural-therapy-training/-about-iapt-and-the-history-of-the-programme (hämtad 20-08-07).

Uppdrag psykisk hälsa, *Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa*, https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/ (hämtad 20-12-03).

Vården i siffror, *PrimärvårdsKvalitet – rapport på vården i siffror*, 2020, https://vardenisiffror.se/report/view?id=5ef18c3dcaa52c133839bd6b (hämtad 20-12-20).

Vårdförbundet, *Reflektionssamtal*, https://www.vardforbundet.se/siteassets/rad-och-stod/regelverket-i-varden/vagledning-etisk-stress/high_2_vfb_a4_reflektionssamtal_rgb.pdf (hämtad 20-12-07).

Västra Götalandsregionen, *Vårdsamordnare psykisk ohälsa, Funktionen,* https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-vardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/funktionen/ (hämtad 20-09-26).

WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, 2010.

WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2013.

Kommittédirektiv 2017:24

Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården

Beslut vid regeringssammanträde den 2 mars 2017

Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Utredaren ska bl.a.

– fördjupa analyserna av förslag i betänkandet Effektiv vård,
– redovisa förslagens konsekvenser samt
– i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sverige är ett av de länder som har flest sjukhusläkare i världen per capita. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning finns det

sjukhus och den vården kallas för sluten vård. All annan hälso- och sjukvård är öppen vård.

I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientmedverkan m.m. Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, begränsade resurser, urbanisering och utvecklingen inom andra områden, exempelvis medicinteknik, it och behov hos vårdpersonal, kommer dock att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet samt öka förtroendet hos befolkningen.

Huvudmän – och därmed de ytterst ansvariga – för hälso- och sjukvården är de landsting och de kommuner som enligt lag ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget eller som efter beslut av kommunen bor i vissa sådana boendeformer eller bostäder som avses i socialtjänstlagen (2001:453).

Primärvården har en central roll

Primärvården, som är en del av den öppna vården, har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det är dit patienten först förväntas vända sig för att få en bedömning, behandling eller skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av brist på annan tillgänglig vårdinstans (Effektiv vård SOU 2016:2). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Regeringen har därutöver ett delmål för jämställdhetspolitiken om att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vård och vårdnivå de har behov av och vården erbjuds i rätt tid. Utgångsläget ska vara att ingen ska behöva vårdas på sjukhus i onödan.

Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador. En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden

för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre (Ingen på sjukhus i onödan, SKL 2016).

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

Under det senaste decenniet har primärvården i Sverige genomgått omfattande förändringar såsom införandet av vårdval, lagregleringen av vårdgarantin och möjligheterna att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget. Dessutom kan vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, genom nya sätt att organisera hälso- och sjukvården samt nya behandlingsalternativ numera även utföras på andra platser än sjukhus. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken successivt förändras. Som exempel kan nämnas att viss vård som tidigare endast kunde ges på sjukhus numera kan erbjudas i hemmet. Den öppna vården kan således utföras på en vårdmottagning men också i patientens hem eller i ett särskilt boende.

Primärvården, och den övriga hälso- och sjukvården, har dessutom flera utmaningar att hantera, t.ex. ökade bemanningsproblem och en bristande digital arbetsmiljö i flera delar av landet. När det gäller den sistnämnda frågan visade myndigheten Vårdanalys i promemorian Ändamålsenliga journalsystem i primärvården att i en internationell jämförelse mellan tio länder så är svenska primärvårdsläkare minst nöjda med sina elektroniska journalsystem. Endast 37 procent svarade att de var nöjda eller mycket nöjda medan motsvarande siffra i Storbritannien var 86 procent. Läkarnas nöjdhet med journalsystemen varierar vidare betydligt mellan olika landsting och regioner inom landet, från 10 procent i Skåne till 78 procent i Kronoberg. Därutöver kommer antalet patienter som behöver ha kontinuerlig kontakt med vården, och flera delar av vården, att öka eftersom fler lever allt längre och därmed hinner utveckla och leva under lång tid med kroniska sjukdomar.

Enligt 5 § HSL ska primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver

sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Förutom denna bestämmelse i HSL finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Vad som ingår i uppdraget till primärvården påverkas av landstingens bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det kommunala självstyret innebär dessutom att landstingen har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och nivåstruktureras. I ett landsting kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i ett annat landsting ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.

Det har framförts förslag om att primärvårdens uppdrag bör tydliggöras. Riksrevisionen har t.ex. granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I en granskningsrapport som publicerades i oktober 2014 rekommenderade Riksrevisionen att regeringen ska ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika och formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Enligt Riksrevisionen är det en bland flera åtgärder ”som är värda att pröva i syfte att styra primärvården mot vårdens övergripande målsättningar”. Sedan den 1 januari 2015 har patienter, enligt 9 kap. patientlagen (2014:821), möjlighet att välja utförare inom eller utom det egna landstinget. Det innebär bl.a. att en person som är bosatt i ett landsting kan välja vårdcentral och fast läkarkontakt i ett annat landsting. Detta förhållande kan också i förlängningen öka medborgarnas förväntningar på att få samma eller likvärdiga tjänster oavsett landsting – och därigenom skynda på en utveckling mot en mer jämlik hälso- och sjukvård. Att primärvårdsuppdraget blir mer enhetligt över landet och tydligt för medborgarna är också viktigt för att öka förtroendet för vården.

Beträffande försörjning och finansiering av läkemedel så utgår dagens system från den lagstadgade uppdelningen av vården i öppen respektive sluten vård. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock på öppenvårdsapoteken och be-

kostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna.

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen skulle bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Utredningen antog namnet En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. I januari 2016 överlämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till regeringen.

I betänkandet framhåller utredningen att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på stukturnivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma förändringar. Utredningen menar bl.a. att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen delar utredningens övergripande bedömning.

Enligt utredningen har primärvården svårt att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential. Öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder en låg grad av kontinuitet för patienten. En bidragande orsak till bristande tillgänglighet och kontinuitet är de svårigheter som landstingen har med kompetensförsörjning och bemanning av bl.a. specialister i allmänmedicin. En växande användning av s.k. hyrläkare påverkar primärvårdens kostnader och därmed landstingens budget. Även kontinuitet för patienten påverkas. Såväl Konkurrensverket som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i rapporter lyft frågan och visat på eventuella negativa konsekvenser av situationen (se Konkurrensverket 2015:10 Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader och IVO 2016 Hyrläkare – vårdgivarens dilemma?).

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården är alltför begränsad i sin funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

Förslagen i Effektiv vård

I betänkandet Effektiv vård föreslås en förändring av de grundläggande styrprinciperna för vårdens organisering. Utredningen menar att de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i dag i stor utsträckning utgår från sluten vård vid sjukhus. Därför föreslår utredningen att lagstiftningen ska utgå från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen ska vara öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Detta synsätt är enligt utredaren egentligen praxis redan i dag. Utredningen påpekar även att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och sluten vård nu är så oklara att det sannolikt inte är ändamålsenligt att upprätthålla någon exakt distinktion. När det gäller den slutna vården föreslår utredningen att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Utredningen föreslår dessutom en lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Utredningen menar att en principiellt viktig skillnad mot nuvarande lagstiftning är att primärvården ska ta hand om ”de allra flesta vårdbehov” och inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Utredningen anser att mer och mer avancerad vård behöver utföras i primär-

vården, och att det kommer att innebära att primärvården behöver förstärkas med personella resurser.

Därutöver innehåller betänkandet förslag som innebär att primärvården ska få ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lättillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Det finns behov av en lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå.

Utredningen föreslår även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården, dvs. lagstiftningen ska inte styra patienten till en specifik profession. Den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin ska således ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården istället blir en ”bedömningsgaranti”. Om ”besöksgarantin” blir en ”bedömningsgaranti”, gör utredningen bedömningen att tidsfristen skulle kunna förkortas. Utredningen föreslår därför att en bedömning ska kunna lämnas inom tre dagar från patientens kontakt med vården.

Utredningens bedömning är att det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att primärvården behöver stärkas i form av resurser och strukturer. Landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Resurser behöver föras över från sjukhusen till primärvården. Överföringen av resurser bör dock ske gradvis, med en tydlig långsiktig viljeinriktning och ett konsekvent agerande. Små och gradvisa steg är att föredra för att tillväxten ska ske dynamiskt och inte riskera att sjukhusvården påverkas negativt i fråga om kvalitet och effektivitet.

Remittering av betänkandet

Betänkandet har remitterats (dnr S2016/00212/FS). I remissvaren till betänkandet instämmer en stor majoritet av instanserna i utredningens bedömning att Sverige har ett sjukhustungt system och de välkomnar att primärvården ska stärkas och vara första linjens vård. Det betonas dock att detta måste ske gradvis och det finns behov av ytterligare analys. Instanserna är vidare positiva till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården och att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. En del instanser önskar att den resursöverföring

från sjukhusen till primärvården, som utredningen bygger förslagen på, tydligare hade beskrivits.

Andra kartläggningar och analyser

År 2010 hade Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följa upp hur vårdval har införts i primärvården. Inom ramen för detta uppdrag studerade Socialstyrelsen även hur landstingen beskrev primärvårdens grunduppdrag och vilka likheter och skillnader som fanns mellan huvudmännen med avseende på hur uppdraget var formulerat. Resultatet av uppföljningen visade att det trots vissa skillnader fanns en ganska stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande inom primärvården med utgångspunkt från det allmänmedicinska kompetensområdet.

Socialstyrelsen gjorde även 2012 ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. I uppdraget ingick bland annat att utarbeta ett konkret förslag på hur en rikstäckande datainsamling inom primärvården kan genomföras samt att föreslå vilka uppgifter som bör samlas in om patienternas besök i primärvården. I dag är uppföljningen av primärvården begränsad och därmed saknas viktig information för att få en mer fullständig bild av hälso- och sjukvården.

År 2012 genomförde SKL en jämförelse av landstingens uppdrag till primärvården. Syftet var att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting utifrån uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, samt att studera hur dessa villkor förändrats sedan vårdvalet infördes. Jämförelsen visar att landstingen arbetar med likartade övergripande principer men att det finns skillnader.

Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning och analys av primärvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Ett flertal utvecklingsområden för primärvården identifierades, bland annat förslag som syftade till att förbättra samordningen av vården och behandlingen för de mest sjuka äldre.

Enligt en undersökning om befolkningens (55 år eller äldre) erfarenheter av hälso- och sjukvården framgår att bland de respondenter som angav att de besökt en akutmottagning de senaste två åren, ansåg 29 procent att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning. Någon skillnad mellan kvinnor och mäns uppfattning framgår inte av rapporten. (Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014). I rapporten Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering identifierade Socialstyrelsen två studier kring undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, varav den ena studien avsåg ett litet urval av besök i ett enskilt landsting och den andra studien riktade sig mot äldre kvinnor och män som besökte akutmottagningar. Även om det är svårt att fastslå hur stor andel besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som gäller undvikbara akuta tillstånd eller inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, skriver Socialstyrelsen att i storleksordningen en femtedel av besöken hade varit möjliga att behandla i primärvården. I Socialstyrelsens rapport redovisas inte om det föreligger någon skillnad mellan kvinnor och män.

