

2022-10-07

Till Region Stockholm  
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen  
Att. Projektledare Gabriella Norén  
Projektledare Psykiatri och samverkan



## Synpunkter och förslag till specialistpsykiatri i Region Stockholm

### Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) Stockholms län

Stockholms län är en samarbetsorganisation för patient-, brukar- och anhörigföreningar på psykiatri- och beroendeområdet. Vi arbetar med att utveckla erfarenhetsbaserade metoder inom vård och omsorg och för att förbättra inflytande och delaktighet på individ-, verksamhets- och systemnivå. Ett prioriterat mål för verksamheten är att medlemsföreningarna ska vara aktiva medskapare i det utvecklingsarbete som bedrivs i Stockholms län.

Idag har NSPH Stockholms län nio medlemsföreningar och vi bedriver därtill verksamhet där våra medarbetare kontinuerligt möter patienter och anhöriga som behöver vård och stöd från olika psykiatriska verksamheter i länet. Våra medarbetare arbetar som peer supportrar, hjärnkollsambassadörer, utbildare och ledare för studiecirkel eller stödgrupper. Anställda och förtroendevalda inom NSPH Stockholms län har alla erfarenhet av psykisk ohälsa – antingen egen erfarenhet eller som anhöriga. Flertalet av våra medlemsföreningar och anställda i våra verksamheter har medverkat med synpunkter i detta yttrande.

*Nationell samverkan för psykisk hälsa Stockholms län,  
Kjell Broström, ordförande  
Bodil Lundmark, kommunikatör*

**NSPH** har sitt ursprung i den nationella psykiatrisamordningens arbete 2003 till 2006. Där samlades de förbund som företräder patienter, brukare och anhöriga inom psykisk hälsa-området. Sedan 2017 är NSPH en ideell samarbetsorganisation och har idag ett nära samarbete med centrala aktörer som SKL, Socialstyrelsen, Vårdanalys, Folkhälsomyndigheten och SBU. Det finns även 19 regionala nätverk, som NSPH Stockholms län. Vi har även ett nära samarbete med Riksförbundet Hjärnkoll som har över 300 ambassadörer i hela landet.

*”NSPH vill bidra till den psykiatriska vårdens utveckling genom att stödja patienter, brukare och anhöriga och främja deras inflytande på alla nivåer i samhället.”*

## Sammanfattande reflektioner i tio punkter

NSPH Stockholms län önskar få till stånd **en samlad översyn av strukturerna för inflytande och samarbete** mellan Region Stockholm och den regionala brukarrörelsen. Målsättningen är att bygga upp en brukarinflytandestruktur som är demokratiskt förankrad, representativ, hållbar över tid - och kvalitetssäkrad. Först då kan patienter och anhöriga bli aktiva medskapare i utvecklingen av vården.

Ett problem är **underfinansieringen av brukarrörelsen**. Föreningarna inom området psykisk hälsa i Stockholms län saknar en långsiktig och hållbar finansiering.

Återkommande och övergripande teman i de insamlade synpunkterna handlar om:

1. **Respektfullt bemötande** är grunden för god vård och omsorg. I vårt yttrande finns flera exempel på brister. Det är viktigt att all vårdpersonal blir medvetna om att en maktobalans inte sällan råder mellan vården och patienten. Psykiatrin kan vara en del i samhällets stigmatisering av personer med psykisk ohälsa vilket ofta leder till att patienten också stigmatiserar sig själv.
2. Bra vård och omsorg kräver **välutbildad personal**. Här finns stora brister på många områden. Synpunkterna som framförs av föreningen SANE på vården av autoimmuna tillstånd borde vara en väckarklocka för regionen.
3. Framgångsrik vård och omsorg förutsätter **inflytande och delaktighet på alla nivåer** – individ, verksamhets- och systemnivå. Det räcker inte med att man får "tycka till" om färdiga förslag. Brukar-rörelsen måste finnas med i hela processen – planering, implementering/genomförande och utvärdering.
4. **Ta tillvara brukarnas och anhörigas kunskap och erfarenhet** genom att börja använda metoder, förhållningsätt och verktyg som vuxit fram inom brukarrörelsen och som finns samlade i "[Handbok i brukarinflytande](#)" som ges ut av Riksförbundet NSPH. Några exempel på metoder som inte implementerats inom psykiatrin i Stockholms län eller används ytterst sparsamt är: Peer support, Brukarrevision samt Återhämtningsguider och Studiecirklar som exempelvis "Din egen hälsa" som tar ett helhetsgrepp på hälsofrågorna och skulle kunna vara civilsamhällets komplement till psykiatriska insatser.
5. All framgångsrik verksamhet bygger på ständigt **förbättringsarbete**. Om detta förbättringsarbete på ett naturligt sätt **involverade brukare och anhöriga** tror vi att mycket skulle kunna vinnas. Inom brukar- och anhörigrörelsen känner vi inte sällan att den psykiatriska vården i Region Stockholm har höga ambitioner men gärna vill finna lösningarna själva. Mycket skulle vara vunnet om detta kunde ändras. Ett förslag till framtida tumregel: Varje psykiatrisk enhet inom region Stockholm ska alltid kunna namnge två personer utsedda av brukarrörelsen (brukare eller anhörig) som de kontinuerligt kan kontakta och konsultera kring ett problem eller ett förslag till förändring på sin enhet. Givetvis ska de också ha ett arvode när deras tjänster används.
6. **Helhetssyn**, tillgänglighet och kontinuitet är nödvändigt för vård och stöd. Patienter, brukare och anhöriga i flera av våra föreningar lever verkligen mellan vården och omsorgens stuprör.

Regionen måste bli medveten om att det är sällan som patienter bara har en diagnos. Det vanliga är att man behöver insatser från flera håll samtidigt. Mest påtagligt är detta i vården av personer med beroende och psykisk ohälsa där det alltså pågår något som kan liknas vid ett svartepetterspel som leder till att många inte får någon vård alls. Ett annat exempel är när vårdgivare inte vill erbjuda behandling på grund av samtidig ADHD och depression/ångest med hänvisning till forskning.

7. **Strategier för återhämtning**, utveckling och egenmakt ska stå i centrum för insatserna. Ofta återkommer berättelser om att man fått läkemedelsbehandling men inte så mycket annat. Fler och fler får också psykologisk behandling under en kortare tid men uppföljning och långsiktigt stöd tycks fungera dåligt. Här kan civilsamhället göra en viktig insats.
8. Svåra situationer kan i regel undvikas med **rätt kunskap och förhållningssätt**. Ett aktivt arbete för att undvika tvångsvård och tvångsåtgärder efterlyses. Att arbeta och fortbilda mer i team och undvika hierarkiska personalstrukturer är också ett förslag.
9. Barn, ungdomar och **unga vuxna är en särskilt utsatt grupp**. För att undvika svårare tillstånd i vuxen ålder måste vården fungera tidigt. Inom NSPH Stockholms län är vi överens om att särskilda insatser behövs för denna grupp och att det är särskilt svårt att som ung befinna sig i en situation där man själv - eller med stöd av sin familj - ska försöka samordna samhällets olika insatser. Verktyg/metoder som SIP verkar - trots att det lagstiftats om den - fungera dåligt i regionen.
10. NSPH Stockholms län arbetar med att utveckla en ny form av **mobil peer-support** som skulle kunna vara vägvisare och ge stöd till unga vuxna som fastnat i en tröstlös limbo mellan vård, omsorg, skola och familj. Vi vill gärna diskutera en sådan satsning med Region Stockholm. Ett utkast till ansökan till Allmänna arvsfondens särskilda utlysning "Psykobryt" har förberetts.

## Synpunkter och yttrandets disposition

Vi har delat upp våra synpunkter enligt följande områden **Tvångssyndrom, Neuropsykiatri, Fysisk ohälsa med psykiatriska symptom, Psykossjukdom, Ångestsjukdom och Suicid, Beroende** samt **Bemötande** och **Nya modeller för vårdavdelningar**. Alla **konkreta förslag** ligger i ett sista avsnitt.

