

Tänk

nytt

kring

psykiatrin

EN RAPPORT

MED

FÖRSLAG SOM

KAN BIDRA

TILL EN BÄTTRE

ORGANISATION

FÖR PSYKIATRIN

I SVERIGE



2016-03-31

Tänk nytt kring psykiatrin

Innehåll

SAMMANFATTNING	3	
INLEDNING	5	
Uppdraget	5	
Bakgrund	5	
Syfte	6	
Frågeställning intervju	6	
Frågeställning enkät	7	
Termer	7	
Referensperson	7	
METOD	8	
Deltagarna intervju	8	
Deltagarna enkät	8	
Urvalsprocedur enkät	9	
Etiska aspekter	10	
Dataanalys	10	
RESULTAT ENKÄTUNDERSÖKNING	11	
SAMMANFATTNING ENKÄT OCH INTERVJUER	12	
Samarbete	12	
Kompetenser	15	
Ansvarsområden	19	
Enkät- och Intervjupersoners förändringsförslag	22	
FÖRSLAG PÅ MODELL	30	
Modellen	34	
BILAGA 1 – RESULTAT KODER ENKÄTUNDERSÖKNING	42	
Samarbete	42	
Kompetenser	47	
Ansvarsområden	52	
Förbättringsförslag	57	
BILAGA 2 – ENKÄT	59	

SAMMANFATTNING

Målet med psykiatriprojektet, ”Tänk nytt kring psykiatri”, som presenteras i denna rapport är att ta fram förslag som kan bidra till en bättre organisation för psykiatri i Sverige. En utgångspunkt är att ökad tydlighet vad gäller olika yrkesgruppers roller kan bidra till förbättringar i samverkan kring patienten.

Med anledning av detta har vi genomfört en kartläggning av likheter och skillnader i kompetenser och ansvarsområden för psykiatriker och psykologer inom allmänpsykiatri i Sverige. Vi har också undersökt vad som kännetecknar bra respektive mindre bra samarbete mellan dessa yrkesgrupper.

Vi har använt oss både av djupintervjuer och enkät. Majoriteten av intervjuerna genomfördes med chefer och specialister i vuxenpsykiatri vid kliniker med utvecklade samarbeten mellan läkare och psykologer. Enkäten syftade till att bredda nulägesbilden av den landstingsdrivna allmänpsykiatriska vuxenöppenvården i Sverige. Sammanlagt 19 specialistläkare i allmänpsykiatri och 40 legitimerade psykologer svarade på enkäten. Samtliga regioner och landsting finns representerade i enkätsvaren.

Resultatet pekar på att välfungerande samarbeten mellan psykiatriker och psykologer kännetecknas av respekt och förståelse för den andres kompetens, avsaknad av ensidighet, ödmjukhet inför att den egna professionen utgör en del i en helhet, att klinikerna har en närmare personlig kännedom om varandra inom teamet samt att professionerna har patienten i fokus för sitt arbete. Samarbetet mellan psykiatriker och psykologer tycks fungera sämre när medicinska och psykologiska behandlingar inte ses som delar i en och samma behandling, när roller och ansvarsområden för olika professioner är otydligt formulerade och när ansvarsförhållandena är skevt fördelade. Läkarbrist och hyrläkarsystem beskrivs också försämra möjligheter till samarbete.

Det finns flera områden som beskrivs som gemensamma kompetenser för psykiatriker och psykologer: diagnostik, differentialdiagnostik, problemformulering, behandlingsplanering samt konsultation till andra yrkeskategorier. Vad gäller psykiatrikers specifika kompetens lyfts bland annat bedömning av somatisk differentialdiagnostik och att bedöma komorbiditet, farmakologisk och annan biologisk behandling, akuta och tidiga bedömningar, kombination av kompetenser (genetik, medicin, socialpsykiatri, juridik), samt bred överblick och bred klinisk erfarenhet. Som psykologers specifika kompetens lyfts neuropsykologisk och personlighetsdiagnostik, fördjupad processinriktad diagnostik, psykologisk behandling och psykoterapi, kombination av kompetensområden (utvecklingspsykologi, grupp-, organisationspsykologi med flera psykologiska fält), handledning, forsknings- och utvärderingsmetodik.