Socialstyrelsen har i en nyligen utförd kartläggning (Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, 2016) konstaterat att kärnverksamheten i primärvården på en övergripande nivå fortfarande är relativt överensstämmande mellan landstingen. Samtidigt har myndigheten i denna studie fördjupat sig i innehållet i kärnverksamheten och har då observerat att det finns variation mellan landstingen i hur kärnuppdraget till primärvården är formulerat och vad som anses ingå i uppdraget. Myndigheten bedömer att en tydligare definition på nationell nivå kan bidra till att minska skillnaderna mellan landstingen.

När det gäller primärvårdens förutsättningar att tillhandhålla en jämlik och patientcentrerad vård har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en fördjupad analys utifrån ett patient- och medborgarperspektiv (dnr S2015/08135/RS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2017.

Inom ramen för överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar genomför SKL bl.a. insatser för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården. I överenskommelsen ingår bl.a. att främja spridningen och tillämpningen av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar

samt att utveckla ledarskap och stödja uppföljningen av patientresultat i primärvården. I överenskommelsen ingår även att främja utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården inom ramen för ett projekt som kallas ”flippen”. I detta arbete ingår att stödja utveckling av vårdtjänster på vårdcentraler som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar samt att stödja spridningen av ett sådant arbetssätt inom landstingen och erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdsregionerna. Överenskommelsen med SKL pågår t.o.m. 2017 och en redovisning av arbetet ska ske i mars 2018.

Utvecklingen av primärvården har även en central roll i andra överenskommelser mellan regeringen och SKL, bl.a. överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa samt överenskommelsen om psykisk hälsa.

När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dnr S2016/07174/FS). Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå. Utredningen ska bland annat analysera och överväga om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. Utredaren ska senast den 1 november 2017 lämna en delredovisning som innehåller en övergripande problembeskrivning och en beskrivning av inriktningen för det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

Behovet av ett utvecklingsarbete

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov. Ett steg i detta är att vidareutveckla primärvården. Primärvårdens samordnande roll kan bidra till en hel-

hetssyn på patienten och skapa förutsättningar för samverkan mellan olika yrkeskategorier. Det möjliggör ett förebyggande förhållningssätt som är en viktig förutsättning för en hållbar hälsoutveckling. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt till att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Insatser för att förebygga psykisk ohälsa och för att minska antalet sjukskrivningar är angelägna utvecklingsområden för primärvården.

Flera studier visar att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Det gäller inte minst förutsättningarna för att uppnå en jämlikhet fördelning av vårdens resurser. WHO har även i sin världshälsorapport 2008 lyft fram vikten av en väl fungerande primärvård.

Primärvården måste vara föränderlig och kunna möta de utmaningar som den står inför, bl.a. den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och att allt fler lever med kroniska sjukdomar. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.

Förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Historiskt har dock vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra områden. Personer med kroniska sjukdomar har stort behov av kontinuitet och behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp och med hög delaktighet från patienten.

Det finns tecken på en positiv utveckling av vården för kroniskt sjuka, bl.a. genom den uppmärksamhet som området fått de senaste åren. Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftade till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

Den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården menar att en komponent i lösningen för att effektivisera vården för personer med kroniska sjukdomar är att utveckla primärvården för att bättre än i dag kunna ta detta ansvar.

En bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är också viktig för samhällsekonomin. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80–85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper (Vårdanalys (2014) VIP i vården). När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden jämfört med dem utan kroniska sjukdomar.

En väl fungerande primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa

Primärvården har betydelse för att vården ska ges på lika villkor och fördelas jämlikt över befolkningen. Att vården generellt sett i dag har problem med att nå socioekonomiskt svaga grupper och tillmötesgå hälso- och sjukvårdsbehov hos dessa är väl känt.

Ojämlikhet i hälsa är ett problem, såväl ur ett individ- som ett samhällsperspektiv. Ökad jämlikhet i hälsa leder till bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, och insatser för jämlikhet i hälsa är därför samhällsekonomiskt väl motiverade. Regeringen tillsatte i juni 2015 en kommitté – Kommissionen för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen har lämnat två delbetänkanden och ska slutredovisa sitt uppdrag den 31 maj 2017.

En utbyggnad av primärvården är en åtgärd som landstingen kan göra för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen.

Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag kan bidra till detta genom att vårdens innehåll och organisering blir mer likartad över landet och på ett mer transparent sätt kan ge underlag för analyser, jämförelser och utveckling.

Det krävs dock ytterligare analys för att det ska vara möjligt att skapa goda förutsättningar för att primärvården bättre ska kunna tillgodose kvinnors och mäns, flickors och pojkars skilda behov och förutsättningar och fungera som basen i ett effektivt och modernt hälso- och sjukvårdssystem.

Resursöverföring från sjukhusvården

En förstärkning av primärvårdens kapacitet är enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) nödvändig för att nuvarande primärvård ska klara av det primärvårdsuppdrag som samordnaren föreslår. Det kommer därför att krävas en resursöverföring från sjukhusen till primärvården för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov samt för att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser. Det bedöms bl.a. handla om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. Sådana exempel finns det gott om, t.ex. att specialister på sjukhusen tjänstgör på vårdcentraler i varierande grad. Det kan göras på flera sätt och måste anpassas till den lokala kontexten. Hur en resursöverföring ska genomföras utan att riskera en försämring av kvaliteten i vården i sin helhet måste analyseras vidare.

En insats i ett större sammanhang

En reformering av hälso- och sjukvården förutsätter att en mängd olika insatser genomförs, där förslagen i Effektiv vård utgör en viktig del. Därutöver är det viktigt att bl.a. stimulera patientkontrakt, slutföra det påbörjade arbetet med betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) samt att ge förutsättningar för att utveckla en god uppföljning av primärvården. Andra centrala delar för en utveckling av vården är fortsatt arbete med kompetensförsörjningsfrågorna och att ta tillvara digitaliseringens möjligheter. Sammanfattningsvis förutsätter en reformering av hälso- och sjukvården att en mängd olika insatser genomförs som tillsammans lägger grunden för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

Uppdraget

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. Mot bakgrund av ovanstående får en särskild utredare i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. En utveckling av primärvården förbättrar också förutsättningarna för en mer tillgänglig vård. Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter. Till uppdraget ska flera referensgrupper knytas, bl.a. bestående av företrädare för politiska partier och företrädare för professionerna och patienterna.

Analys av förslagen i Effektiv vård

Utredaren får i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet Effektiv vård. Utredaren ska beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

I detta ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder

som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt. En utgångspunkt ska vara kvinnors respektive mäns behov och förutsättningar. En analys ska även göras av de ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenserna. Analysen ska visa på hur förslagen påverkar patienter samt aktörer så som landsting, vårdgivare m.fl.

Dialog med berörda aktörer

En viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna, när det gäller hur primärvården ska utvecklas. Arbetet ska utgå från förslagen i Effektiv vård, den analys som utredaren har i uppdrag att göra utifrån förslagen i betänkandet.

Med utgångspunkt i detta behöver det formuleras strategier och tas fram regionalt anpassade modeller för utvecklingen av primärvården och en mer effektiv vård. I denna del ingår det bl.a. att se över vilka resurser som behöver föras över från sjukhusvården till primärvården, i enlighet med förslagen i Effektiv vård, och hur detta bör ske. Utredaren ska dock inte ta över det ansvar som landstingen, vårdgivarna och andra myndigheter har utan enbart stödja deras arbete och verka för att arbetet samordnas på nationell och regional nivå.

Även andra förutsättningar som är centrala i utvecklingen av primärvården, som t.ex. kompetensförsörjning och kunskaps- och verksamhetsstöd, ska beaktas i analysen och dialogen med huvudmännen. I uppdraget ingår även att lyfta fram exempel på organisering av primärvården som gett gott resultat. Det kan även ske jämförelser med hur primärvården har organiserats i de nordiska grannländerna.

Utredaren ska även stödja arbetet med andra närliggande frågor, som t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

Vidare ska utredaren lämna en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön samt jämlik vård över landet.

Samråd och redovisning av uppdraget

Samråd och kunskapsinhämtning

Utredaren ska samråda med SKL och med företrädare för landstingen samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget och andra berörda aktörer. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127), utredningen som ska genomföra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dir. 2016:95) samt generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S2017/00594/FS).

Utredaren ska även inhämta synpunkter från de referensgrupper som ska biträda utredaren i arbetet, varav en ska vara parlamentariskt sammansatt.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren ta tillvara på kunskaper och erfarenheter från den analys som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att göra när det gäller en jämlik och patientcentrerad primärvård samt de projekt som SKL genomför för att främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården som ingår i överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Utredaren ska även ta hänsyn till tidigare utredningar och kartläggningsarbeten som kan vara av betydelse för uppdraget.

Även annat pågående arbete på välfärdsområdet bör beaktas, såsom hanteringen av betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) och övriga insatser som regeringen har initierat och som syftar till att

utveckla primärvården, t.ex. delar av överenskommelserna om att förbättra förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa samt stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Redovisning

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet och ska senast den 9 juni 2017 lämna en delredovisning som innehåller en beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet som utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten och en tidsplan för detta. Delredovisningen ska även innehålla en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen om den nationella vårdgarantin.

En nationell plan, där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten, samt en analys av övriga förslag i Effektiv vård ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2018. Denna redovisning kan även vid behov innehålla förslag till ytterligare lagändringar Uppdraget ska sedan slutredovisas senast den 31 mars 2019. Slutredovisningen ska sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete utredaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2017:97

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 september 2017

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 kommittédirektiv om Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Utredaren ska utöver vad som framgår av redan beslutade kommittédirektiv,

– analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få, och

– utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Utredningens nuvarande uppdrag

Regeringen gav den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredaren ska även i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Uppdraget utvidgas med två frågeställningar

Är uppdelningen i öppen och sluten vård ändamålsenlig?

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vidare anges i 7 kap. 4 § HSL att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus. Med öppen vård avses enligt 2 kap. 5 § HSL annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) görs bedömningen att den nuvarande strukturen vad gäller öppen vård och sluten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. I betänkandet anges att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera hälso- och sjukvården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus numera även kan utföras på andra platser, så som en öppen vårdenhet eller i patientens hem, ibland med hjälp av digitala lösningar. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken

successivt förändras. I betänkandet Effektiv vård anser utredaren att gränserna mellan öppen och sluten vård i dag i realiteten är så flytande att begreppen inte längre är relevanta att upprätthålla. När det gäller den slutna vården föreslås det i betänkandet att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Uppdelningen i öppen och sluten vård är direkt kopplad till huvudmannafrågan där landstinget är huvudman för den slutna vården medan den öppna vården kan ha antingen landsting eller kommun som huvudman. Många vårdprocesser går fram och tillbaka över gränserna mellan öppen och sluten vård, bl.a. när det gäller de standardiserade vårdförlopp som införs i cancervården. Uppdelningen påverkar också organiseringen av åtskilliga separata funktioner och aktiviteter i hälso- och sjukvårdssystemet. Försörjning och finansiering av läkemedel utgår exempelvis i dagens system från denna uppdelning. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel, betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård, t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock via öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna. När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07). Utredningen har tagit namnet Läkemedelsutredningen. Inom ramen för den utredningen ska det bl.a. analyseras om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. I direktiven aviseras även att tilläggsdirektiv ska komma att beslutas om att se över regelverket för läkemedelsförsörjningen.

