



2021-09-30

Socialdepartementet

[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)

[s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)

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

---

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

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

### Kap. 5 Primärvårdens grunduppdrag

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

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

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

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

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

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

resursförstärkning. Det vore olyckligt – omställningen till god och nära vård kommer att medföra ökade kostnader i primärvården och vinsterna ses i andra delar av samhällsekonomin. I *Svensk Förening för Beroendemedicins* remissvar framförs farhågan om att resurser till primärvården kommer tas från den specialiserade vården. **SLS påtalade inför en nationell reglering** av primärvårdens grunduppdrag att det grundläggande är att uppdraget resurssätts så att det kan fullföljas i praktiken. SLS har också tidigare påtalat att en nödvändig ökad resurstilldelning till primärvården inte får ske på bekostnad av akutsjukhusen. Samma synpunkt gäller fortsatt.

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

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

## Kap. 6 Primärvårdens organisering

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

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

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

#### 6.2.1 Rätt stöd till psykisk hälsa – vägen in

Regionerna primärvård:

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

**SLS ser** risker med att rekommendera ökad användning av strukturerade bedömningsinstrument i betydelsen skattningsskalor och standardiserade intervjuer. Särskilt om man vill använda dem för

triagering och/eller vill uppnå ökad mätbarhet i primärvården (typ räkna antal formulär). Man riskerar att skapa en otrygg och troligtvis kostsam ingång till vården genom att låta formulären slussa in individerna i algoritmer som leder till hänvisning åt olika håll i sjukvårdssystemet. **SLS anser att algoritmen inte kan ersätta en läkares praktiska yrkeskicklighet, omdöme och förmåga att möta individens unicitet och samtidigt beakta rådande evidens i sin medicinska bedömning.** Algoritmen saknar intuition, omdöme, praktisk yrkeskunnande och klinisk expertis. Att läkaren med omdöme använder strukturerade bedömningsinstrument är en annan sak. Det är likväl en annan sak när läkaren ber en psykolog eller annan psykosocial resurs om en fördjupad strukturerad analys som del i sitt gemensamma differentialdiagnostiska arbete. Strukturerade bedömningsinstrument har sin plats i diagnostik och uppföljning på individnivå **MEN – trygghet börjar med ett möte, och vidmakthålls i relationen till en människa.**

Kommunernas primärvård:

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

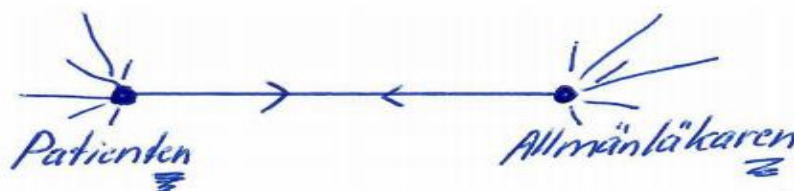
**SLS ger i sitt svar till SOU 2020:70 om fast omsorgskontakt i hemtjänst** stöd till denna funktion som med relationskontinuitet i tät kontakt kan ge möjlighet att fånga upp och agera på tecken till förändringar i en brukares hälsotillstånd, så väl fysiskt som psyksikt.

### 6.2.2 Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa

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

### 6.2.3 Samverkan och samarbete

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



© Bodil Jönsson

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

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

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

### 6.3.1 Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd

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

### 6.3.2 Utbildning och kompetensförsörjning

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

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

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

### 6.3.3. Uppföljning och forskning

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

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

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

### 6.3.4 Framtida statliga satsningar

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

För Svenska Läkaresällskapet

*Tobias Alfvén*  
Ordförande

*Susanna Althini*  
ledamot i SLS nämnd

Bilagor:

Remissvar från SLS medlemsföreningar/sektioner

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

REMISSVAR  
2021-09-29

Svenska Läkaresällskapet  
[Susann.asplund@sls.se](mailto:Susann.asplund@sls.se)

## God och nära vård – Rätt stöd till psykisk ohälsa SOU 2021:6 Remissvar från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