Förbättringsområden som beskrivs av flera deltagare i undersökningarna är att öka resurserna, minska tiden för administration och förtydliga roller och ansvarsområden för professionerna. Ytterligare förbättringsområden som lyfts är behov av tydligare riktlinjer för samarbete utifrån yrkesspecificerade roller, mer likvärdigt och delat övergripande ansvar professionerna emellan, större samsyn kring patientcentrerad inriktning på vården och ett mer utvecklat samspel mellan medicinsk och psykologisk behandling. Förbättringsförslag från psykologer (men även från några psykiatriker och verksamhetschefer) var att införa psykologisk ledningsansvarsfunktion som ett likvärdigt komplement till medicinskt ledningsansvar och införa statligt sanktionerade specialistutbildningar för psykologer med inriktning på psykologiskt ledningsansvar i sjukvården.

Mot bakgrund av detta har ett förslag på organisationsmodell tagits fram. Syftet är att inspirera till nytänkande kring psykiatriens strukturer och ta tillvara på professionernas synpunkter på detta. I denna modell sätts patienten i centrum och ses som expert på sitt eget liv. Genom att en vårdpersonal får rollen som samordnare för patienten säkerställs att vården organiseras efter patienten istället för tvärtom. I detta ligger även att vården är öppen och transparent vad gäller bedömningar och planering,

och att patienten har en uttalad delaktighet i beslutsfattande. Patientsamordning ska också bidra med kontinuitet och samordning när flera enheter eller myndigheter är inkopplade.

Det tvärprofessionella teamet bör utgöra grunden för vårdarbetet kring patienten. Även teamet behöver en teamsamordnarfunktion för att underlätta teamsammanhållning och samarbete både inom teamet och inom enheten. Psykiatriker och psykologer har det gemensamma ansvaret att arbeta med diagnostik och utredning kopplat till behandling, utifrån sina respektive kunskapsområden. I teamen och/eller på enheten som helhet skall både specialistläkare och specialistpsykologer finnas med ansvar för medicinsk respektive psykologisk ledningsfunktion. Detta övergripande ansvar kan bland annat innebära att fatta beslut i de fall konsensus inte nås i teamet eller med patient, samt att ytterst ansvara för rapportering till verksamhetschef när något går fel i vården.

Specialistläkare och specialistpsykologer bör även ansvara för att delta i utveckling av vårdprocesser, implementering och patientsäkerhetsarbeten inom sina respektive kunskapsfält, liksom intern konsultation och handledning till ickespecialister i teamen som arbetar med medicinska respektive psykologiska utrednings och behandlingsmetoder. I specialistpsykologens fall kan det bland annat innebära att handleda och ge konsultation till legitimerade psykoterapeuter och psykologer som bedriver psykologisk behandling, samt till icke legitimerad personal som arbetar med psykosociala och pedagogiska insatser.

I denna modell behöver verksamhetschefen utarbeta rutiner för hur det övergripande ansvaret, vid ett givet ögonblick i vårdprocessen, faller på specialistläkare eller specialistpsykolog för en viss patient. Att det finns personal som har ett övergripande ansvar för en viss patients vård står inte i motsättning till en patientcentrerad vård – att tydliggöra ansvar ökar patientsäkerheten. Ledningsansvaret ska inte användas för att fatta beslut rörande andra professioners specifika ansvarsområden i teamet som inte gäller medicin och psykologi, och inte heller rörande det ansvar som varje hälso/sjukvårdspersonal har utifrån Patientsäkerhetslagen.

INLEDNING

Uppdraget

Sveriges Psykologförbunds styrelse fattade i december 2014 beslut om att initiera ett psykiatriprojekt. I syftet med projektet beskrevs att ”*Psykologernas och psykiatrikernas ansvarsområden är delvis tangerande när det gäller diagnostik, behandling och handledning. Utifrån det så behövs en beskrivning av de respektive kompetenserna och förslag på principer för teamwork där våra yrkesroller gynnas av samverkan*”, och ”*Visa en organisationsmodell där tydliga roller och en tydlig organisation starkt bidrar till förbättrat omhändertagande och förbättrad behandling av patienter inom psykiatri.*”

Bakgrund

Företrädare för den psykiatriska vården beskriver ofta att det saknas tydlighet i hur ansvarsområden kopplas till yrkeskompetenser. Detta gäller inte bara psykologer och psykiatriker. Denna otydlighet kan i sin tur ha ett samband med en vanligt beskriven dubbelhet: å ena sidan ett revirtänkande eller hävdande av rätt (”*vår profession bör också ta detta ansvar*”), å andra sidan ett avkall på ansvar (”*det där ansvarar inte vi för, det gör den andra professionen*”). Eftersom sådan praxis varierar lokalt, så innebär det en ojämlikhet i den psykiatriska vården, ett slags nationellt godtycke. Exempelvis har man på en del håll i Sverige en viss praxis gällande frågor om suicidriskbedömning (vem ansvarar), diagnostik (vem får ställa) och så vidare, på andra håll en helt annan.