Läkemedelsfrågan och huvudmannafrågan är bara två exempel på aspekter av det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet som beror på, eller påverkas av, uppdelningen i öppen och sluten vård. I delbetänkandet (SOU 2017:53) från utredningen S 2017:01 föreslås att vård ska ges som öppen vård i första hand och att en överflytning av resurser från sluten vård skulle kunna ge kostnadsbesparingar.

Uppdelningen tydliggör ansvarsfördelning och finansieringsansvar men det är angeläget att den inte hindrar effektiva vårdprocesser och kontinuitet eller skapar otrygghet för den enskilda patienten. I ljuset

av en omfattande omorganisation av hälso- och sjukvården behöver denna uppdelning därför utredas närmare.

I tillägg till det tidigare kommittédirektivet (dir. 2017:24) ska utredaren därför

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård med utgångspunkt att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet utifrån den enskildes vårdbehov
- göra analysen utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och
- redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner och landsting, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

Hur kan samverkan mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg underlättas?

Ädel-reformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med landstinget, även i hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

Enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. Ett exempel är bestämmelsen om samordnad individuell plan som ska upprättas av landsting och kommun tillsammans för personer som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av

trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vad gäller primärvården ska landstinget enligt 7 kap. 3 § HSL organisera den så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare.

Kontinuitet och samordning utgör emellertid fortfarande stora utmaningar i hälso- och sjukvården och det är ofta svårt för patienterna att navigera rätt. I betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) beskrivs hur samspelet mellan huvudmännen allt för ofta brister men att det finns goda exempel att lära ifrån. Under åren 2010 till 2014 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting överenskommelsen Bättre liv för sjuka äldre. Inom ramen för överenskommelsen stimulerades en rad verksamheter och initiativ så som Mobilt hembesöksteam i Uppsala och Närvård i västra Skaraborg. Flera av projekten har permanentats.

Regeringen har i år, efter pilotprojekt i tre landsting, aviserat en nationell satsning på s.k. Patientkontrakt. Ett patientkontakt är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser som gör patienten mer delaktig i sin vård.

I betänkandet Effektiv vård anförs att primärvården i dag är alltför begränsad i sin funktion när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får samt att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare anförs att insatser från olika huvudmän och verksamheter i dag inte är tillräckligt integrerade med varandra och inte möter individens samlade behov.

I betänkandet Effektiv vård föreslås ytterligare ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Förslaget är ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som behöver hänga ihop. Personer med komplexa behov av vård och omsorg rör sig ofta mellan olika vårdnivåer och huvudmän och det är angeläget, inte minst ur ett patientperspektiv, att vården och omhändertagandet sker smidigt och sömlöst. Betänkandet lyfter också fram behovet av samverkan mellan huvudmännen kring prevention och att förebyggande åtgärder behöver prioriteras mer.

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även primärvården deltar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som träder i kraft den 1 januari 2018. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tydliggörs att både kommunala verksamheter och primärvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att ta emot de utskrivna patienterna. Några behöver skrivas ut till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att primärvård och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både primärvårdens och kommunernas arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

En god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är alltså en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför lämna förslag på

– hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och
– hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Genomförande och redovisning av uppdraget

För frågan som berör ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ska utredningen föra dialog med Läkemedelsutredningen (S 2016:07). Utredningen förväntas i frågan om samverkan och gränssnitt mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg särskilt beakta införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. Uppdraget ska fortfarande redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:90

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 23 augusti 2018

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 beslutade regeringen även om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredningens uppdrag utvidgas till att även omfatta förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan. Vidare ingår att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2020. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019.

Samordning av vårdinsatser från flera aktörer

Att samordna insatser för patienter och brukare med omfattande och komplexa vårdbehov är en av de stora utmaningarna för vården och omsorgen. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är det ca en miljon personer i Sverige som har flera vårdbehov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Gruppen förväntas därtill växa för varje år i takt med att befolkningen blir äldre. Det ställer stora krav på vården och omsorgen att organisera och möta patienter och brukare efter en komplex behovsbild hos en växande patientgrupp.

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har lyft fram behovet av att utveckla samordningen av vårdinsatser mellan olika aktörer och huvudmän. I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhåller samordnaren att det finns väldokumenterade problem med samverkan och samordning av vården, särskilt när det gäller multisjuka äldre, och att problemen bl.a. består i att vårdens organisering är fragmenterad. Samordnaren drar slutsatsen att det inte är ändamålsenligt att dra skarpa gränser mellan huvudmän och att en sådan styrning snarare är kontraproduktiv ur ett effektivitetsperspektiv. Det krävs ökade ansträngningar för att få tillstånd samordnade insatser från olika verksamheter och huvudmän. När samordningen brister riskerar patienter ohälsa och ett försämrat hälsotillstånd vilket i sin tur kan leda till att behovet av akutsjukvård ökar. Detta bidrar i sin tur till ökade kostnader för vården. Behovet av samordning av vården gäller, förutom multisjuka äldre, i hög grad även andra patienter i alla åldrar med allvarliga kroniska sjukdomar, cancer och psykiska sjukdomar.

Regeringen ser behov av att stärka förutsättningarna för samordning i hälso- och sjukvården. Av den anledningen har regeringen bl.a. tagit initiativ till s.k. patientkontrakt. Ett patientkontrakt är en sammanhållen vårdplan som ska användas som ett stöd för gemensam planering och samordning av patientens samtliga vårdkontakter. Den ska ge patienter och närstående en översikt över inplanerade vård- och behandlingsinsatser. Patientkontrakt ska också leda till bättre samordning, tillgänglighet och delaktighet för berörda patienter. Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, den så kallade patientmiljarden, för

att stimulera utvecklingen av och införandet av patientkontrakt i vårdens verksamheter. För att patientkontrakt ska kunna användas som en övergripande vårdplan som innefattar insatser från flera aktörer och huvudmän behöver den rättsliga regleringen för patientkontrakt och de befintliga krav på vårdplaner som finns i den nuvarande lagstiftningen ses över.

Regeringen ser ett behov av att utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare, i alla åldrar, med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras och om patientkontrakt bör författningsregleras för att underlätta samordningen av insatser från flera aktörer och huvudmän. Det är en viktig förutsättning för att effektivisera vården för dessa patienter. Befintliga krav på planer inom vård och omsorg ska ses över med denna inriktning. Primärvården ska vara en viktig bas för de samordnande insatserna. Förslagen ska beakta ett patient-, brukar och jämställdhetsperspektiv. Syftet är att säkerställa en sömlös, sammanhållen vård och omsorg utifrån patienternas individuella behov.

Utredaren ska

- undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras
- se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP.

Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan bör integreras bättre i primärvården

Genom införandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret för ersättning till vissa privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan. Ett särskilt ersättningssystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen

(1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi, den så kallade nationella taxan. Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan är verksamma i den öppna vården och vissa av läkarna återfinns i primärvården.

I slutet av 2016 inleddes inom Socialdepartementet en översyn av den nationella taxan. Utgångspunkten var att göra en bred översyn av det nuvarande systemet och föreslå en långsiktig lösning. Regeringen har nyligen skickat ut departementsskrivelsen Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31) på remiss. Promemorian innehåller förslag till ändringar i LOL och LOF, bl.a. att det ska vara möjligt att göra avsteg från kravet på heltidssysselsättning för att få ersättning samt att läkarna och fysioterapeuterna ska medverka till uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. I skrivelsen görs även bedömningen att mer omfattande förändringar av systemet med LOL och LOF kan behöva genomföras på sikt. Detta bör då ske i överensstämmelse med den övriga utvecklingen av hälso- och sjukvården och utifrån den nationella taxans effekter på dagens hälso- och sjukvårdssystem.

Utformningen och regleringen av den nationella taxan har berörts av tidigare utredningar. En gemensam slutsats från dessa utredningar är att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan. Regeringen bedömer att den promemoria som nu är ute på remiss utgör ett första steg i utvecklingen av den nationella taxan, men att det finns behov av att fortsätta detta utvecklingsarbete och utreda hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning inom ramen för den nationella taxan bättre ska kunna integreras i den ordinarie öppna vården. Utgångspunkten ska vara att bidra till en mer tillgänglig och jämlik vård av hög kvalitet.

Utredaren ska

- utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt i övrig öppenvård, i samklang med de övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019 om uppdragets inriktning och hur arbetet fortlöper. Utredningstiden förlängs till den 31 mars 2020 då uppdraget ska slutredovisas.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:49

Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 15 augusti 2019

Utvidgning och förlängd tid

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 och den 23 augusti 2018 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97 och dir. 2018:90). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredaren ska, utöver vad som sägs i tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Det nya deluppdraget bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

Bakgrund till uppdraget

I dag finns det ingen tydlig definition av psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. 2018 års undersökning visar bl.a. att 17 procent av befolkningen uppgav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland kvinnor var andelen 20 procent och bland männen 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–84 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016 då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent. Män söker dock vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör och de väntar längre innan de gör det.

Andelen som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande (Regeringskansliets strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck).

Enligt Försäkringskassan är psykiatrisk diagnos den vanligaste orsaken till sjukskrivning och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Genomsnittstiden för att avsluta ett sjukfall är 44 dagar för samtliga diagnoser. För personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser är genomsnittstiden 75 dagar. Psykiatriska diagnoser har därmed de längsta sjukskrivningarna, längre än både hjärt-kärlsjukdomar och tumörsjukdomar (Försäkringskassan, 2017). I december 2016 var, enligt statistik från Försäkringskassan, drygt 130 600 kvinnor sjukskrivna, varav 49 procent var sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Samma månad var drygt 66 000 män sjukskriva, varav 37 procent i psykiatriska diagnoser.

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar dessutom att psykisk ohälsa är vanligare hos äldre kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer som är mellan 18 och 64 år (Socialstyrelsen 2019, Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre, uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser.). Rapporten visar bl.a. att en högre andel patienter i åldern 65 år eller äldre har förskrivits antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka än den yngre gruppen med psykisk ohälsa. Det har uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel trots att de kan ha behov av andra insatser. Andra grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräckligt hög grad är personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stöder en närstående. Det är även viktigt att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov för att kunna beakta personens hela livssituation, t.ex. bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa som exempelvis kan handla om våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

Hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa ges både inom primärvården och den specialiserade vården. Primärvård omfattar inte bara landstingens insatser inom första linjen utan även den kommunala hälso- och sjukvården. Även andra verksamheter såsom studenthälsan och företagshälsovården kommer i kontakt med personer som har behov av stöd och t.ex. samtal vid lättare psykisk ohälsa.