I alla de olika delarna finns konkreta synpunkter och förslag på förbättringar, sammanfattningsvis kretsar mycket kring nedanstående punkter:

- Personcentrerad vård; hur kan patienten bli frisk/få bättre hälsa?
- Rehabilitering; inläggning och allvarlig psykisk ohälsa måste följas upp med rehabilitering, det behövs en modell för hur patienter från slutenvård och akut psykiatrisk vård överförs till specialistvård och/eller rehabilitering
- Flera behandlingsmodeller; ej enbart medicinsk behandling eller KBT
- Samsjuklighet; får inte vara ett hinder för behandling
- Dubbla diagnoser; fungerande behandlingsmodeller för dem med fler diagnoser
- Beroende; psykiska och neuropsykiatriska tillstånd behöver behandlas först, beroende får aldrig vara ett hinder för behandling
- Fysisk hälsa; är viktigt - det behövs kunskap och behandling av kunnig personal som exempelvis fysioterapeut och dietist
- Bemötande; är avgörande - rätt person på rätt plats
- Kontakt; tillgänglighet är viktigt, anpassa hur patienten kan ta kontakt utefter diagnos och livssituation - klarar patienten telefonkontakt? finns internet hemma? Kontaktas rätt person (förälder/vuxet barn)?
- Kunskap om diagnoser; är oerhört viktigt och personal behöver få relevant utbildning och kompetensutveckling
- Avancerad Psykiatrisk Sjukvård i Hemmet (APSIH); behöver utvecklas - fungerar stöd hemma bättre?
- PEER support; behöver skalas upp - vården behöver många fler eggenerfarna som komplement

### Dessa frågor är besvarade:

- *Finns det något område inom den psykiatriska specialistvården som ni, i egenskap av brukare eller anhöriga, upplevt att ni inte får likvärdig vård som övriga vuxna befolkning i Stockholms län, i så fall vilket? Utveckla gärna.*
- *Upplever ni, i egenskap av brukare eller anhöriga, några särskilda behov när det gäller den psykiatriska vården som inte tillgodoses av Region Stockholm idag, i så fall vilka? Utveckla gärna.*
- *Har ni förslag på hur den psykiatriska specialistvården bör vara organiserad för att möta dessa eventuella behov?*

## NSPH Stockholm -

### Förslag till förbättrad specialistpsykiatri för vuxna i korthet:

#### Tvångssyndrom

- Vi föreslår att man inrättar **lättakuter för psykiska besvär av mer akut karaktär där man kan få stöd även om man inte är suicidal**. Detta för att undvika utdraget psykiskt lidande och risk för inläggning.
- Vi föreslår att man inrättar/utökar möjlighet till **ambulerande psykiatri** alternativt mellanvård där behandlare kan komma till hemmet i stället för att patienten kommer till mottagningen, för de fall där patienten på grund av sina OCD-besvär inte kan ta sig till mottagningen.
- Vi föreslår fler **platser för dagvård för patienter med psykiska besvär** (så vitt vi känner till finns det idag inom ätstörningsvården och beroendevården men inte för övriga patientkategorier), exempelvis för de som skrivits ut från heldygnsvård. Dagvården bör ha ett rehabiliterande arbetssätt och inte enbart fokusera på den specifika diagnosen utan också andra hälsofrämjande områden såsom sömn, mat och motion, samt stöd att ansöka om hjälp från andra samhällsinstanser såsom försäkringskassa, boendestöd m.m.
- **Stöd direkt**. För att överbrygga tiden i väntan på vård finns även goda exempel på att med specialistsjuksköterskor med KBT-inriktning som första kontakt i telefon eller i chatt ger råd utifrån en första "diagnos". När det gäller OCD är det relativt lätt att göra en sådan första bedömning och ge råd som kan bidra till minskat lidande. OCD, liksom många andra tillstånd, blir lättare att leva med om man får kunskap. Förslaget är att ha kunnig personal som svarar i telefon och som kan ge psykopedagogisk hjälp från det första samtalet på telefon/chat till det första fysiska besöket.
- Vi föreslår att vården i allmänhet blir mer **personcentrerad** och anpassad från patientens behov. Standardbehandling bör erbjudas i första hand, men om den inte leder till någon förbättring måste mer personanpassade lösningar kunna erbjudas.