### Sammanfattning

- Texten andas förståelse för det komplexa uppdrag som primärvården har och bristen på goda arbetssätt vid psykisk ohälsa i primärvård.
- Utredningen ger en bra genomlysning av centrala begrepp, samhällskontext, evidens och diagnostik, förutsättningar, kompetens hos de som ofta arbetar i uppdraget, uppdragsbeskrivning och kravställning från uppdragsgivare och en intressant internationell utblick.
- I beskrivningen av primärvårdens organisering har man fångat områden där arbetssätt måste utvecklas; Vägen in, Organisering av insatser och Samverkan samt samarbete med vårdgrannar. Utredningen pekar dock ut enstaka verktyg, såsom strukturerad bedömning, MINI, och manualbaserad behandling, utan att ha full kunskap om bästa sätt att organisera vården för de patienter som söker hjälp i primärvården för psykisk ohälsa.
- Förutsättningar finns för att primärvården ska kunna erbjuda god vård vid psykisk ohälsa men då krävs att den är rätt resurssatt. Utredningen beskriver ett utökat uppdrag gällande patienter med psykisk ohälsa men detta kan inte genomföras inom ramen för den finansiering primärvården har idag.
- Utredningens slutsats att det är viktigt att finansiera forskning i primärvård, utveckling av primärvårdsanpassade kunskapsstöd och utvecklingsarbete i syfte att utveckla olika modeller för primärvård välkomnas.
- Förslaget om standardisering av den grundläggande psykoterapiutbildningen för att kvalitetssäkra den är också välkommet.
- Utredningen redovisar flera goda exempel när det gäller primärvårdens arbetssätt runt psykisk ohälsa i primärvård. Det är positivt att behovet av samlade goda exempel som källa till delad kunskap framhålls.

### Kap 2.2

Bra att centrala begrepp som tex. Första linjens psykiatri förtydligas (2.2.1).

Beskrivningen av "stegvis vård" visar på förståelse för stegen som antingen konsekvent startar på låg nivå och går trappstegsvis "uppåt", eller beskriver stegen som en palett av insatser med olika intensitet där behandlaren fattar beslut om vilken insats som ska erbjudas patienten efter en första bedömning. Att man beskriver närliggande uppdrag hos olika huvudmän (kommun och

elev/studenthälsa) är av värde.

## Kap 2:6

I kap 2.6.1 beskrivs utmaningar och svårigheter vid vård vid psykisk ohälsa. I kap 2.6.3 anges att "...primärvården kan 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, fast vårdkontakt och fast teamkontakt". SFAM instämmer i detta och ser den långvariga relationen som en grundförutsättning.

I kap 2.6.6 skriver man att man i primärvården behöver hantera upplevelsen (av psykiska besvär) även om patienten inte uppfyller diagnoskriterier och betonar vikten av att förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga. Vi instämmer i detta.

Vi är också eniga med utredaren om "betydelsen av kontinuerliga relationer" (kap 2.6.6).

## Kap 3

I kap 3.3.5 görs ett viktigt påpekande när man skriver att "...kunskapsunderlagen många gånger förefaller utgå från den specialiserade psykiatrins logik och arbetssätt, trots att huvuddelen av patienterna finns i primärvården". Vi instämmer i konstaterandet att primärvården måste bli bättre på att ta fram kunskapsunderlag och att forskning behövs.

Kap 3.4 beskriver hur huvudmännen organiserat och kravställt uppdraget om vård vid psykisk ohälsa, i kommun och region. I kap 3.4.2 konstateras att uppdraget för primärvården av regionerna ofta beskrivs i övergripande och generella termer av typen "uppdraget omfattar lindrig till måttlig psykisk ohälsa" utan närmare specifikation. Inte heller beskrivs de kompetenser som ska finnas i primärvården. I kap 3.4.4 instämmer vi i att uppdragsbeskrivningen ofta ligger på en "påfallande övergripande nivå".

Kap 3.7 ger en fördjupad bild av de professioner som arbetar i psykosociala team. De som leder vården behöver kunskap om olika professioners kompetenser och vi instämmer i att det finns utmaningar vad gäller kunskaper om psykisk ohälsa, såväl i ledningsfunktioner som i kliniken.

## Kap 6

Sammanfattningsvis fångar utredningen i kap 6 på ett bra sätt tre centrala områden för god vård vid psykisk ohälsa. Det behövs mer kunskap om triage i vägen in, både vid en mycket kort kontakt med sjuksköterska i telefon eller chatt, liksom vid ett första besök hos psykosocial resurs.

Det är olyckligt att utredningen föreslår ökad användning av strukturerad bedömning såsom MINI intervju och manualbaserade behandlingar. Detta går ut över helheten och många som arbetar i primärvård upplever inte att MINI och manualbaserade behandlingar lämpar sig för primärvården med dess blandning av subkliniska besvär, diagnoser, livsproblem, långvarig psykisk ohälsa och psykisk ohälsa vid somatisk sjukdom. Varför lyfter man dessa etablerade arbetssätt inom specialiserad psykiatrisk vård, just det som utredningen varnar för?