Vad gäller frågan om vad som förutsätter bra samarbete mellan olika yrkesgrupper i psykiatri pekar somliga på vikten av att tala samma språk och att det inte finns någon skillnad vad gäller arbetsuppgifter och ansvarsområden. Sådan övergripande likhet och utjämning av roller anses i det synsättet som en förutsättning för gott samarbete. Den motsatta tankegången – att samarbete har bättre förutsättningar när rollerna är tydliga, yrkesspecifika och differentierade – är påpekad av andra och signaleras av företrädare för många yrkesgrupper. Att professioner inom välfärdssektorn både har likheter och olikheter ter sig som en viktig utgångspunkt i arbetet att förtydliga roller och ansvarsområden utifrån kompetens:

”Att olika professioner ”betraktar samma sak men inte ser samma sak” nämns ibland som en komplikation i ett samarbete, men det är ju det som är själva poängen och det som skapar ett mervärde. Utan olikhet tillförs inget nytt och den yrkesgrupp som förlorar sin särart löper risk att bli överflödig. Samtidigt är en viss likhet en förutsättning för att kommunikationen och samarbetet ska fungera (...) Men blir likheten för stor förloras den förståelse som kan växa fram när olikheter bryts mot varandra.”¹

I politiskt ledda diskussioner som pågår just nu mellan företrädare för professioner, verksamheter, föreningar och organisationer gällande hur framtidens hälso- och sjukvård ska utvecklas, så är ett ständigt återkommande tema: *vi måste bli bättre på att samverka*. Trots riktlinjer gällande samarbete i multiprofessionella team och att förbättrad samverkan mellan kommuner, sjukvård och andra myndigheter är ett prioriterat område för regeringen, så görs det alltså ännu inte på ett godtagbart sätt om man ser till landet som helhet². Motsvarande variation och därmed ojämlikhet i landet finns alltså även här. På vissa håll finns en väl utarbetad grund för hur samverkan och samarbete mellan professioner och funktioner sker inom en enhet och med andra myndigheter. På andra håll sker knappt sådan samverkan alls.

1 Thylefors, I. (2013). *Babels torn. Om tvärprofessionellt teamsamarbete*. Stockholm: Natur & Kultur, s. 29.

2 I Socialstyrelsen (2011). *Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Kommunernas användning av stimulansbidragen 2007–2010*, beskrivs att det i flera utredningar framkommit svårigheter i samarbete mellan psykiatri, socialtjänst och beroendevård. Vissa förbättringar har i enkätundersökningar setts: mellan 2008 och 2010 ser man en ökning av antalet samverkansavtal mellan kommuner och andra organisationer gällande övergripande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning både för storstadsregioner och mellanstora och små kommuner. Men ”Sammantaget uppger många kommuner att de har flera samverkansavtal av olika slag med landstinget. Samtidigt framgår det av uppföljningsenkäten att det i praktiken kvarstår åtskilliga samverkansproblem.” (s 20).

Kvalité och inriktning på den vård som ges patienterna i Sverige måste vara jämlikt och likartat strukturerat i hela Sverige. Samspelet mellan kompetens kopplat till ansvarsfördelning av arbetsuppgifter och samarbete är således fokus för denna del av Psykologförbundets psykiatriprojekt.

För att kunna beskriva *skillnader* i kompetens och ansvarsområden, behöver man som nämnts beskriva *likheter* mellan yrkesgrupperna. Genom att förtydliga likheter i kompetens och ansvarsområde blir det också lättare att se vilka skillnaderna är, och sedan i nästa steg påbörja arbetet att utarbeta riktlinjer kring: vilka skall riktlinjerna för fördelning av ansvarsområden utifrån kompetens vara, och hur skall dessa funktioner samverka?

För att göra arbetet överblickbart har Psykologförbundet i detta skede av psykiatriprojektet valt att fokusera på läkar- och psykologyrkena. Detta beror delvis på att det redan finns pågående diskussioner om psykiatris framtid mellan Svenska Psykiatriska Föreningen och Sveriges Psykologförbund. Förhoppningen är att rapporten till detta projekt skall utgöra ett första steg i en vidare kartläggning tillsammans med andra professioner.