#### Psykosvård

- **Utbildade PEER-supportrar**
- Patientkurser i **empowerment**
- **Mindfulnessvård** - kan med fördel organiseras så att det läggs på funktioner knutna till öppenvården. Förmodligen behövs även empowermentutbildning av case managers, i samband med det.
- **Personcentrerad vård** - en central funktion i psykiatrin bör få i uppgift att säkerställa en god samsyn kring personcentrerad vård, visavi företagshälsovården.

## Neuropsykiatri

- Det skulle behövas en fast **vårdkontakt**.
- Anställ **dietister** direkt inom regionspsykiatri med krav på kompetens inom ätstörningar och Neuropsykiatri
- **Öka kompetensen** runt neuropsykiatriska avvikelser/funktionsnedsättningar bland personal inom hela psykiatri.

## Fysisk ohälsa med psykiatriska symptom

- Uteslut **autoimmuna tillstånd (AE)** vid diagnostiserade av psykiatriska diagnoser likande PANS/AE. **Det är ett mycket allvarligt tillstånd och patienten behöver rätt vård.**
- **Öka kunskapen inom hela psykiatri om PANS/AE**
- **Öka antalet fysioterapeuter** inom psykiatri, många patienter inom psykiatri blir sämre på grund av fysiska besvär.

## Ångestsjukdomar och suicid

- Erbjud **psykodynamisk terapi**. Ett argument som ofta kommer upp är att KBT är mer evidensbaserad. Men då bortser man från den stora mängd beprövad erfarenhet som finns av PDT. Det finns fler vetenskapliga studier av KBT eftersom det är lättare att mäta i kortare studier, men vi kan inte bara titta på psykiatri ur den vinkeln. Om man menar allvar med att erbjuda individanpassad vård måste det också finnas olika terapiformer för olika problem, människor och behov.
- Mer resurser till **Mobila Team**. Platser i heldygnspsykiatri behöver förmodligen alltid finnas, inte minst för människor med psykos/mani och i akut suicidrisk, men för många patientgrupper tror jag att man bör titta på Östergötlands modell med Avancerad Psykiatrisk Sjukvård i Hemmet, genom mobila akutteam. Om jag minns siffrorna rätt har de i området Mjölby/Motala i ett upptagningsområde med 200.000(?) personer bara 13 vårdplatser, något som enligt regionen där är fullt tillräckligt.
- Satsa på **Avancerad Psykiatrisk Sjukvård i Hemmet (ASIH)**. Ett problem jag upplevde när jag jobbade i heldygnspsykiatri var hur patienter utan mani/psykos tappade all säkerhet och många strategier de hade i sitt hem och blev sittande sysslösa på avdelningarna. Jag såg också flera ur den här gruppen med långa vårdtider som senare hade svårt att släppa tryggheten de upplevde på avdelningen. Jag tror att en satsning på psykiatrisk ASIH skulle kunna frigöra mycket resurser till direkt vårdande insatser och minska behovet av heldygnsvård avsevärt.