### Om vägen in.

- Betoningen av god tillgänglighet är bra. Man ska som patient kunna vända sig till primärvården vid alla former av psykisk och somatisk ohälsa. Där ska man kunna få en första bedömning och vid behov hänvisas till rätt vårdnivå.

- Utredningen betonar vikten av triage och beskriver en modell för detta (Figur 6.3). Men säker triagering och sortering av patienter med psykisk ohälsa är komplicerat. Vi är också tveksamma till strukturerade bedömningsinstrument för detta ändamål.

## **Om organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa.**

- Det är bra att utredningen framhåller att insatser bör utgå från relevanta kunskapsunderlag, men också att det finns behov av att samla och lyfta framgångsrika metoder och arbetssätt. Vi håller också med om att det behövs en ”beskrivning av uppdraget för primärvården vad gäller psykisk ohälsa. Vi instämmer i bedömningen att nuvarande arbetssätt utgår från ”akutsjukhus- och stuprörslogiken”.
- Figur 6.3 är intressant och lyfter faktorer som öppna tidböcker, trygga medarbetare och den psykosociala resursen som en integrerad del i verksamheten.
- Utredningen beskriver stegvis vård och att det är viktigt att betona att stegvis vård inte nödvändigtvis handlar om insatser i en viss ordning utan kan vara en ”palett” av insatser. Vi frågar oss om det då verkligen ska kallas ”stegvis vård”?

## **Om samverkan och samarbete**

- Vi anser, liksom utredningen, att det skulle vara av värde med bättre samverkan mellan region och kommun. Gemensamma informationssystem (exempelvis genom Inera) skulle kunna minska splittringen av vård och omsorg runt patienten.

## **Kap 6.3.1 - 6.3.5**

Vi instämmer i utredningens betoning av patientdelaktighet och anhörigstöd samt behovet av uppföljning med kvalitetsindikatorer, primärvårdsforskning och kunskapsstöd på nationell nivå. I kap 6.3.5 föreslås regeringen initiera utvecklingsarbeten i syfte att utveckla modeller för primärvårdens organisering inom ett geografiskt område för att komma fram till rekommendationer om hur primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bör bedrivas. SFAM instämmer.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson  
Ordförande



2021-09-08

## **Remissvar från Svenska Psykiatriska Föreningen, God och Nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa, SOU 2021:6**

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) är en intresseförening för läkare som huvudsakligen är verksamma inom psykiatrin. Föreningen är både specialistförening och sektion inom Svenska Läkarsällskapet.

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) tackar utredningen för ett digert arbete, trevlig läsning och en intressant översyn på området. Vi tackar även för möjligheten att få utgöra remissinstans.

*“No health without mental health” (s.28)*

### **Begreppen ”psykisk ohälsa” och ”lättare psykisk ohälsa”**

- SPF invänder mot utredningens bruk av ”psykisk ohälsa” som begrepp. Det är vagt, brett och det är allt för oklart om det rör subjektiv upplevelse, sjukvårdens bedömning, eller bäggedera.
- SPF noterar ytterligare begreppsförvirring kring ”Lättare psykisk ohälsa” vars definition skiljer sig mellan sjukvård och Försäkringskassan.

Det är förståeligt, givet hur vanligt förekommande termen blivit, men frustrerande med det vaga begrepp som ”psykisk ohälsa” utgör (punkt 2.8.2 på s79-81). Detta begrepp används återkommande i utredningen, till och med i titeln. Det utgör ju ett paraplybegrepp som innefattar svårare psykiatriska tillstånd såväl som subdiagnostiskt upplevt psykiskt lidande. Det är olyckligt att man inte i stället utgår från begrepp där det är tydligt vem som avses, om det är subjektets egen uppfattning som styr. I så fall är ju termen ”psykiskt illabefinnande” bättre lämpat. Med det upprepade användandet av paraplybegreppet ”psykisk ohälsa” blir det rörigt i utredningen med vilka patienter som skall erbjudas stödinsatser enligt ett ”stegvis vård”-program (*ur den engelska termen stepped care som beskrivs s 42 punkt 2.2.7*). Och vad vet vi egentligen om att prioritera stödinsatser till patienter med ”psykiskt illabefinnande” som en preventiv åtgärd för att förhindra ”psykiatriska tillstånd”? SPF anser att det vore bättre att fokusera på diagnostik och evidensbaserade behandlingsmetoder av psykiatriska tillstånd av lindrig-måttlig nivå som i vanliga fall behandlas i primärvård?