Syfte

Det övergripande syftet med projektet, ”Tänk nytt kring psykiatri”, är att beskriva vad psykiatriker och psykologer bör ha för funktioner och ansvarsområden i psykiatri mot bakgrund av deras kompetens, och därtill hur samarbetet mellan dessa funktioner och yrkesgrupper bör se ut. Fokus är den allmänpsykiatriska vuxenöppenvården, ett verksamhetsfält där rolltydlighet och samverkan varierar.

Frågeställning intervju

På vuxenpsykiatriska kliniker i landet där det finns organisationer och/eller personer som är ansett välfungerande gällande samarbete och rollfördelning mellan psykiatriker och psykologer: Hur ser detta goda samarbete ut? Vad ligger bakom att det ser bra ut? Hur har man beskrivit ansvarsområden och kompetenser på dessa kliniker och vad finns det för förbättringsförslag? Detta kompletteras med en undersökning av motsvarande frågeställningar på välfungerande verksamheter inom andra områden i sjukvården.

Frågeställning enkät

Hur beskriver ett urval av psykiatriker och psykologer på allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar för vuxna på samtliga regioner och landsting i Sverige hur samarbete och fördelning av ansvarsområden och kompetenser fungerar och vilka förbättringsförslag finns?

Operationalisering av enkätfrågeställning:

Området Samarbete

Vad gäller samarbetet mellan psykiatriker och psykologer på er enhet, vad fungerar bra i detta samarbete?

Vad tror du ligger till grund för att det fungerar bra?

Vad fungerar mindre bra i samarbetet mellan psykiatriker och psykologer på er enhet?

Vad tror du ligger till grund för att det fungerar mindre bra?

Gällande sådant som fungerar mindre bra – hur skulle det kunna förbättras?

Har du något att tillägga om samarbetet mellan yrkesgrupper på er klinik?

Området Kompetens och Ansvarsområde

Vad gäller området 1) diagnostik och utredning/ 2) behandling/ 3) handledning och konsultation: vilka är som du ser det likheterna och vilka är skillnaderna mellan psykologers och psykiatrikers *kompetenser*?

Vilka är som du ser det likheterna och skillnaderna vad gäller psykologers och psykiatrikers *ansvarsområden* gällande 1), 2), och 3)?

Finns det något som rör psykiatrisk och psykologisk 1) diagnostik / 2) behandling/ 3) konsultation och handledning som du tycker skulle kunna förändras på er klinik? I så fall hur och varför?

Har du något att tillägga gällande kompetens och ansvarsområden på er klinik?

Respondenterna fick också ange antal yrkesverksamma år i yrket totalt respektive på den klinik som de arbetade på när enkäten fylldes i.

Termer

I rapporten används termen ”läkare” som liktydigt med specialistläkare i allmänpsykiatri. Termen ”landsting” används liktydigt med region/landsting. Termen ”patient” används för den individ som söker och erbjuds psykiatrisk vård. (”...som söker och erbjuds psykiatrisk vård”) i det stycket: Termen ”behandling” kan avse behandling, rehabilitering eller habilitering.

Referensperson

Referensperson till detta projekt har varit Lena Flyckt: docent, specialist i allmänpsykiatri. Hon har bland annat arbetat med nationella riktlinjer inom psykosområdet. Att projektet skulle genomföras förankrades hos styrelsen i Svenska Psykiatriska Föreningen, och vi har därefter påbörjat preliminära diskussioner med företrädare från samma förening.

METOD

Processen i projektet kan förenklat delas upp i tre faser. Först genomfördes ett antal intervjuer där en första kunskap om frågeställningarna erhöles. Utifrån dessa intervjuer kunde också enkätfrågorna utarbetas. Enkäten genomfördes i nästa fas. I den tredje fasen genomfördes intervjuer med till allmänpsykiatri angränsande områden, samt en intervju där fokus var annorlunda jämfört med de första intervjuerna: att erhålla synpunkter på preliminära slutsatser utifrån både tidigare intervjuer och enkätanalys.