Mot denna bakgrund ser regeringen att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels avlasta och därmed förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa

Det är viktigt att primärvården, såsom första linjens vårdnivå och som del av den nära vården, klarar att skyndsamt ge ändamålsenligt stöd till personer med lättare psykisk ohälsa, såväl kvinnor som män och personer som identifierar sig på annat sätt. Primärvården har

redan i dag ett sådant uppdrag men tillgängligheten till vården är inte alltid god. Det kan leda till att personer som har behov av vård som hade kunnat ges inom primärvården vänder sig till sjukhusets akutmottagning eller annan specialiserad vård som i första hand vänder sig till personer med mer akuta eller komplicerade medicinska behov.

Det är vidare angeläget att den nära vården inte fragmentiseras i onödan. Det uppdrag som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har skapar förutsättningar för en sammanhängande första linjens vårdnivå. Utredaren har ett brett kontaktnät och kan därmed löpande förankra sina förslag och bedömningar hos verksamheter i hälso- och sjukvården. Även detta tilläggsuppdrag kräver goda kontakter och ingående kunskap om primärvårdens uppdrag och hur den är organiserad.

Fokus för uppdraget är lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. Begreppet lättare psykisk ohälsa bör för uppdragets genomförande definieras närmare. Det skulle till exempel kunna handla om sådan nedstämdhet som inte kan diagnostiseras som depression eller sådan upplevd stress som ännu inte har uppnått sådana nivåer att en stressdiagnos kan sättas. Det är dock upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

För att en person som har behov av insatser från hälso- och sjukvården för sin psykiska hälsa ska få rätt vård krävs en bedömning av hur allvarlig den psykiska ohälsan är. Det är viktigt inte minst för att säkerställa att den som har behov av mer kvalificerad vård får det på rätt vårdnivå.

Utredaren ska därför

- utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,
- överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna och hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bäst lämpade för målgrupperna,
- överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske utifrån syftet att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,

– överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
– överväga hur verksamheter såsom studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera primärvårdens uppdrag, samt
– utreda hur föreslagna insatser ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas.

Utredaren ska vidare

– kartlägga om liknande lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något land inom EU eller EES-området, exempelvis i Norge eller Storbritannien och överväga i vad mån dessa kan tjäna som goda exempel för verksamheter i Sverige, samt
– i sina överväganden beakta och synliggöra eventuella skillnader som beror på kön, inklusive när det gäller förutsättningar för vården att nå ut till personer med lättare psykisk ohälsa.

Utbildningsinsatser

Det är viktigt att personer som har behov av hjälp och behandling får detta snabbt från medarbetare i vården med rätt kompetens men också på rätt vårdnivå. Det är också viktigt med ett gott bemötande som utgår från olika människors behov och förutsättningar, exempelvis funktionsnedsättning eller ålder. Den specialiserade vården ska ta emot patienter med svår problematik eller diagnos. Primärvården, som en central del i den nära vården, behöver kunna erbjuda vård till patienter som lider av lättare psykisk ohälsa. Dessa patienter ska inte behöva vänta på att få tid inom vuxenpsykiatrin eller till exempelvis psykolog i primärvården. Mycket pekar dock på att det saknas tillräckliga resurser i form av bl.a. utbildad personal för att ta hand om lättare psykisk ohälsa i första linjens hälso- och sjukvård.

Det finns därför anledning att överväga hur fler medarbetare inom den nära vården ska kunna bidra med stöd till patienter med lättare psykisk ohälsa. Utbildningsinsatser för befintliga medarbetare kan naturligtvis vara aktuellt men även för andra som kan bidra till en mer behovsanpassad nära vård. Kompetensförsörjning är en stor

utmaning för hälso- och sjukvården och det är i dag brist på personal, såväl i den nära vården som i den specialiserade vården.

Utredaren ska därför

– överväga vilka kompetenser som bör ligga till grund för det nya stödet, kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården, analysera vilka utbildningsinsatser som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser och hur sådana i så fall kan erbjudas över hela landet på ett kostnadseffektivt sätt, samt
– överväga vilka personalkategorier i primärvården som i första hand bör erbjudas kompetensinsatser och om även personer som i dag inte arbetar inom hälso- och sjukvården kan utbildas för arbete inom primärvården.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. Konsekvensbeskrivningen för jämställdhet ska inkludera möjligheterna att fånga upp psykisk ohälsa hos kvinnor respektive män samt personer som identifierar sig på annat sätt i ett tidigt skede.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur förslagen ska finansieras enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Utredaren ska särskilt

– beskriva konsekvenserna för primärvården, den specialiserade psykiatrin och berörda myndigheter, samt
– bedöma vilka konsekvenser som på sikt kan uppstå för sjukskrivningstalen och för vuxna med psykisk ohälsa.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med andra statliga utredningar vars uppdrag särskilt berör första linjens hälso- och sjukvård samt även fortsättningsvis arbeta utåtriktat för att på bästa sätt förankra uppdraget hos berörda aktörer.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

(Socialdepartementet)

PM: Begrepp inom området psykisk hälsa

En modell som behöver användas och fortsätta utvecklas

I detta PM föreslås en modell och några ingående begrepp för området psykisk hälsa. Detta är en första version modellen och vi ser fram emot att den kommer att utvecklas löpande: på kort sikt när modellen prövats i praktiken; på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det internationella diagnossystem ICD-11 är färdigställd; på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.

Innehållsförteckning

1. Om detta PM

1.1. Bakgrund och syfte

Psykisk hälsa är ett begrepp som ofta används i det allmänna samtalet men som ges olika innebörd i olika sammanhang. Ibland avses dess positiva dimension i form av psykiskt välbefinnande. Ofta avses dock psykisk ohälsa som kan inkludera alltifrån lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd. Detta innebär en risk för sammanblandning, att olika trender kan missförstås och att felaktiga slutsatser dras.

Syftet med detta PM är att föreslå en enhetlig användning av några centrala begrepp som ofta används inom området psykisk hälsa. Detta förväntas kunna bidra till att beskrivning av nuläge och utveckling inom området, liksom insatsförslag kan baseras på tydliga och gemensamma grunder.

1.2. Mål

Målen med detta PM är att:

i. Beskriva och tydliggöra följande **begrepp**:
   a. Psykisk hälsa
   b. Psykiskt välbefinnande
   c. Psykisk ohälsa
   d. Psykiska besvär
   e. Psykiatriska tillstånd
   f. Psykiska sjukdomar och syndrom
   g. Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser

ii. Beskriva en **modell** som underlättar förståelse av hur begreppen förhåller sig till varandra.

iii. Beskriva ett antal **principer** för hur begreppen bör användas för att på ett tydligt och enhetligt sätt beskriva nuläge och utvecklingen i Sverige.

1.3. Avsändare

De nationella kunskapsmyndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SBU samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) står bakom de beskrivningar, den modell och de principer som lyfts fram i detta PM.

1.4. Målgrupp

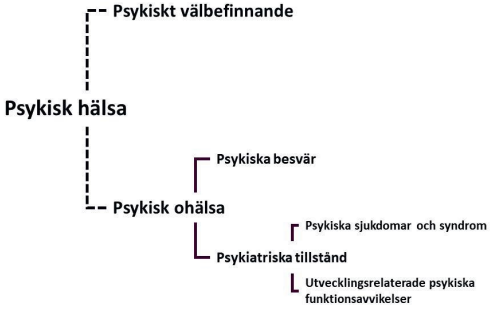
Detta dokument riktar sig till deltagande statliga myndigheter och Sveriges regioner och kommuner, men kan användas av andra aktörer som analyserar och publicerar information inom området psykisk hälsa.

1.5. Metod

Detta begrepps-PM har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av tio personer från deltagande organisationer. Arbetsgruppen genomförde sammanlagt elva arbetsmöten mellan 15 oktober 2019 – 16 juni 2020. Mellan varje arbetsmöte bearbetades utkastet på PM och vissa övergripande genomgångar av vetenskaplig litteratur, rapporter samt svenska och internationella begreppsmodeller studerades och sammanställdes. En närmre beskrivning av metoden inklusive källförteckning återfinns i bilaga 1.

2. Begrepp inom området psykisk hälsa

2.1. Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra



Figur 1 Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra

I figuren ovan visas en övergripande modell för hur olika begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra. Modellen ger en förenklad beskrivning i syfte att underlätta förståelse för och en enhetligare användning av begreppen, men verkligheten är mer komplicerad.

Modellen börjar i det överordnade paraplybegreppet **psykisk hälsa** som har dimensionerna **psykiskt välbefinnande** och **psykisk ohälsa**. Psykiskt välbefinnande och psykiatriska tillstånd är olika dimensioner och inte varandras motsatser. Även om det finns samband mellan dimensionerna så kan exempelvis personer som inte har någon psykisk ohälsa uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande. På samma sätt kan personer med psykiatriska tillstånd uppleva psykiskt välbefinnande.

Psykisk ohälsa delas in i **psykiska besvär** och **psykiatriska tillstånd** beroende på om den psykiska ohälsan uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos.

Psykiatriska tillstånd delas i sin tur in i **psykiska sjukdomar och syndrom** respektive **utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser** (kallas i vardagligt tal neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) beroende på när i ålder som de debuterar.

De olika begreppen i modellen beskrivs närmre i avsnitten nedan.

2.2. Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett paraplybegrepp som inbegriper **psykiskt välbefinnande** och **psykisk ohälsa**. Begreppet psykisk hälsa används när diskussioner förs kring området på en övergripande nivå som omfattar hela samhället.

2.3. Psykiskt välbefinnande

Psykiskt välbefinnande handlar inte enbart om frånvaro av sjukdom eller besvär, utan om ett tillstånd som har ett värde i sig och som omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Mer konkret handlar det om att kunna balansera positiva och negativa känslor, att känna tillfredställelse med livet, att ha goda sociala relationer och att utveckla sin inre potential. Det handlar även om att kunna känna njutning, lust och lycka. Psykiskt välbefinnande är en grundläggande resurs för att man ska kunna bemästra livets olika svårigheter men det är också en tillgång för samhället ur en social och ekonomisk synvinkel.

2.4. Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både **psykiska besvär** och **psykiatriska tillstånd**. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen.

Psykisk ohälsa är ofta förenat med svårigheter att fungera i vardagslivet, till exempel i relation till andra människor eller att arbeta eller studera. Dessa svårigheter kan dock se väldigt olika ut bland annat beroende på individens egenskaper, det sociala sammanhanget och vilken typ av psykisk ohälsa det handlar om. Psykiska besvär har vanligen mindre påverkan på vårt sätt att fungera än psykiatriska tillstånd.

Psykisk ohälsa inkluderar alltså såväl psykiska besvär som psykiatriska tillstånd där det finns fastställda diagnoskriterier. Psykiska besvär kan i vissa fall senare leda till att en individ utvecklar psykiatriska tillstånd.

2.4.1. Psykiska besvär

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av från tid till annan. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd och kan till exempel bestå av enstaka besvär. Ibland kan psykiska besvär ge kroppsliga symtom som exempelvis huvudvärk, magont, ryggvärk eller yrsel.