Ytterligare en dimension till begreppsförvirringen är ”Lättare psykisk ohälsa” (se t.ex. s.251) vilket är ett begrepp som återkommer. Det blir dock tydligt att definitionen skiljer sig åt mellan utredaren, och t.ex. Försäkringskassan i sitt användande av begreppet. Behovet av användbara paraplybegrepp finns såklart där, men önskvärt hade istället varit om man bestämt sig för en definition som t.ex. ”psykiatriska tillstånd utan behov av specialistpsykiatriska vårdinsatser”.

## Socialstyrelsens behandlingsriktlinjer

- SPF instämmer i att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av psykiatriska tillstånd ej i tillräcklig grad implementeras i primärvården.

SPF instämmer i utredningens breda bedömning att Socialstyrelsens nationella riktlinjer inte implementeras i tillräcklig utsträckning. Detta gäller till exempel tillgång till terapi på primärvårdsnivå, vilket är en lämplig behandling att erbjuda i första hand till t.ex. lindrig depression eller ångestsyndrom. SPF delar utredningens syn att primärvårdens roll vid behandling av psykiatriska tillstånd av lindrigare karaktär är avgörande, och att en stor förbättringspotential finns.

## Utredningens avgränsning

- SPF invänder mot att utredningen avgränsat sig mot missbruksvård på primärvårdsnivå.

SPF konstaterar likt utredningen att ett prioriterat område som förvisso ingår i utredningens avgränsning är missbruksvården, där uppdraget i lindrigare/måttliga fall vilar på primärvårdens bord när det rör alkohol och tobak. Samsjukligheten är ju som bekant omfattande, varför denna avgränsning i någon mån är olycklig.

## Psykoterapi som behandlingsmetod i primärvården

- SPF invänder mot att utredningen inte tydligare tar ställning för en förstärkt användning av evidensbaserad psykoterapi som behandlingsmetod i primärvården.
- SPF anser att utredningen borde föreslagit lagstadgad tillgång till psykoteraeutiska behandlingsmetoder i primärvården.
- SPF instämmer i att det föreligger brister i psykoterapiutbildningen, och att detta är ett område med stor förbättringspotential som bör utredas närmare.

Det är beklagligt att man inte tydligare i utredningen lyfter upp potentialen i att öka tillgången till evidensbaserade terapier som behandlingsmetod vid psykiatriska tillstånd på primärvårdsnivå, trots att man exemplifierar åtskilligt från våra grannar i Europa där denna tillgång är bättre, ofta till följd av nationella program som till exempel det brittiska NHS "*Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*".

Utredningen tar tyvärr ej ställning i diskussionen om legitimerade psykologers eller psykoterapeuters roll i primärvården. Det går en stark trend att anställa psykologer på vårdcentraler i Sverige för att erbjuda evidensbaserade terapimetoder till patienter, men bilden är splittrad och skiftande. Varför inte uttala ett mål om att öka antalet psykologer i primärvården? Detta skulle klart höja kompetensen på området, samt vara gynnsamt för en förbättrad psykiatriska diagnostik och screening, inför t.ex. remiss till specialistpsykiatri.

SPF hade önskat att utredningen föreslagit lagstadgad tillgång till terapeutisk kompetens inom primärvården. En sådan reform skulle bidra med evidensbaserade behandlingsmetoder, som utgör lämplig första linjens behandling vid merparten av de psykiatriska tillstånd som förekommer på primärvårdsnivå. Det kan i sammanhanget kontrasteras att man lagstiftat om att alla vårdcentraler skall ha tillgång till koordineringsinsatser vid sjukskrivning (s.106), vars insatsers utfall vilar på betydligt skakigare vetenskaplig grund än terapeutiska behandlingsåtgärder!

Det är vida känt att andelen patienter med förskrivna antidepressiva preparat är hög, och bättre tillgång till terapeutiska insatser skulle kunna balansera ut detta och i enighet med modellen för "stegvis vård" ge patienter enklare effektiva insatser på rätt nivå.

Utredningen konstaterar korrekt att det finns brister i Sveriges organisering av psykoterapiutbildningen, och därmed kompetensförsörjningen av terapeuter i svensk sjukvård. SPF instämmer i att en utredning över behovet att standardisera och kvalitetssäkra grundläggande psykoterapiutbildning bör lanseras (s.303).

Frågan om psykoterapeutiska behandlingsmetoder återkommer löpande som en röd tråd genom utredningen, och SPF beklagar att man inte på ett tydligare sätt markerar att terapi i form av KBT är en evidensbaserad förstahandsbehandling vid flertalet av de psykiatriska tillstånd som man möter i primärvården, och att adekvat tillgång till sådan kompetens i form av psykologer eller psykoterapeuter är avgörande för att förbättra arbetet med psykiatriska tillstånd på primärvårdsnivå. För övrigt kan man konstatera att efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar för diagnoserna autism och ADHD varit kontinuerligt växande senaste åren. Genom en förbättrad screeningprocess via primärvården med adekvat kompetens skulle man kunna minska köerna till specialistpsykiatri och deras utredningsenheter.