Deltagarna intervju

11 intervjuer genomfördes med totalt 15 personer, knappt 12 timmars intervjutid. Alla var läkare eller psykologer i grundprofession. Fyra verksamhetschefer (två läkare, två psykologer), två enhetschefer (psykologer), en specialistläkare, tre specialistpsykologer och studierektorer, en PTP-psykolog (tillsammans med specialistpsykolog). Intervjuer på angränsande verksamheter till vuxenpsykiatri: primärvård (två psykologer) och BUP (två psykologsamordnare).

Deltagarna enkät

Urvalet av enkätpersoner gjordes utifrån kriterierna:

Arbetar på landstingsdriven allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning för vuxna;

Är leg psykolog eller specialistläkare i allmänpsykiatri, således inte ST-, AT-läkare eller PTP-psykolog.

Med allmänpsykiatrisk i denna studie avses mottagningar som *inte* har psykos, rättspsykiatri, beroende/missbruk eller habilitering som uppdrag. I den lista på mottagningar som gjordes inkluderades inte heller psykoterapimottagningar eller andra mottagningar som arbetar terapeutiskt med en viss metod, såsom DBT. Det går att spekulera i att samarbeten mellan professioner på psykoterapimottagningar och mottagningar som enbart erbjuder en viss typ av behandlingsmetod kan se annorlunda ut, jämfört med mer allmänna mottagningar. Inte heller inkluderades mottagningar med fokus på arbetsterapi, fysioterapi, ECT i öppenvård och liknande, även om det gick att utläsa i beskrivningarna om mottagningarna att psykolog fanns på plats. Privata mottagningar inkluderades inte heller för att ytterligare snäva in målgruppen. Det är alltså landstingsdrivna mottagningar som inkluderats i studien. Däremot inkluderades så kallad ”mellanvård”, mottagningar för unga vuxna, äldrepsykiatri och ätstörningsbehandling. Både mottagningar dit befolkningen kan göra egenanmälan och specialistmottagningar som kräver remiss (såsom neuropsykiatriska utredningsavdelningar, traumaenheter, med mera) inkluderades.

Deltagarna som till slut nåddes med hjälp av kontaktpersonerna i landstingen, eller de personer som kontaktpersonerna tipsade om, fick via mejl- och/eller telefonkonversation möjlighet att välja att fylla i en enkät (se Bilaga 2) individuellt, eller tillsammans med kollega på mottagningen – dock inom samma profession, alltså psykologer respektive läkare var för sig. Den individ som tackade ja fick en enkät mejlad till sig med ett unikt löpnummer.

De bakgrundsuppgifter som efterfrågades i enkäten var antal år i yrket och antal år på den klinik som vederbörande arbetade på när enkäten genomfördes, se Tabell 1.

Tabell 1: Psykologer (n=40) och specialistläkare (n=19) som besvarat enkäten om antal år i yrket och antal år på kliniken.

Profession	År i yrke, M	År i yrke, Md	År på klinik, M	År på klinik, Md
Läkare	20,3	17	10,1	10
Psykolog	12,7	10	10,2	8

Urvalsprocedur enkät

Med hjälp av sökningar på landstingens hemsidor sammanställdes ett dokument med alla potentiellt aktuella psykiatrimottagningar enligt kriterierna i föregående stycke. I motsats till intervjuerna kunde det här bli frågan om en mix av såväl välfungerande som mindre välfungerande mottagningar. Målet med enkäten var snarast en partiell nulägesbild i riket.

Antalet mottagningar som kunde bli föremål för kontakt i respektive landsting framgår av kolumn 2 i Tabell 2. Utgångspunkten var sedan att tillfråga två mottagningar i varje landsting, och att två läkare (observera: specialisläkare i allmänpsykiatri) och två psykologer på varje mottagning tillfrågades om att svara på enkäten. Detta genomfördes på olika sätt beroende på tillgång till information: i vissa fall hjälpte kända kontaktpersoner i landstingen till med tips på mottagningar där det skulle kunna finnas personer intresserade av att svara på enkäten. I andra fall gick det att hitta klinikchefer eller samordnare som fick samma uppgift, och i ytterligare andra fall valdes mottagningar utifrån sammanställningen som gjorts och kontakt söktes direkt exempelvis genom att be läkarsekreterare på mottagningen om mejladresser till läkare och psykologer.

Tabell 2: Totalt antal möjliga mottagningar/landsting (kolumn 2) och mottagningar i varje sjukvårdsområde och landsting som slutligen deltog (kolumn 3).