De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka förmågan att klara av viktiga och nödvändiga vardagsfunktioner – arbeta, studera, ägna sig åt fritidsaktiviteter och hobbyer, ta hand om sig själv och andra – i den miljö som man lever i.

Exempel på psykiska besvär är:

- Koncentrationssvårigheter
- Oro och ångest
- Nedstämdhet
- Psykisk trötthet
- Självhat och destruktivitet
- Självmordstankar
- Sömnsvårigheter

I begreppsmodellen används **psykiska besvär** för psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda.

2.4.2. Psykiatriska tillstånd

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. Till skillnad från psykiska besvär måste flera kriterier föreligga för att en diagnos

ska kunna ställas. Symptomen måste även ha varit närvarande under en viss sammanhängande tidsperiod, vanligen minst 14 dagar och medföra en nedsättning av psykisk funktionsförmåga. Psykiatriska tillstånd kan vara av bestående eller av övergående natur och avgränsas utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem (ICD/DSM).

Bland personer med psykiatriska tillstånd inkluderas de som, om de hade sökt hälso- och sjukvård, hade uppfyllt kriterierna för en viss psykiatrisk diagnos, som om den hade ställts av läkare inom specialiserad hälso- och sjukvård, rapporterats till Patientregistret. Ett psykiatriskt tillstånd kan alltså förekomma oavsett om diagnosen fastställts och registrerats av hälso- och sjukvården eller inte. I de mätningar som görs av psykiatriska tillstånd i befolkningen är det av praktiska skäl oftast enbart fastställda och registrerade diagnoser som inkluderas.

Psykiatriska tillstånd kan delas in i **psykiska sjukdomar och syndrom** respektive **utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser.**

2.4.2.1. Psykiska sjukdomar och syndrom

Psykiska sjukdomar och syndrom kan debutera när som helst under livet till skillnad från utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser som utvecklas under barndomen.

Exempel på psykiska sjukdomar och syndrom är:

- Depressiva syndrom
- Ångestsyndrom
- Skadligt bruk och beroende
- Tvångssyndrom
- Trauma- och stressrelaterade syndrom
- Utagerande beteende- och impulskontrollstörningar
- Personlighetssyndrom
- Schizofrenispektrumsyndrom, andra psykoser samt katatoni

2.4.2.2. Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser

Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser[1] är psykiska funktionsavvikelser som debuterar i barndomen. De kvarstår oftast i vuxen ålder. I vardagligt tal kallas de även neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF).

Exempel på utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är:

- Adhd
- Autismspektrumsyndrom inklusive autism och Aspergers syndrom
- Intellektuell funktionsnedsättning
- Kommunikations- eller språkstörningar
- Specifika inlärningssvårigheter (dyslexi, dyskalkyli)
- Tics/Tourettes syndrom

[1] I den modell som föreslås i detta PM används begreppet ”utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser” utifrån benämningen av dessa tillstånd i DSM V: ”neurodevelopmental disorders”. I den svenska översättningen av DSM V benämns ”neurodevelopmental disorders” enbart ”utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser”. För att förtydliga att det inte handlar om alla utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser läggs ordet ”psykiska” till i begreppet.

Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

3. Principer för att beskriva psykisk hälsa i befolkningen

- Psykisk hälsa och psykisk ohälsa är begrepp på olika nivåer och bör inte användas som varandras motsatser (se modellen). Paraplybegreppet psykisk hälsa inkluderar förutom psykisk ohälsa även psykiskt välbefinnande. Oftast när vi avser psykisk hälsa rör detta en övergripande nivå.
- Vid beskrivning av nuläge eller utveckling baserat på mätningar av enbart psykiska besvär eller enbart psykiatriska tillstånd bör de specifika begreppen (psykiska besvär respektive psykiatriska tillstånd) användas istället för samlingsbegreppet psykisk ohälsa.
- Vid beskrivning av nuläge eller utveckling inom området psykisk hälsa bör alltid anges:
    - Vad beskrivningen avser: psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande, psykisk ohälsa, psykiska besvär, psykiatriska tillstånd, psykiska sjukdomar och syndrom, utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser, eller ett specifikt tillstånd eller besvär.
    - Vad som har mätts, exempelvis prevalens i befolkningen, förekomst utifrån en viss datakälla, vårdkonsumtion eller behandlingar.
    - Om data avser självrapporterade besvär eller symptom eller om det handlar om observerade och registrerade symtom eller funktioner.
    - Vilka datakällor som använts.
    - Vilka felkällor som kan behöva tas hänsyn till exempelvis förändrad diagnossättning, insamlingsmetodik eller rapporteringsfrekvens.
    - Vad man kan uttala sig om utifrån det som har analyserats eller mätts, och vad man inte kan uttala sig om.

4. Begrepp som kan ersättas med de begrepp som föreslås i detta PM

Begrepp	Föreslaget begrepp i detta PM
Diagnostiserad psykisk ohälsa	Psykiatriska tillstånd
Diagnostiserbara psykiska tillstånd	Psykiatriska tillstånd
God psykisk hälsa	Psykiskt välbefinnande
Hedoniskt och eudaimoniskt välbefinnande	Psykiskt välbefinnande
Positiv psykisk hälsa	Psykiskt välbefinnande
Psykiatriska sjukdomar	Psykiska sjukdomar och syndrom
Psykiska sjukdomar	Psykiska sjukdomar och syndrom
Psykiska tillstånd	Psykiatriska tillstånd
Psykiskt välmående	Psykiskt välbefinnande

Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

Bilaga 1: Metod och källförteckning

Bakgrund

Psykisk hälsa är ett begrepp som ofta används i det allmänna samtalet men som ges olika innebörd i olika sammanhang. Ibland avses dess positiva dimension i form av psykiskt välbefinnande. Ofta avses dock psykisk ohälsa som kan inkludera alltifrån lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd. Detta innebär en risk för sammanblandning, att olika trender kan missförstås och att felaktiga slutsatser dras.



Med detta som utgångpunkt bildade SKR, Folkhälsomyndigheten, SBU och Socialstyrelsen en arbetsgrupp bestående av tio personer från organisationerna som skulle utarbeta förslag på hur några centrala begrepp inom området psykisk hälsa ska användas.

Deltagare i arbetsgruppen

SKR: Mikael Malm, Lisa Minell och Ing-Marie Wieselgren

Folkhälsomyndigheten: Hillevi Busch, Sara Fritzell och Regina Winzer

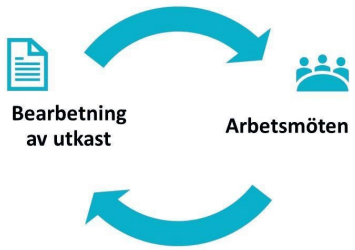
SBU: Marit Eskel

Socialstyrelsen: Martina Barnevik Olsson, Ylva Ginsberg och Kristina Sinadinovic

Externt stöd i framtagandet: Jonas Lundberg och Josefin Klingvall, Lumell Associates.

Tillvägagångssätt

PM:et utarbetades av arbetsgruppen under hösten 2019 och våren 2020. Sammanlagt genomförde arbetsgruppen elva arbetsmöten (15 oktober 2019 – 16 juni 2020). Mellan varje arbetsmöte bearbetades utkastet på PM och vissa övergripande genomgångar av vetenskaplig litteratur, rapporter samt svenska och internationella begreppsmodeller studerades och sammanställdes.



Metod

Metoden finns schematiskt beskriven i figuren nedan. Arbetet inleddes med (1a) en genomgång av vilka olika begrepp och modeller som används internationellt. I tillägg gjordes (1b) en genomgång av vilka begrepp och modeller som används av de deltagande organisationerna. I efterföljande arbetsmöten diskuterades för- och nackdelar med de olika modellerna och (2) en föredragen typmodell med engelska begrepp valdes ut. Därefter togs (3) olika alternativ på svenska begrepp fram utifrån vilka arbetsgruppen som ett sista steg (4) enades om en svensk översättning.

När modellen och tillhörande svenska begrepp var klara utarbetade arbetsgruppen detta PM som ska underlätta förståelse av hur begreppen förhåller sig till varandra samt beskriva ett antal principer för hur begreppen bör användas för att på ett tydligt och enhetligt sätt beskriva nuläge och utvecklingen i Sverige.

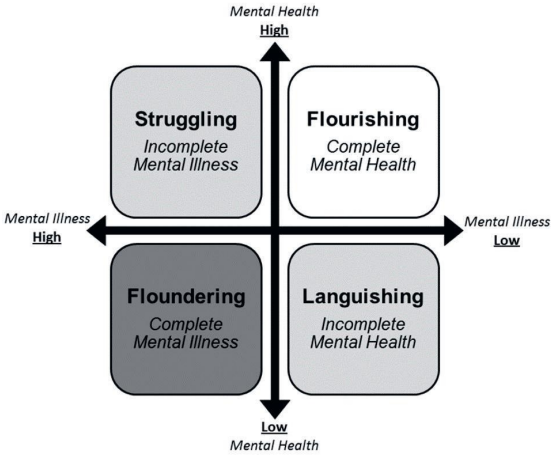
Internationella modeller

Arbetsgruppen identifierade två huvudtyper av modeller som används internationellt: (1) Dual continuum model, (2) Single continuum model. Därutöver identifierades även modeller som enbart fokuserade en av de två dimensionerna i dual continuum model (antingen välbefinnande *eller* ohälsa).

Dual continuum model

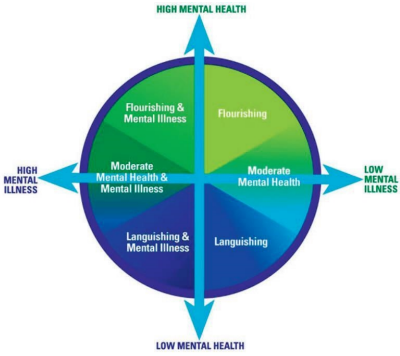
De modeller av typen ”dual continuum model” har olika dimensioner för det som på engelska brukar benämnas ”mental health” respektive ”mental illness” (exv. C. L. Keyes, 2002, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). Det finns flera varianter av ”dual continuum model” där det är vanligt att dimensionerna visas som ett kors (exv. Tenga, Venning, Winefield, & Crabb, 2015; Tudor, 1996). I detta fall så skapar korset fyra kvadranter som på engelska ofta benämns ”struggling” (High mental health; High mental illness), ”flourishing” (high mental health; low mental illness), ”floundering” (high mental illness; low mental health) och ”languishing” (low mental health, low mental illness). Det finns även exempel där dimensionerna visas som helt separata.(exv. Health and Welfare Canada, 1988).