Det kommer förvisso en motivering till varför inte utredningen vill lagändra och stärka psykologers/psykoterapeuters roll i primärvården, som är förståelig (s.251) i form av "lagändringar som inskränker kommunala självstyret och tvingar huvudmannen att organisera sin primärvård efter en viss metod, kräver mycket stark motivering grundad på god evidens". SPF invänder ändå då god evidens föreligger för nya psykoterapimetoder som förstahandsval vid ångestsyndrom och depressionstillstånd av lindrig-måttlig karaktär.

### **Samverkan**

- SPF invänder mot att utredningens slutsats att ökad samverkan är ett mål i sig.

SPF noterar att "samverkan och samarbete" är ständigt återkommande begrepp i utredningen. Det vore nästan lika meningsfullt att skriva att "Alla ska göra sitt bästa och verkligen anstränga sig". "Allas ansvar är ingens ansvar".

Desto bättre vore om utredningen höll fokus på att tydligt definiera vilka utrednings- och behandlingsinsatser som just primärvården skall erbjuda. Samverksansstrukturer, alltså ansvarsområden i gränssytorna mellan flera organisationer, som är under konstant förändring och omorganisation, kräver ständiga resursinjektioner för att underhålla sköra samverkansstrukturer. Personkännedom, laganda, kompetens om respektive organisationers mandat och strukturer är färskvara i kontinuerligt behov av underhåll. Sjukvården är liksom de organisationer som man är ålagd att samverka med en organisation med stor omsättning av personal, och en stor del av arbetet sköts av personal under utbildning. Samverkansstrukturer prioriteras dessutom i realiteten generellt ned, när organisationer återkommande skall renodla sitt uppdrag och beslutar sig "fokusera på kärnuppdraget". Sammanfattningsvis är denna form av "satsning" ett blindspår i utredningen.

### **Psykiatrisk diagnostik och gränssnitt mot psykiatri**

- SPF invänder mot att utredningen ej vidare diskuterar vikten av förbättrad psykiatrisk diagnostik på primärvård.
- SPF hade önskat att utredningen ytterligare belyste gränssnitten mot specialistpsykiatri, både för utremittering men även för återremitterade patienter.

SPF:s åsikt är att man i för liten grad i utredningen diskuterar hur man skall förbättra den psykiatriska diagnostiken på primärvårdsnivå, och implementera evidensbaserade behandlingsmetoder (till rätt patient, i rätt tid). Detta är den avgörande pusselbiten för att få tillförlitligare diagnosregistrering och data, på ett strukturerat sätt kunna avgöra vilka insatser enligt "stepped care" som skall erbjudas patienten. Detta behövs såväl för att uppnå bästa patientnytta, samt för att utröna vilka patienter som redan tidigt bör remitteras till specialistpsykiatri, samt för att följa upp resultat och insatser.

Under punkten 2.7.1 (s.71) diskuteras psykiatrisk diagnostik och evidensbaserade behandlingar. Här beskrivs hur psykiatri i allt större utsträckning arbetar med specifika diagnoser och därefter strukturerat omhändertagande och behandling. Utredningen konstaterar också att flera "komplexa tillstånd" riskerar att få ett bristande omhändertagande i specialistvården givet dessa strukturer, och att dessa patienter i större utsträckning hänvisas till primärvården. SPF tolkar utifrån detta in en kritik mot rådande organisation av den psykiatriska vården, men skulle vilja passa på att problematisera denna bild. Genom att på ett mer strukturerat sätt arbeta med diagnostik, evidensbaserade behandlingsmetoder och utvärdering av insatser lär sig sjukvården utveckla sina behandlingsmetoder vid behandlingsbara tillstånd, vilket är en prioriterat, och sannolikt enda vägen framåt för att utveckla och utvärdera behandlingsmetoder, vilket kommer alla patienter med behandlingsbara tillstånd till gagn.

SPF noterar också att en ytterligare fråga som inte tas upp i utredningen, men som är klart relevant för primärvårdens uppdrag. Det är utremittering av kroniskt sjuka psykiatriska patienter till primärvård. Specialiserad psykiatrisk vård utvecklas på många enheter mot en insats-baserad vård där man gör interventioner, utvärderar och därefter remitterar ut patienter.