## Beroende

- Öka **kunskapsnivån** inom psykiatrin när det gäller samsjuklighet och beroende NU.
- PEER-support
- **Rätt medicinering oavsett bakgrund.** Du borde ha rätt till ADHD medicin om du har ADHD eller ADD. Fungerande medicinering om du är bipolär till exempel. Helt beroende på vilken eller vilka diagnoser som patienten lider av. Har du svårt att sova och ligger vaken större delen av natten borde du ha rätt till sömnmedicin. Lider du av så svår ångest att din livskvalitet blir starkt försämrad så kanske du behöver bensodiazepiner att ta vid behov. Eller annan medicin. Den behöver inte alltid vara narkotikaklassad.
- Obligatorisk **PTSD-screening** vid inskrivning på psykiatrin. Om PTSD påvisas så bör patienten åtminstone erbjudas vård för detta.
- **Ta bort obligatoriska drogtester.** Det är så stigmatiserande och förnedrande att som före detta användare av substanser regelbundet tvingas lämna drog och alkoholtester för att få sin ADHD medicin exempelvis.
- **Traumabehandlingar** inom psykiatrin för utsatta målgrupper. De behöver bli flera. En behandling kanske inte passar alla med trauma. Det finns idag flertalet evidensbaserade behandlingar mot trauma men de används oftast inte inom psykiatrin.
- **Hembesök** av läkare, terapeuter, stödpersoner om behov finns. När man är som sjukast tar man sig ibland inte ens utanför dörren. Då skulle vården behöva komma hem till dig under en period. Bry sig extra mycket och göra allt för att hjälpa dig.
- **Ta suicid-försök på stort allvar** vilket jag anser inte görs idag.
- En gemensam **tvångsvårdslagstiftning.**
- **En huvudman** som ansvarar för patienten vid en beroendesjukdom. Det vill säga att det bör bli sjukvårdens ansvar.
- Det behövs **mer ekonomiska resurser** till psykiatrin. **Mer personal och ökad kompetens** behövs.
- **Alltid obligatorisk uppföljning och planering efter inläggning på psykiatrisk avdelning.** Oftast skrivs patienten ut till samma ovärdiga tillvaro som förut. Även personer som är bostadslösa skrivs ut. Ut på gatan igen utan att någon inom vården reagerar på detta.
- Självbestämmande, patientinflytande, mer **personcentrerad vård.** Patienten borde vara den som har möjlighet att bestämma över sin egen behandling med stöd av professionell vårdpersonal.
- **Lågaffektivt bemötande.** Inte hålla fast och säga saker som triggar en redan upprörd patient. I dessa fall fråga vad du som personal kan göra för denna person. Ibland kan det räcka med

att du bara sitter bredvid och visar att du finns där. Visst jag vet att ibland kanske det inte ens går att kommunicera med patienten exempelvis vid en svår psykos eller starkt utåtagerande beteende. Men som personal bör du trots allt försöka agera lugnt och visa att du vill patienten väl.

- **Minska på tvångsvårdåtgärder** och istället försöka bygga upp ett förtroende och kunna föra en dialog samt samarbeta med patienten. **Ingen borde få behöva uppleva att bli bältad.** De skapar i många fall trauman för livet.
- **Bättre bemötande** när du är inlagd på en psykiatrisk vårdavdelning. Är du ledsen och behöver tröst så ska du som patient få det. Behöver du prata så ska det finnas tillräckligt med personal så att du får möjlighet att prata med någon. Det gör det oftast inte idag enligt mina erfarenheter. Alla har **olika behov oavsett diagnos**. Psykiatrin behöver bli bättre på att ha förståelse för detta.
- Det behövs en bättre förståelse samt **bemötande av personer som lider av samsjuklighet**.
- Alltid **individ Anpassad vård. Se hela människan**. Inte bara symptomen och diagnoserna.
- Att som patient bli lyssnad på och **tagen på allvar**.
- **Mindre stigmatiserande och negativa attityder** för människor drabbade av psykisk sjukdom. Bort med stigmatisering för personer som använt eller använder substanser.