Region/landsting	Mott total	Deltog
Norra sjukvårdsområdet	45	7
Norrbottens läns landsting	12	1
Västerbottens läns landsting	19	2
Region Jämtland Härjedalen	7	2
Landstinget Västernorrland	7	2
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	58	8
Region Gävleborg	4	1
Landstinget Dalarna	13	2
Landstinget Sörmland	8	1
Landstinget Uppsala län	8	1
Landstinget i Värmland	10	1
Landstinget i Västmanland	6	1
Region Örebro län	9	1
Stockholms sjukvårdsregion	30	5
Stockholms läns landsting	27	3
Region Gotland	3	2
Sydöstra sjukvårdsregionen	23	3
Region Östergötland	3	1
Region Jönköpings län	11	1
Landstinget i Kalmar län	9	1
Västra sjukvårdsregionen	44	6
Västra götalandensregionen	36	5
Region Halland ³	8	1
Södra sjukvårdsregionen	30	6
Region Skåne	17	2
Landstinget Blekinge	10	3
Region Kronoberg	3	1

³ Region Halland är uppdelat geografiskt i både Västra och Södra sjukvårdsregionen. I denna tabell räknas regionen för enkelhets skull i Västra sjukvårdsregionen.

Antalet mottagningar som slutligen erhöll representation i undersökningen avvek i betydande grad från utgångspunkten (det vill säga två mottagningar/landsting). Målet var att skapa en ”nulägesbild i bredd” genom att kontakta mottagningar runt om i landet. Urvalsmetodologin var således relativt ostyrig till sin natur och påminde, metaforiskt, om att fiska med nät – att kasta ut (frågan) i bredd och se vilka som nappar. Efter en relativt långvarig urvalprocedur där undersökaren också hade direkt mejlkontakt med var och en av deltagarna, erhöles representation från varje landsting (se Tabell 2).

Etiska aspekter

Såväl intervjupersoner som enkätpersoner har informerats om att arbetet utgör en verksamhetsutvärdering och inte forskning varför etikansökan inte har gått ut och de har garanterats full anonymitet i denna rapport. Enkätpersonerna var anställda läkare och psykologer och inte patienter varför beroendeförhållandets karaktär bedömts etiskt hållbart. Som framgår av urvalsproceduren anmälde enkätpersonerna deltagande på eget initiativ och var således inte underställda yttre press.

Dataanalys

Enkätsvaren var av kvalitativ karaktär och det fanns ingen begränsning i hur mycket text respondenterna kunde skriva. Svaren analyserades med kvalitativ innehållsanalys och detta resultat presenteras utförligt i Bilaga 1. I korthet bygger analysmetoden på att en enhetlig och koherent utsaga identifieras och benämns med en titel – en kod. Allteftersom nya koder beskrivs, kan tidigare koder bibehållas eller modifieras utifrån den helhet av koder som växer fram – koder kan döpas om, slås samman, eller delas upp i nya. Detta är en process som sker i flera steg. Koderna i sin tur sätts sedan i samband med varandra utifrån frågeställningarna.

Slutsatserna av intervjuerna, vilka också innebar deltagande resonemang mellan intervjuare och intervjuperson, presenteras i nästa del, Sammanfattning, där dessa resultat sammanvägs med sammanfattning av enkätresultatet.

RESULTAT ENKÄTUNDERSÖKNING

Efter att ett okänt antal personer fått frågan av kontaktpersonerna eller de personer som kontaktpersonerna tipsade om, anmälde sig totalt 81 respondenter att svara på enkäten, varav 34 läkare och 47 psykologer. Flera svarade på enkäten utan påminnelser, ett antal fick en eller några påminnelser. Det gick ut totalt 78 enkäter. 75 av enkäterna besvarades av en individ. Tre av enkäterna besvarades av två individer vardera, således valde sex personer att parvis svara på enkäten tillsammans – två läkare, två psykologer, och en enkät besvarades av en läkare och en psykolog. Dessa tre enkäter avvek inte på något uttalat sätt från övriga varför de ingick i dataanalysen på samma villkor.

Målet att få representanter från varje landsting i Sverige nåddes. Urvalsproceduren var på grund av administrativa begränsningar inte exakt och rättvist fördelad avseende hur mycket tid som lades ner vad gäller att förvärva deltagare varför det inte på något sätt går att dra slutsatser avseende landtingens engagemang eller dylikt utifrån Tabell 2.