Vissa patienter med exempelvis personlighetssyndrom, ångestsyndrom eller neuropsykiatriska funktionshinder försöker psykiatriska vården återansluta på primärvårdsnivå, helt enkelt då ytterligare interventioner eller verktyg saknas, och därmed indikationen för kontakt med specialistpsykiatri. I vissa fall kan även terapiresistenta psykospatienter, t.ex. Vanföreställningssyndrom komma i fråga. Om denna utveckling fortsätter kommer även primärvården behöva kunna erbjuda insatser för mer komplicerad psykiatrisk problematik.

### **Modell: ”Rätt stöd till psykisk hälsa”**

- SPF har inga starka invändningar mot utredningens modell ”Rätt stöd till psykisk hälsa”.

Det är illustrativt och lätt att följa när man illustrerar sin modell ”Rätt stöd till psykisk hälsa” utifrån patientens väg. Det börjar med ”Psykisk ohälsa” (patientens perspektiv), vidare till ”Misstanke om psykiatriskt tillstånd” (vårdens perspektiv), via bedömning, stöd till egenvård eller om motiverat behandlingsinsatser. När kriterier för psykiatriska tillstånd ej uppfylls kan man erbjuda ”andra insatser” eller kontakt med utomstående aktörer så som företagshälsovård, studenthälsa, föreningsliv, socialtjänst.

Man konstaterar korrekt, liksom forskning visat att hälften av patienter med depressions- och ångestsyndrom ej diagnosticeras, och sannolikt ej får tillgång till effektiv behandling (s.260). Något som saknar källhänvisning, men som förtjänar att uppmärksammas är dock att det finns en annan problematik med patienter som allt för hastigt diagnosticeras, sätts in på psykofarmakologisk behandling (s.312), vilket sen aldrig utvärderas. Vissa patienter står kvar på behandling livslångt utan en adekvat utvärdering, med risk för biverkningar och komplikationer. Behovet av förbättrad uppföljning av farmakologisk psykiatrisk behandling på primärvård avhandlas inte tillräckligt i utredningen.

Ett annat bekymmer med primärvårdens arbete, vilket även gäller psykiatrins arbete med psykiatriska tillstånd är att patienten ofta söker i ett försämrat läge, då sjukskrivning kan vara aktuellt, och i samband med att sådan utfärdas brukar man även försöka med farmakologisk behandling, varför psykoterapi eller andra stödinsatser kommer i andra hand istället för första hand. Detta är olyckligt. En tydligare profil på primärvårdens arbete att patienten i första hand skall ha kontakt med psykosocialt team för bedömning, oavsett läkarkontakt eller inte (för ex sjukskrivning, läkemedelsbehandling) hade varit att föredra.

### **Övrigt:**

- SPF invänder mot att utredningen ej uppmärksammar eller tar hänsyn till den större reformen inom svensk läkarutbildning där AT-tjänstgöring med obligatorisk praktik inom psykiatri, och dess konsekvenser för primärvårdens arbete med psykiatriska tillstånd.

- SPF tvekar inför utredningens förslag om nya projektsatsningar ("utvecklingsarbeten") med utvärdering utifrån utredningens föreslagna modell för arbete med "psykisk ohälsa".
- SPF hade föredragit att utredningen föreslagit tydliga reformer av befintlig verksamhet, med bred implementering för att förbättra tillgången till evidensbaserade behandlingsmetoder av psykiatriska tillstånd på primärvårdsnivå.
- SPF instämmer i att det kan vara en fördel att förtydliga HSL (s 229) med att primärvården har ansvar för vanligt förekommande fysiska *och psykiska* vårdbehov.

SPF önskar för övrigt uppmärksamma utredningen på att den större reformen för läkarutbildningen som nu lanseras där man slopar obligatorisk tjänstgöring inom specialistpsykiatri för AT-läkare kan ge ytterligare sänkt kompetens inom det psykiatriska fältet för svenska läkarkåren, vilket kommer avspeglade sig i primärvårdens arbete, och riskerar motverka utredningens intention.

SPF applåderar utredningens klarsynta skildring av alla kortsiktiga projekt och "satsningar" som gjorts på att förbättra livsvillkoren för människor med psykisk ohälsa, vilka omöjliga kan utvärderas. Både grunddata och indikatorer saknas. Det är såklart kreativt, ifrågasättande och hypotesdrivande med projekt och eviga utvärderingar, men var är de breda satsningarna på verkliga behandlingar som implementeras brett över befolkningen?

SPF instämmer i att det kan vara en fördel att förtydliga HSL (s 229) med att primärvården har ansvar för vanligt förekommande fysiska *och psykiska* vårdbehov. Man konstaterar korrekt att vare sig diagnostik, registrering eller uppföljning är på en lägre nivå än övriga sjukdomstillstånd.