## Bemötande

- Lyssna på brukaren, **tvunga inte på behandling som kan vara skadlig** utan ta fram en behandlingsform som fungerar för brukaren/patienten.
- **Mera samtal och terapi**. Mindre mediciner som ökar biverkningar.
- **Mer tid** till varje besökstid
- Se till att **koppla ihop patient med relevanta brukarföreningar**
- Möjliggör aktivitet och arbete genom **samverkan med myndigheter**, kommun och arbetsförmedling även om viss sjukdomsgrad finns. Stöd tidigt och samverkan minskar utanförskap.
- **Samverka och samarbeta med andra!** Skapa en samlingsplats där olika aktörer befinner sig och samverkar. För patienten innebär det enbart att gå till den platsen, uppge sin situation och vad man behöver hjälp med och få snabb och tillgänglig hjälp och stöd.
- **Förstatliga öppen och slutenvården** igen utan att låsa in på institutioner.
- **Ge stöd till fysisk aktivitet**



## Inspirerande modeller för vårdavdelningar:

### Synpunkter från PEER-support:

Tillämpa **Ytterömodellen** på alla avdelningar och mottagningar: Baserat på min erfarenhet som patient i öppenvården/boendestöd och min professionella erfarenhet som skötare i slutenvården och nu inom socialtjänsten tror jag att hierarkin mellan olika yrkesgrupper inte är bra för verksamheten. Som personalen på Ytterö säger har olika yrkesgrupper olika uppgifter, men att allas jobb är lika viktiga. Jag upplever att ny personal blir osäkra av hierarkitänkandet och inte vågar ta beslut eller rekommendera något alls eftersom de är rädda att trampa läkarna på tårna, även i frågor som inte rör medicinering och övrigt som bara läkare kan fatta beslut om.

*”Psykiatri Södra Stockholm strävar efter att bli ett ledande föredöme inom svensk psykiatri. På **Psykiatrisk avdelning Ytterö** bedrivs heldygnsvård med inriktning huvudsakligen mot psykos. Här arbetar ett engagerat team där personcentrerad heldygnsvård för patienter med psykiatrisk problematik sätts i centrum. På avdelningen arbetar skötare, sjuksköterskor, kurator, arbetsterapeut, medicinsk sekreterare och läkare tillsammans.”*

<https://regionstockholm.varbi.com/se/what:job/jobID:544066/type:job/where:4/apply:1>

### Synpunkter från Brukarföreningen:

Det borde finnas fler avdelningar så som **avdelning 8**. Det är en relativt nyöppnad avdelning på St:Görans sjukhus enbart för kvinnor som har samsjuklighet. För svårt sjuka kvinnor som i samband med att ha tagit någon drog eller druckit för mycket hamnat i psykosliknande tillstånd. Personalen där har en annan attityd mot kvinnor som är påverkade. Avdelning 8 är en så kallad akut vårdavdelning. När man är inskriven där behöver man inte vara rädd för att träffa män vilket känns som en trygghet för många traumatiserade kvinnor. Det är fina lokaler och patienten har egna rum.

**Samsjuklighetsmottagningar** inom öppenvården borde utökas. I Stockholms län finns Ewa-mottagningen som behandlar kvinnor med PTSD och samtidigt självmedicinerar med alkohol. Har hört mycket gott om den mottagningen. Det borde finnas flera såna mottagningar.

***Avdelning 8, St Göran** ger bättre förutsättningar för en tryggare, säkrare och effektivare vård- och arbetsmiljö. Här finns dessutom möjligheter att dela av avdelningen och därigenom förbättra omhändertagandet av kvinnor och särskilt utsatta patienter. Allt fler omhändertagna enligt LOB ska föras till vården istället för till Polisens arrestlokaler. Utökningen av antalet vårdplatser görs därför också för att kunna erbjuda ett så bra omhändertagande som möjligt för dessa personer.*

<https://www.beroendecentrum.se/aktuellt/nya-varldplatser-inom-beroendevarden/>

***EWA-mottagningen** är specialiserad på kvinnor som har problem med alkohol. Mottagningen har ett speciellt fokus på kvinnor som har barn under 18 år. Men även de som upplevt trauma och har (eller misstänker att de har) posttraumatiskt stressyndrom i kombination med alkoholproblem är välkommen.*

<https://www.beroendecentrum.se/varld-hos-oss/sarskilt-for-kvinnor/>