Exempel på ”dual continuum model”

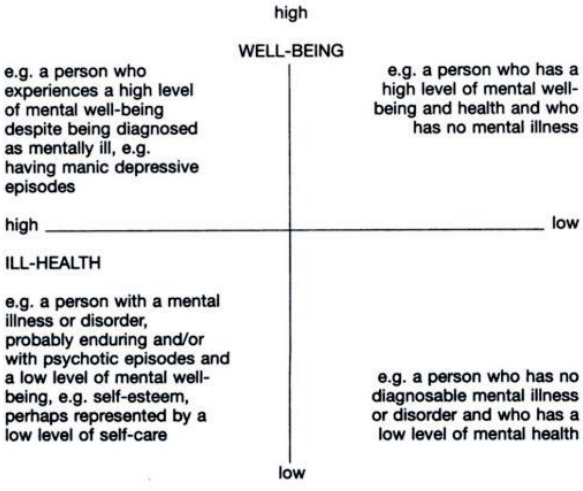


Tenga et al. (2015) visualisering utifrån C. L. Keyes (2002)

Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

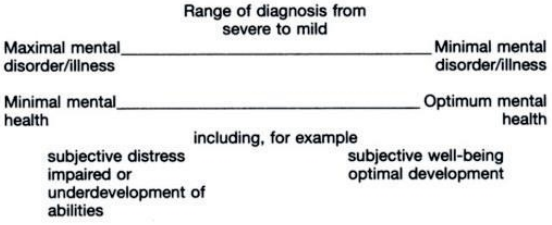


Corey LM Keyes (2014)



Tudor (1996) baserad på Downie, Fyfe, and Tannahill (1990)

Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

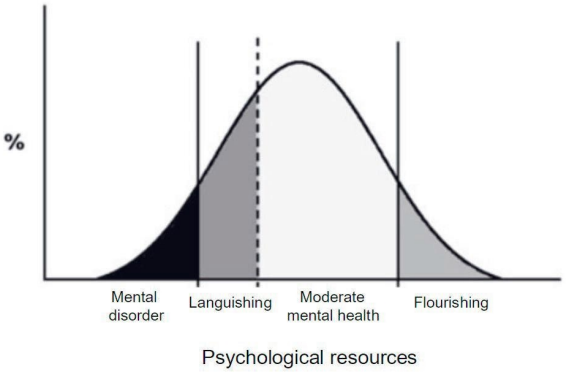


Tudor (1996) baserad på Health and Welfare Canada (1988)

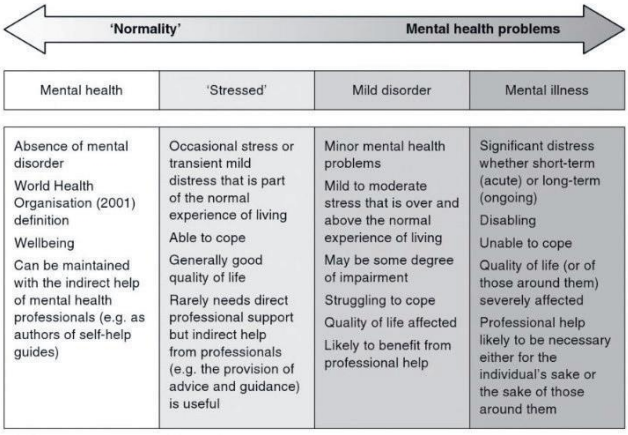
Single continuum model

I modeller av typen ”single continuum model” visas ”mental health” och ”mental illness” som två ytterligheter på en och samma dimension.(exv. Huppert, 2009; Pryjmachuk, 2011).

Exempel på ”single continuum model”



Huppert (2009)



Pryjmachuk (2011)

Vilka modeller används av organisationer i andra länder?

Dual continuum model används bland annat av bland annat CDC i USA: *"Although the terms are often used interchangeably, poor mental health and mental illness are not the same things. A person can experience poor mental health and not be diagnosed with a mental illness. Likewise, a person diagnosed with a mental illness can experience periods of physical, mental, and social well-being."*(Centers for Disease Control and Prevention, 2018) och av NHS Scotland: *"'mental health' is used as an umbrella term to refer to both the concepts of mental health problems and mental wellbeing."* (NHS Health Scotland, 2016).

Samtidigt som NHS Scotland i vissa rapporter använder sig av dual continuum model så använder den skotska regeringen en single continuum model i sin strategi för psykisk hälsa: *"The term mental health is used in many different ways. It applies to a continuum from emotional wellbeing like happiness and sadness, to mental disorder like the acute reaction that can happen to stress, to mental illness like schizophrenia"* (The Scottish Government, 2017). Single continuum används också av exempelvis den kanadensiska armén i deras program "CAF Road to Mental Readiness"(Atuel et al., 2017).

Vilka modeller används av deltagande organisationer?

Det finns exempel på både dual continuum (Folkhälsomyndigheten, 2018, 2019b; Socialstyrelsen, 2019a, 2019b, 2019c; Sveriges kommuner och landsting, 2016) och single continuum modeller (exv. Folkhälsomyndigheten, 2019a) som använts av deltagande organisationer. I vissa fall är det tydligt uttryckt vilken typ av modell som används, medan det i andra fall går att utläsa indirekt. I den genomgång som gjordes inom ramen för detta arbete så framstod det som vanligast att använda en dual continuum modell även om det i

flera fall enbart var en av dimensionerna som beskrevs i rapporterna (antingen ”mental health” eller ”mental illness”).

Val av modell

Baserat på de underlag som hade gåtts igenom och vilka modeller som organisationerna tillämpar idag enades arbetsgruppen om att föreslå en ”dual continuum” modell som inkluderade följande delar:

- Ett överordnat paraplybegrepp som kan användas för att beskriva både det som på engelska benämns ”mental health” (eller ”mental wellbeing) och ”mental illness” (eller ”mental disorders”)
- Ett begrepp för dimensionen ”mental health”
- Ett samlingsbegrepp för dimensionen ”mental illness”, med en uppdelning i
    - Tillstånd som uppfyller kriterierna för en diagnos
    - Tillstånd som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos)

Svenska begrepp

Deltagande organisationer använder i första hand ”psykisk hälsa” som översättning av paraplybegreppet för hela området. Vad gäller samlingsbegreppet ”mental illness” använder deltagande organisationer begreppet ”psykisk ohälsa”.

För den dimension som på engelska benämns ”mental health” (eller ”mental wellbeing) använder deltagande organisationer framför allt begreppen ”psykisk hälsa”, ”psykiskt välbefinnande”, ”positiv psykisk hälsa” eller ”god psykisk hälsa”.

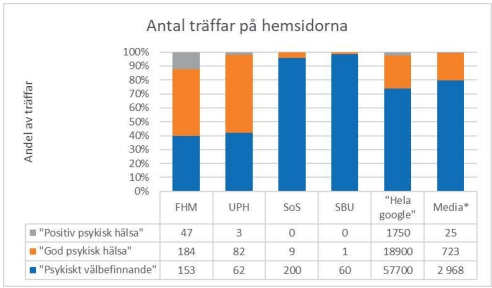
För de tillstånd av psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en diagnos använder deltagande organisationer bland annat begreppen: ”psykiatriska tillstånd”, ”psykiatrisk diagnos”, ”psykiska sjukdomar”, ”psykiatriska tillstånd och psykiska sjukdomar”, ”olika psykiska syndrom som uppfyller kriterier för en diagnos”, ”psykisk sjuklighet”, ”mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos”, ”allvarliga tillstånd eller funktionsnedsättningar” och ”psykiska sjukdomar och psykisk funktionsnedsättning”.

För de tillstånd av psykisk ohälsa som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos använder deltagande organisationer bland annat begreppen: ”psykiska besvär”, ”självrapporterade psykiska besvär”, ”mindre allvarliga psykiska problem”, ”tillfälliga besvär av oro, nedstämdhet eller sömnbesvär”, ”lindriga psykiska tillstånd”, ”psykiska eller psykosomatiska besvär”, och ”nedsatt psykiskt välbefinnande”.

Val av svenska begrepp

Begreppen ”psykisk hälsa” (för det överordnade paraplybegreppet) och ”psykisk ohälsa” (för samlingsbegreppet ”mental illness”) valdes ut då de redan idag är klart vanligast använda. I och med att ”psykisk hälsa” valdes för det överordnade begreppet kunde det inte användas för dimensionen ”mental health” (eller ”mental wellbeing”), för detta valdes

istället ”psykiskt välbefinnande” då det var det mest frekvent använda av de tre återstående alternativen samt en bra översättning av ”mental wellbeing”.



	FHM	UPH	SoS	SBU	"Hela google"	Media*
"Positiv psykisk hälsa"	47	3	0	0	1750	25
"God psykisk hälsa"	184	82	9	1	18900	723
"Psykiskt välbefinnande"	153	62	200	60	57700	2 968

*Googlesökning genomförd i april 2020. *För media är sökning gjord i Retriver.*

För tillstånd av psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en diagnos valdes begreppet ”psykiatriska tillstånd”; psykiatriska tillstånd istället för psykiska tillstånd då diagnoser sätts i hälso- och sjukvården; psykiatriska tillstånd istället för psykiatriska diagnoser då arbetsgruppen uppfattar ett det finns ett värde i att fokusera på tillståndet som individen har snarare än att fokusera på diagnosen som sätts av vården.

För tillstånd av psykisk ohälsa som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos valdes begreppet ”psykiska besvär” då detta är det begrepp som Folkhälsomyndigheten i första hand använder för detta, samt att de psykiska besvären inte nödvändigtvis behöver vara lindrigare eller mindre allvarliga än vissa psykiatriska tillstånd.

I tillägg gjordes valet att komplettera modellen genom att dela in ”psykiatriska tillstånd” i två delar: ”Psykiska sjukdomar och syndrom”, som kan debutera när som helst under livet respektive ”Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser” som utvecklas under barndomen.

En modell som behöver användas och fortsätta utvecklas

Den föreslagna modellen och ingående begrepp kommer att behöva utvecklas löpande: på kort sikt när modellen prövats i praktiken; på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det internationella diagnossystem ICD-11 är färdigställd; på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.

Källförteckning

www.cdc.gov/mentalhealth/learn

https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/628f1bfc932b474f9503cc6f8e29fd45/varfor-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-2-webb-rapport.pdf

https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/sa-tar-vi-fram-statistik-om-psykisk-halsa-och-suicid/

https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-12-6475.pdf

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-27.pdf

https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-328-4.pdf?issuusl=ignore

Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

https://www.gov.scot/publications/mental-health-strategy-2017-2027/

Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

Välkommen till verkligheten – en exempelsamling

Rubriken på denna bilaga är ett citat från ett av våra verksamhetsbesök, närmare bestämt på Piteå hälsocentral. Vi lånar det som illustration till allt det goda arbete som görs runt om i landet av så många engagerade människor. Under utredningens arbete med att beskriva mer ändamålsenliga insatser i primärvården för att möta den psykiska ohälsan har vi stött på många exempel på förbättringsarbeten på mer strategisk och/eller verksamhetsnära nivå. Vår bedömning är att det säger något om såväl behoven av insatser på området, som om den maktlöshet många känner i rollen som politiker, tjänsteperson och medarbetare i vården när det gäller att möta behoven i befolkningen gällande psykisk ohälsa. Som vi tidigare beskrivit i betänkandet saknas många gånger kunskap om hur dessa behov bäst kan mötas, liksom om hur omfattande behoven egentligen är och vilket ansvar som åligger olika aktörer i systemet.