Utredningen konstaterar slutligen (s.317) att "Regeringen bör initiera två till tre utvecklingsarbeten som syftar till att utveckla modeller för hur primärvården inom ett geografiskt län [...] kan skapa metoder och strukturer för ett stegvis integrerat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Modellen bör inkludera gränssnittet till specialiserad psykiatri samt andra aktörer som det civila samhället... Utvecklingsarbetena bör pågå under tre år och ha strukturerad uppföljning som forskning av oberoende aktör knuten till sig från start".

Det är svårt att invända mot ytterligare försök att hitta en bättre struktur för psykiatriska tillstånd på primärvårdsnivå, men SPF beklagar att man inte väljer att fokusera på att på ett mer intensivt vis fokusera på skärpt diagnostik, och erbjudande av stödsatser eller evidensbaserade behandlingsmetoder. Att välja ytterligare projektsatsningar och utvecklingsprojekt kan inte vara rätt väg att gå.

## För Svenska Psykiatriska Föreningen

*Karl Lundblad*

specialistläkare psykiatri, adjungerad styrelseledamot SPF

# REMISSVAR GOD OCH NÄRA VÅRD – RÄTT STÖD TILL PSYKISK HÄLSA (SOU 2021:6)

Inom ARM:s (Arbets-och Miljömedicinsk) förening har ovanstående utredning genomgått.

Vi håller med att Primärvården ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov enligt utredningens **Författningsförslag--- Ändring i HSL** (föreslagen lydelse).

Styrelsen inom ARM tycker däremot att alldeles för lite uppmärksamhet har lagts på Företagshälsovårdens (FHV) viktiga roll i detta sammanhang. Med det argument att FHV ofta har ett gott och nära samarbete med arbetsgivarna. Tillsammans med patienten, företrädare för FHV, arbetsgivaren och även Försäkringskassan (FK) så strävar man tillsammans att hitta en lösning som fungerar i praktiken. Därav krävs det stor fokus på proaktiva insatser i tidigt skede, då det på sikt ger ett hållbart långsiktigt arbetsliv. Att börja i tid med sund livsstil och hälsosamma beteenden redan med barn och ungdomar är en stor del i arbetet för att senare i vuxen och arbetsför ålder förebygga psykisk ohälsa.

Enligt FK som också framgår ur utredningen, 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. Det finns tecken på att pandemin på olika sätt också påverkat den psykiska hälsan i befolkningen. Detta bl.a. då många under pandemin blivit av med sitt arbete, lever mer isolerat, rekommenderas att arbeta hemifrån om arbetet så tillåter, hålla social distansering etc. och detta i sig kan i slutändan leda till psykisk ohälsa för den enskilde.

Av den anledningen anser ARM det viktigt att tidig kontakt tas med FHV för patient med psykisk ohälsa och där FHV sen i sin tur får agera som hjälpande aktör samt vara en sammankopplande länk mellan patient, arbetsgivare och FK. Det är oerhört viktigt att så fort patienten söker för psykisk ohälsa och därmed riskerar eller blir sjukskriven att kontakten tas. Helst bör det ske långt före dag 90 i Försäkringskassans rehabiliteringskedja.

Fångar man upp patientens psykiska ohälsa i ett tidigt skede när hen söker, så minimeras patientens lidande och leder till snabbare tillfrisknande på individnivå.

Dessutom så innebär tidigt insatta insatser via bland annat FHV som ovan nämnts på samhällsnivå och för staten minskade sjukskrivningskostnader och därmed ökade skatteintäkter. På arbetsgivarnivå så innebär det minskade sjuklönekostnader, minskat produktionsbortfall etc.

Rehabkoordinatorer är en viktig del i arbetet med samordning mellan olika aktörer för att förebygga psykisk ohälsa på individ och samhällsnivå. Framkommer i utredningen att de inte har formell kompetens (regeringens beslut) eller behöver vara legitimerad personal. Ett angeläget skäl till att de ska ha formell kompetens är att de ska vara mycket väl insatta i fysiska och psykiska åkommor, samt vara väl förtrogna i försäkringsmedicin kring sjukskrivningsfrågor och snabbt kunna ta till arbetslivsinriktade åtgärder för snabb återgång i arbete när detta krävs.

Vad gäller finansiella medel så kan arbetsgivare via FK:s godkända anordnare få ekonomiskt bidrag för att anlita företagshälsovård för att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp arbetsplatsinriktade åtgärder s.k. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd.