Målet att bägge yrkesgrupperna skulle vara representerade från vart och ett av de 21 landstingen och regionerna nåddes däremot inte: åtta av landstingen hade deltagare från båda yrkeskategorierna, tio av landstingen hade enbart psykologer och tre hade enbart läkare.

När undersökningstiden avslutades hade totalt 59 av 81 respondenter svarat på sina enkäter (72,8%), därav 19 av 34 läkare (55,9%) och 40 av 47 psykologer (85,1%). Således erhöles svar på 56 av 78 enkäter (71,8%). Sammanlagt 82 sidor Word-text (Times 12pt, exklusive enkätfrågor) utgjorde grunden för dataanalysen.

I resultaten i Bilaga 1 presenteras en beskrivning utifrån de koder som framkommit i dataanalysen. Beskrivningen av koderna i områdena Samarbete, Kompetens och Ansvarsområden ges med vissa belysande exempel/citat åtföljda av tre punkter (...). Sektionerna om respondenternas Förbättringsförslag visade sig gå in i varandra i större utsträckning varför det i Bilaga 1 endast finns en kort sammanställning av dessa förslag, presenterade med kodernas namn och antalet personer som angav denna kod.

SAMMANFATTNING ENKÄT OCH INTERVJUER

I denna del ges en sammanfattning av enkätresultaten tillsammans med resonemang som har förts utifrån djupintervjuerna. Utsagor som inte står att återfinna i resultatdelen i Bilaga 1 härrör från intervjuerna.

Samarbete

Man kan se i de 59 svaren från respondenterna i enkäterna att det sällan är frågan om antingen/ eller vad gäller samarbete. Det finns många goda aspekter. Samtidigt kan det finnas några, eller flera, problematiska. Men flertalet läkare och psykologer gav direkt uttryck för att samarbetet fungerar bra.

Som framgår av resultaten i Bilaga 1 angav bägge professionerna att respekt för och tillit till den andres kompetens är avgörande, med vilket bland annat avsågs prestigelöshet och avsaknad av maktkamp. Att professionerna också har en hög grad av kompetens och känner varandra också på ett personligt plan har samband med samarbetets kvalitet. Verksamhetschef (läkare) och specialistpsykologer angav i intervjuerna samma sak: att respektera sina egna gränser och förstå vad den andre skulle kunna tillföra, är grunden för ett gott samarbete, inte att professionerna skall utföra samma uppgifter. Bristande respekt, intresse och attityd till medarbetare och till samarbete, hävdande av rätt och konkurrens och så vidare, kan delvis hänföras till klinikerns personlighet och inte bara till organisation, profession eller erfarenhet. En aspekt på klinikerns personlighet som noterades av intervjuad specialistpsykolog är att olika individer föredrar att arbeta med, och blir duktiga på, vissa typer av patientkategorier. Exempel: vissa har bra hand med utagerande självdestruktiva patienter, medan andra har svårare för det men lättare för dem som är inbundna och psykosnära.

Läkare och psykologer angav också vikten av en inte alltför ensidig kompetens: att kunna tänka och agera brett i vårdarbetet. Det handlar dels om synen på den andra professionen, till exempel att som psykolog inte förringa värdet av farmakologisk behandling, eller att som läkare inte förringa värdet av psykologisk behandling. Verksamhetschef (läkare) angav som exempel att dagens läkare bör ta till sig det psykologiska perspektivet att hjälpa patient att uthärda ångest istället för att ”ta bort” den med ångestdämpande, vilket oftare bara konserverar och ökar den, medan att terapeutiskt uppmuntra andra sätt att stå ut med den oftare leder till att komma tillrätta med ångesten. Och dels handlar det om att inte ensidigt bejaka en viss behandlingsinriktning och strida mot kolleger inom professionen som arbetar med andra inriktningar.

Både läkare och psykologer pekade också på hur det goda samarbetet har samband med professionernas kompletterande kompetenser, med vilket bland annat avsågs att ömsesidiga kunskapsutbyten av somatik och farmakologi respektive psykologi och psykoterapi ger en god helhetsbild av patienten och leder också till att deras respektive behandlingsinsatser inte ”stör varandra”. Samtidigt poängterades att det ur patientsäkerhetsperspektiv också finns något positivt i möjligheten att professionerna inte är överens, eftersom sådana konflikter, om de handskas ”modigt”, kan leda till fördjupade bedömningar och bättre insatser. När medicin och psykologi istället befinner sig i separata arbetsfält kring patienten så är det en försvårande faktor gällande samarbete. Vikten av samsyn mellan diagnostiska utredningsprocesser och farmakologisk och psykologisk behandling betonades. Självklart märker också patienten av när det är ”vattentäta skott” mellan professionerna och kan få dubbla budskap vilket kan vara en försämrande faktor för patientens vård. Detta kan hänga samman med något som flertalet psykologer och läkare också angav – att det finns oklara roller och otydliga uppdrag gällande ansvarsområden, vilket delvis sågs som en ledningsfråga.