Kunskapen behöver öka. Ett sätt att göra det är att i det lilla, utifrån verksamhetens kunskap och erfarenhet, bedriva förbättringsarbeten, och till dessa koppla strukturerad uppföljning för ökat lärande. Ett annat sätt är att bidra till att goda exempel sprids.

Ett gott exempel är gott, ibland just i kraft av hur en insats har planerats, genomförts, följts upp och anpassats utifrån en enskild verksamhet, och sedan kunnat skalas upp och visat sig vara generaliserbar till andra verksamheter. Det kan också vara gott i det att sättet att leda, agera och inkludera i en verksamhet skapat en lärandekultur, som genom att beskrivas och spridas kan möjliggöra nya förbättringsarbeten i andra verksamheter.

I det följande vill vi bidra till förbättring genom att sprida goda exempel som kommit till oss på olika sätt under vårt arbete. Det har efterfrågats en sammanställning av pågående arbeten och initiativ, för att undvika att samma hjul uppfinns om och om igen.

En reflektion från utredningens sida är att det pågår väldigt mycket inom området psykisk ohälsa, men också att strukturerade utvärderingar, uppföljningar och följeforskning inte så sällan saknas. En förhoppning med denna bilaga är därför att kunna koppla ihop verksamheter med forskare och forskningsintresserade. Vi vill understryka att varje exempel förstås måste ses i sin lokala kontext, men tror att även den kontexten kan vara till nytta att studera för den intresserade.

Vi hoppas denna sammanställning kan vara hjälpsam, och att en motsvarande projektportfölj kanske kan sammanställas och förvaltas av någon aktör i systemet i framtiden. Exemplen presenteras utan inbördes ordning och utan någon värdering från utredningens sida.

MindShift Gotland

I syfte att främja psykisk hälsa är Region Gotland tillsammans med flera andra aktörer med i en rörelse, MindShift, för att lyfta frågan om främjande av psykisk hälsa. MindShift Gotlands första projekt är Guldhjärnan, med mål att sprida kunskap om Första hjälpen till psykisk hälsa så att 10 procent av befolkningen har den kunskapen inom 5 år.
Läs mer här: https://www.gotland.se/mindshift.

Rådrummet i Norrtälje

Rådrummet är en verksamhet som drivs i samverkan mellan Fokushuset Tiohundra, Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON) och Norrtälje Kommun. Rådrummet vänder sig till vuxna som behöver prata med någon utomstående om allt från livskriser till vägval i livet.
Läs mer här: https://www.tiohundra.se/radrummet-2020.

Cederkliniken i Piteå

Cederkliniken i Piteå är en hälsocentral som arbetar på uppdrag av Region Norrbotten. Vid hälsocentralen har medarbetarna tillsammans utarbetat ett arbetssätt i syfte att med hög tillgänglighet snabbt kunna hjälpa den som drabbats av psykisk ohälsa. Målet med Cedermodellen är att individen så snabbt som möjligt ska få ökade kunskaper om vad man själv kan göra för att må bättre, och vid kvarstående besvär, att ändamålsenliga insatser snabbt ska kunna planeras och genomföras.
Läs mer här: http://www.ptj.se/cederkliniken/psykisk-ohalsa/.

Vårdcentralen Aroma i Vetlanda

Vårdcentralen Aroma startade 2010 och är en vårdcentral som arbetar på uppdrag av Region Jönköpings län. Vårdcentralen strävar efter en hög synlighet och ett engagemang i lokalsamhället. Bland annat drivs ett gym i verksamhetens lokaler för att uppmuntra till friskvård och rörelse hos alla, även de som kanske inte annars är vana gymbesökare. Vårdcentralen håller utbildningar och föreläsningar för allmänheten om exempelvis levnadsvanor och har ett brukarråd för tillvaratagande av egenerfarna personers tankar och idéer om hur verksamheten kan utvecklas.
Läs mer här: https://www.vardcentralenaroma.se/.

Psykosociala teamet på Frölunda Vårdcentral, i Göteborg

På Frölunda vårdcentral i Göteborg arbetar man i ett psykosocialt team bestående av rehabiliteringskoordinator, psykiatrisjuksköterska/vårdsamordnare, medicinsk rådgivare, psykolog och PTP. Teamet har veckovisa möten om patienterna där remisser gås igenom och patienter fördelas mellan personerna i teamet. Teamet har även veckovisa möten med läkargruppen.
Läs mer här: https://www.narhalsan.se/hitta-mottagning/goteborg/goteborg-vastra/narhalsan-frolunda-vardcentral/.

Psykosociala teamet Hertsöns hälsocentral i Luleå

Vid Hertsöns hälsocentral i Luleå finns ett psykosocialt team bestående av en arbetsterapeut/rehabiliteringskoordinator, fysioterapeut, kurator och vårdsamordnare dit alla patienter med misstanke om psykisk ohälsa triageras. All personal på hälsocentralen har också utbildats för att kunna identifiera psykisk ohälsa, bemöta patienten och triagera rätt.
Läs mer här: https://www.norrbotten.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Vardcentraler1/Lulea/Lulea-Hertsons-halsocentral/Psykosociala-teamet/.

Må bra med kultur, Stockholm

För att motverka psykisk ohälsa, bryta isolering och skapa känsla av sammanhang bland unga nyanlända och asylsökande prövas ”Må bra med kultur”. Projektet går ut på att undersöka om dans, skriva, musik och teater fungerar som buffert mot stress och psykisk ohälsa. Satsningen genomförs av Akademiskt PrimärvårdsCentrum i nära samarbete med asylmottagningar och kommunernas kulturförvaltningar och kulturinstitutioner på uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm. Projektets övergripande syfte är att ta fram effektiva modeller för att kunna ordinera kulturaktiviteter för unga asylsökande och nyanlända i åldrarna 15–20 år, som riskerar eller har uttalad psykisk ohälsa. Kulturaktiviteterna ligger utanför vården och leds av professionella kulturkoordinatorer och kulturpedagoger från kommunerna. Potentiella deltagare bedöms och rekryteras av sjuksköterskor/processledare på de asylmottagningar som är med i projektet. De ungdomar som deltar i projektet följs upp av sjuksköterskorna på de medverkande asylmottagningarna. Projektet utvärderas också vetenskapligt. Förhoppningen är att projektet kan fungera som en bro mellan hälso- och sjukvård och övriga delar av samhället.
Läs mer här: http://akademisktprimarvardscentrum.se/nyheter?view=paper&id=811.

Vårdsamordnare i Västra Götaland

I Västra Götalandsregionen (VGR) har beslutats att vårdcentralerna i regionen ska erbjuda en vårdsamordnare till patienter med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom samt till patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Funktionen vårdsamordnare har utvärderats vetenskapligt i samarbete med Göteborgs universitet.
Läs mer här: https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-vardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/.

Digitalt stöd vid psykisk ohälsa i Norrbotten via Digitalen

Digitalen är region Norrbottens portal för e-hälsotjänster. Under 2020, i samband med corona-pandemin, har arbetet utökats till att omfatta även psykisk ohälsa. Förhoppningen är att fler ska söka vård för psykiska besvär i ett tidigt skede. Den som söker vård via Digitalen för psykisk ohälsa får chatta med en sjuksköterska. Sjuksköterskan kan sedan sätta patienten i kontakt med läkare eller boka in en chatt hos en vårdpersonal med särskild kompetens inom psykisk hälsa. Utökningen av Digitalens tjänster finansieras av ett riktat statsbidrag för att utveckla och stärka möjligheterna till vårdkontakter för personer som lider av psykisk ohälsa.
Läs mer här: https://www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Press/Pressmeddelanden-2020/Nytt-med-vard-for-psykisk-ohalsa-via-Digitalen/.

Storumans sjukstuga, drop in kvällstid om psykisk ohälsa och riskbruk

I Storuman arbetar man sedan 2016 i samverkansgruppen B4 (Before), i syfte att långsiktigt och systematiskt stärka och främja den psykiska hälsan i befolkningen. B4 är ett samarbete mellan Storumans kommun, Region Västerbotten och polisen i Södra Lappland. Insatserna som genomförs vilar på fyra ben: Bemöta, Behandla, Bygga, Begränsa. Man har bl.a. arbetat med suicidförebyggande insatser, och arbetet sker i samverkan med civilsamhällets aktörer. Med start under våren 2020 erbjuder regionen och kommunen öppen mottag-

ning och drop in för psykisk ohälsa och riskbruk en kväll i veckan på sjukstugan i Storuman. Tillfällena är välbesökta.
Läs mer här: https://www.storuman.se/Omsorg--hjalp/Psykisk-ohalsa/b4-ska-arbeta-mot-psykisk-ohalsa/.

Självhjälpsprogram för oro vid covid-19, Region Stockholm

Till följd av corona-pandemin och covid-19 finns i Region Stockholm ett KBT-baserat självhjälpsprogram mot oro. Självhjälpsprogrammet är kostnadsfritt och tillhandhålls via 1177 Vårdguiden. Programmet tar cirka tre veckor att arbeta med, och riktar sig till den som självständigt vill arbeta med att lära sig hantera sin oro. Det innehåller text, film, illustrationer och övningar. Programmet är utvecklat och vetenskapligt utvärderat av forskare vid Karolinska Institutet.
Läs mer här: https://www.1177.se/Stockholm/om-1177-vardguiden/e-tjanster-pa-1177-vardguiden/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/stod-och-behandling-pa-natet/program-i-stod-och-behandling---stockholm/stod-och-behandling---oro-i-samband-med-covid-19/.

Deplyftet, en uthållig modell för implementering av kunskapsbaserad vård

Deplyftet är en modell för att implementera kunskapsbaserad vård, ge kliniska färdigheter i att bedöma och behandla depression, och värdera och hantera självmordsrisk hos barn och ungdomar. Arbetet startade inom ramen för en överenskommelse mellan SKR och regeringen 2014, utifrån målet att stödja arbetet med välutvecklade insatser för psykisk ohälsa både i första linjen och på specialistnivå. I nuläget sker en nationell implementering. Arbetet drivs av en arbetsgrupp inom Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) och administreras av Psykiatrin i Halland, Region Halland.
Läs mer här: http://www.sfbup.se/deplyftet/.

Chatt i Vallentuna kommun

Vallentuna kommun har startat en chatt öppen två timmar varje helgfri vardag med fokus på psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Den riktar sig till invånare i kommunen som upplever ökad press och en svår livssituation. Här kan man anonymt få vägledning om vart man kan vända sig med sin problematik.
Läs mer här: https://www.vallentuna.se/omsorg-och-hjalp/nyheter/ny-chatt-ska-vagleda-vid-psykisk-ohalsa/.

Sunt arbetsliv och samverkansprojektet 4 Ess i Småland

Sunt Arbetsliv drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med SKR och Sobona och har till uppdrag att bidra till friska arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn. 4 Ess står för Smart Samverkan i Småland Sydost och var ett samverkansprojekt 2017–2020 i Torsås, Ljungby och Vimmerby kommun med syftet att minska sjukskrivningstalen bland kommunanställda. Idéen var att koppla in arbetsgivarna tidigt i processen och ge dem bättre möjlighet att ta sitt ansvar för att förebygga ohälsa. Konkret innebar projektet att kommunen som arbetsgivare samverkade med Försäkringskassan och med hälsocentraler.
Läs mer här: https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/hallbar-rehabilitering/4-ess-sankte-sjukskrivningstalen-i-smaland/.

Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa

Behandlingsverksamheten på Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa, är inriktad på personer som själva upplever att de dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov. Behandlingen pågår en begränsad tid, cirka tre månader, med en uppföljning efter ytterligare tre månader. Man kan komma till mottagningen på remiss, men tanken är att det ska vara enkelt för den som upplever sig ha ett riskbruk av alkohol att själv välja att kontakta mottagningen.
Läs mer här: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/.

Verksamheten Promenadvän i Karlshamn

Verksamheten Promenadvän vänder sig till äldre som söker extra sällskap. Projektet går ut på att seniorer i Karlshamn paras ihop med volontärer. De träffas sedan utanför seniorens bostad för en promenad och fika utomhus. Även gruppromenader förekommer. Det är den frivilliga organisationen Hej Blekinge som dragit igång projektet som finansieras av Socialstyrelsen. Samverkansparter är Karlshamns kommun och lokalt näringsliv.
Läs mer här: https://www.facebook.com/hejblekinge/.

Initiativet Varmprat

Den ideella föreningen Mind vill med initiativet Varmprat uppmuntra fler till att våga ta kallpratet till nästa nivå och få oss att prata mer om vårt psykiska mående. Mind har tagit fram tio konversationsstartare som öppnar upp för djupare samtal mellan människor i vardagen.
Läs mer här: https://mind.se/kampanj/varmprat/.

Bättre psykisk hälsa hos äldre i Markaryd

Markaryds kommun genomför ett projekt för förbättrad psykisk hälsa hos äldre. Målet är att personal som arbetar med personer i ordinärt boende ska känna att de har kunskap om äldres psykiska hälsa och bemötandets påverkan på den enskilde individen samt att hitta de äldre som har kommunala insatser och som lider av psykisk ohälsa. Avsikten är att sociala insatser ska ge den äldre en känsla av välbefinnande och trygghet och att tiden som denne kan bo hemma ska kunna förlängas. En annan del i projektet är ett förstärkt samarbete med civilsamhället och att arbeta för att bryta ofrivillig isolering även för de målgrupper som inte nödvändigtvis har kommunala insatser.
Läs mer här: https://www.markaryd.se/arkiv/nyheter/2018-05-28-battre-psykisk-halsa-hos-aldre.html.

Integrerad beteendehälsa i Östergötland

Integrerad beteendehälsa, IBH, är en vårdmodell för bedömning och behandling av personer med psykisk ohälsa. Från och med 2018 pågår ett stegvis införande av modellen på intresserade vårdcentraler i Region Östergötland. Syftet med IBH är att stärka samtalsbehandlarens roll och underlätta för övriga medarbetare att arbeta med psykisk ohälsa och livsstilsrelaterade besvär på samma sätt som de arbetar med somatisk ohälsa i dagsläget.
Läs mer här: https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Riktlinjer/Primarvard/Integrerad-beteendehalsa/.

Samverkansstrukturer i Region Gotland

Som ett resultat av modellen Regional samverkans- och stödstruktur i Region Gotland öppnades 2019 en första linje-mottagning för barns och ungas psykiska hälsa. Mottagningen vänder sig till alla mellan 6 och 17 år med lindrigare psykisk ohälsa och deras föräldrar. Här samverkar hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen i en gemensam verksamhet med avsikten att minska risken att individer blir hänvisade mellan socialtjänst och BUP. Den gemensamma insatsen omfattar såväl initial bedömning som olika behandlande insatser. Insatserna erbjuds såväl individuellt som i grupp.
Läs mer här: https://www.gotland.se/forstalinjen.

Peer support, i VGR

I VGR har man infört internetbaserad behandling i primärvården för bl.a. sömnproblem, ångest och panik, stresshantering samt depression. Kopplat till detta finns ett antal pågående forskningsprojekt, bl.a. om digital peer support, som visar att det är genomförbart och upplevs som positivt av patienterna att involvera peer support även i internetbaserad vård vid psykisk ohälsa i primärvården. I en studie genomgick patienter som sökte för ångestproblem i primärvården

ett åtta veckors långt internetbaserat KBT-program och erbjöds extra stöd av peer supportrar under tiden för behandlingen.
Läs mer här: https://www.vgregion.se/f/regionhalsan/FoU-primarvard/forskningsplattformar/psykisk-halsa-och-ohalsa/aktuellt-inom-plattformen/peer-support/.

Brukarrevision i Region Uppsala

I Uppsala har man använt sig av brukarrevision för att följa upp Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget för psykisk hälsa för 2019 utifrån ett brukar- och delaktighetsperspektiv. Uppdraget innefattade intervjuer med brukarföreningar och nyckelpersoner inom Region Uppsala och två utvalda kommuner i Uppsala län som berörs av arbetet med den länsgemensamma handlingsplanen för psykisk hälsa 2019.
Läs mer här: https://briu.se/wp-content/uploads/2020/02/Brukarrevsion-Psykisk-ha%CC%88lsa-slutversion-200215.pdf.

Återhämtningsguiden

Återhämtningsguiden är ett pedagogiskt självhjälpsverktyg som fokuserar på återhämtning för personer med psykisk ohälsa och har tagits fram av brukarrörelsen (NSPH Skåne) i samarbete med professionen, med finansiering av Allmänna Arvsfonden. Den som i sin yrkesroll möter målgruppen kan också använda Återhämtningsguiden som ett stöd i arbetet. Materialen är skrivna av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. I nuläget finns tre st. guider; Återhämtningsguiden för dig som mår dåligt, Återhämtningsguiden för dig som står nära någon som mår dåligt och Återhämtningsguiden för dig inom heldygnsvård.
Läs mer här: http://www.aterhamtningsguiden.se/.

Samarbetsvård, i Dalarna

I Region Dalarna startade 2017 ett, nu i regionen breddinfört, arbete med att förbättra omhändertagandet i primärvården av personer med psykisk ohälsa, bl.a. mot bakgrund av att omhändertagandet skilde

sig åt mellan olika vårdcentraler. Arbetet inkluderar införande av särskilt utbildade vårdsamordnare på vårdcentralsnivå, och man arbetar med konsultpsykiater som stöd. Ett initialt fokus var läkemedelsbehandling och dess uppföljning. Man har också arbetat med utökad användning av skattningsskalor, psykoedukativa insatser och strukturerad uppföljning och dokumentation.
Läs mer här: https://skr.se/tjanster/merfranskr/larandeexempel/larandeexempel/vardsamordnaregertrygghetatpersonermedpsykiskohalsa.34898.html.

Livsberättargrupper för äldre

Sveriges stadsmissioner startade hösten 2016 projektet Äldres existentiella och psykiska hälsa, med bl.a. Livsberättargrupper. Syftet är att bryta ensamhet, förebygga depression och ge ökad delaktighet i livet. Projektet genomförs tillsammans med S:t Lukas och den ideella föreningen Mind. Livsberättargrupper finns runt om i landet. Gruppen erbjuder ett tryggt sammanhang som kan öppna upp för att dela med sig av minnen, tankar och känslor med fokus på existentiella frågor. Varje träff har ett tema som man pratar och diskuterar utifrån. Det kan handla om barndom, uppväxt, vuxenliv eller en händelse som betytt särskilt mycket.
Läs mer här: https://sanktlukas.se/psykoterapi/samtalsstod-for-pensionarer/aldres-halsa-livsberattargrupper/.

Braining

Under 2017 ställdes frågan vid patient- och närståendeutbildningar vid Psykiatri Sydväst i Region Stockholm hur man på ett bra sätt kunde stödja till fysisk träning. Svaret blev ett önskemål om att fysisk träning skulle finnas på plats i verksamheten, så man skulle känna sig trygg både med miljön och situationen. Detta blev upprinnelsen till Braining. Syftet med Braining är att motivera personer med depression och ångest att träna regelbundet. Träningen vänder sig till alla patienter inom öppen och sluten vård och till medarbetarna, och man tränar alltid tillsammans. Brainingformatet inkluderar en introducerande föreläsning, träningspass, motiverande samtal och en individuell utvärdering och återkoppling efter träningsperiodens 12 veckor.

En positiv bieffekt är den sociala samvaron som skapas. Formatet gör att många som haft svårt att komma igång med träning börjar träna regelbundet. Till insatsen har redan från start knutits forskning, och vid tre kliniska uppföljningar har positiva effekter funnits på depressionssymtom, fysiska och sociala parametrar, inklusive medarbetarnas arbetsmiljö.
Läs mer här: https://www.psykiatriforskning.se/utveckling/verksamhetsutveckling-psykiatri/braining-traning-for-hjarnan/.

Projektet @geing Online

Umeå universitet har inom projektet @geing Online i samverkan med Finland tagit fram en applikation för mobil, avsedd att användas av seniora personer, som ger användaren kännedom om pågående eller kommande sociala aktiviteter i dennes närområde.
Läs mer här: https://www.abo.fi/projekt/geing-online-digitala-tjanster-for-meningsfulla-sociala-aktiviteter-bland-botniaregionens-aldre/.

Häng med oss ut i Sjöbo

Häng med oss ut var ursprungligen ett samarbete mellan socialpsykiatrin i Sjöbo kommun och Friluftsfrämjandets lokalavdelning Sjöbo. Projektets syfte var att ”möjliggöra för kunder i socialpsykiatrin att prova på friluftsaktiviteter i en lokal förening". Projektet blev så lyckat att fler kommuner ville göra detsamma. Häng med oss ut 2.0 är en treårig satsning och ett samarbete mellan de socialpsykiatriska verksamheterna i Sjöbo, Ystad, Tomelilla, Skurup och Simrishamn kommun samt Friluftsfrämjandet.
Läs mer här: https://www.sjobo.se/omsorg-och-stod/psykisk-halsa/hang-med-oss-ut.html.

Dans för Hälsa

Dans för Hälsa är metodiken bakom en vetenskaplig randomiserad studie från Universitetssjukvårdens forskningscentrum, Region Örebro län och Örebro Universitet (“dansprojektet”) för att stärka psykisk

hälsa hos unga. Studien visade att regelbunden dans gav hälsoeffekter för tonårsflickor med stressrelaterade kroppsliga och emotionella besvär. *Läs mer här:* https://www.dansforhalsa.se/.

Studiecirkeln Hälsospåret

I samarbete med Studieförbundet Vuxenskolan bedrev NSPH Stockholms län under perioden 2018–2020 studiecirkeln Hälsospåret som syftade till att förbättra deltagarnas psykiska och fysiska hälsa. Cirkeln omfattade tio träffar med teman som sömn, stress, kost, motion m.m. och riktade sig till brukare/patienter och anhöriga. *Läs mer här:* https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/stockholmslan/studiecirkeln-med-fokus-pa-halsa-for-personer-med-psykisk-ohalsa/.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskrafts-invandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskrafts-invandring. [5]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]