Dock är det viktigt att ta i beaktandet att Försäkringskassans arbetsplatsinriktade stöd uppgår totalt till 150 miljoner kronor 2021. För år 2020 uppgick stödet totalt till 218 miljoner kr, alltså en minskning av stöd till arbetsgivarna på 68 miljoner i år (2021). Minskat stöd som ovan nämnts från Försäkringskassan undanröjer korta och långa arbetsplatsinriktade rehabiliteringsåtgärder som stödjer arbetsgivarna med hälsosamma beteenden hos individer och arbetsplatser.

Primärvårdens roll är bland annat att identifiera vårdbehov hos människor och hänvisa de till rätt vårdinstans vid behov. Samarbetet med FHV kan dock förbättras genom att ställa krav på samarbete mellan sjukvård (primärvården) och FHV. Idag fördröjs diagnostisering, vård och behandling pga bristande tillgänglighet i primärvården och generellt i sjukvården.

Då staten har förutsättningar att peka på huvudmännens ansvar och huvudmännen att uppmärksamma ansvaret på vårdgivarnivå i befolkningen så kan därmed också finansiella medel utgivna av staten påverkas hos olika hälso-och sjukvårdsaktörer.

Det är ett aktivt och kontinuerligt kvalitetsarbete som krävs för en hållbar och långsiktig lösning i arbetslivet. Att analysera och följa upp effekterna av insatta åtgärder och deras effekt på individ, arbetsgivare och på samhällsnivå.

**För ARM/**

Dr Marika Drijovska  
Specialist Arbetsmedicin och allmänmedicin

TRELLEBORG 2021-08-22

**Från:** [Åsa Magnusson](#)  
**Till:** [Susann Asplund](#)  
**Kopia:** [Cathrine Rönnbäck](#)  
**Ärende:** Rätt stöd till psykisk hälsa - Remissvar  
**Datum:** den 15 september 2021 13:17:40

---

Hej!

Ett par synpunkter från Svensk förening för beroendemedicin på remissen

**God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa, SOU 2021:6:**

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.

Ett sådant förtydligande kan givetvis vara av betydelse och stärka primärvårdens roll och ansvar, precis som man skriver i förslaget.

Utredningen påpekar:

*”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 arbetsituation”*

Hur kan detta hänga ihop? Är det förtydligandet i sig, eller tänker man sig att det skall leda till ökade resurser i primärvården? En farhåga blir då att denna ökade resurs sker på basis av den mer specialiserade vården, eller varifrån skall medel till dessa utökade resurser tas? Vi kan föreställa oss att de grupper som man antar skall hanteras inom primärvården i hög utsträckning är grupper som inte alls erbjuds vård nu, eller inte ens söker vård nu. Dvs en annan grupp är de som sköts inom specialiserad psykiatri och beroendevård. Att dessa personer erbjuds vård är värdefullt, men bör inte ske på bekostnad av att resurser tas från ännu sjukare personer.

2021-09-15

För Styrelsen för Svensk förening för beroendemedicin

Åsa Magnusson

**Åsa Magnusson** | MD PhD adj. adjunkt  
Institutionen för klinisk neurovetenskap | Karolinska Institutet

Rosenlunds Sjukhus Box 179 03 | 118 95 Stockholm  
Besöksadress: Tideliugatan 26, Katarinahuset, 1 tr, | 118 69 Stockholm  
08-123 45 819, 08- 123 45 840  
[asa.magnusson@ki.se](mailto:asa.magnusson@ki.se)

---

Karolinska Institutet – ett medicinskt universitet

När du skickar e-post till Karolinska Institutet (KI) innebär detta att KI kommer att behandla dina personuppgifter. [Här finns information om hur KI behandlar personuppgifter.](#)

Sending email to Karolinska Institutet (KI) will result in KI processing your personal data. [You can read more about KI's processing of personal data here.](#)



**Från:** [Susann Asplund](#)  
**Till:** [Susann Asplund](#)  
**Ärende:** VB: Tre remisser: Förslag till nationella postanalys-rekommendationer i klinisk kemi, Nationella vårdprogram/kunskapsstöd, God och Nära vård  
**Datum:** den 1 oktober 2021 09:56:02

---

**Från:** Emma Svensdotter <emma.svensdotter@gmail.com>

**Skickat:** den 5 maj 2021 08:18

**Till:** Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>

**Ämne, :** Re: Tre remisser: Förslag till nationella postanalys-rekommendationer i klinisk kemi; Nationella vårdprogram/kunskapsstöd God och Nära vård

Hej,

och tack för remisserna. Styrelsen för Svensk Neurokirurgisk Förening har inget ytterligare att tillägga.

MVH Emma