I denna bild blir det alltså inte förvånande att bägge professionerna angav att en genuin förståelse för den andres kompetensområde och en egen ödmjukhet borgar för ett gott samarbete. Ödmjukhet för den egna professionens begränsningar leder till tanken om att vara en del i en helhet, att delarna skall samarbeta för helhetens bästa, och att professionens kompetens fyller en, av flera, funktioner i denna helhet.

Denna helhet utgörs naturligtvis av patienten, i ett vidare perspektiv befolkningen. Att patienten skall stå i centrum och att detta har samband med ett gott samarbete angavs också av några ur bägge professioner. Motsatsen till det är perspektivet att en eller flera professioner utgör en ensidig auktoritet till vilken patienten skall underordna sig. När patienten inte är i centrum enligt resonemangen ovan så försvåras alltså samarbetet. Att patienten är i centrum handlar bland annat om transparens: att patienten kontinuerligt får besked om läkarens och psykologens planering av vården, vidare att det finns en samsyn och kalibrering mellan professionerna när olika besked och beslut skall kommuniceras, och att subspecialiseringen i psykiatrin med nödvändighet riskerar att leda till glapp i kommunikation, samarbete och överföringar och att dessa glapp måste överbryggas. Ju fler professioner som är inblandade, och ju fler vårdgivare eller andra myndigheter som är inkopplade samtidigt, desto större risk är det att patientfokus kan tappas bort. En läkare angav i det sammanhanget: ”helhetssynen går förlorad”. Här angavs att en samordnarfunktion eller case managerfunktion med nödvändighet skall brygga över denna delning. En verksamhetschef/läkare angav apropå att patienten hela tiden skall vara delaktig i planering och vid beslut i vården: ”Det du blir påtvingad utan att förstå varför, det brukar du sluta med väldigt snabbt.”

Bägge professionerna angav också att det inte bara ligger på individerna, utan också på organisation och ledning, huruvida samarbetet är gott eller inte. Det handlar om styrning av att medarbetarna har fått i uppdrag att samarbeta, och att ge både tid och utrymme att träffas i sådana former, både formellt i till exempel behandlingskonferenser och informellt. Det blir svårt att på egen hand bygga upp goda samarbeten. Ledningen behöver ange riktningen för hur och när samarbete skall ske i multiprofessionella team, skapa formella beskrivningar av hur samarbete ska se ut och, som redan berörts, hur fördelning av roller och ansvarsområden ska se ut. Ledningen ansvarar också för att lösa problem med vakanser och att se till så att det är bra personer med hög kompetens som anställs.

Ett problem som främst psykologer framför är att den högre ledningen styr arbetet utifrån det medicinska och att det försvåras. Med högre ledning kan avses både landstingsnivå och en nationell tradition. Att psykiatrin på ett överordnat plan betraktas som medicinsk för tankarna till någon form av inre linjeorganisation, med medicinen som ett övergripande ansvarsområde. Men ett alternativ vore att se medicin och psykologi som viktiga centrala parallella fält med patienten, och inte medicinen eller någon annan disciplin, i centrum och där kompetenserna och ansvarsområdena inom det psykiatriska arbetsfältet fyller sin funktion – som en del till en helhet. Detta är resonemang som tydligt har bejakats av några av verksamhetscheferna i intervjuerna, både läkare och psykologer i grundprofession. Slutsatsen är att man borde se ”psykiatrin som en medicinsk och psykologisk disciplin utan inbördes viktning vilket också borde avspeglats i ansvarsområden” (verksamhetschef/läkare).

Det går att spekulera i att denna tradition (”som inte rubbas så lätt”, som en läkare i enkät angav) delvis ligger bakom det läkare beskriver som det icke symmetriska i ansvarsfördelningen mellan yrkesgrupperna. Detta avsåg bland annat den mycket större totala mängd patienter som läkaren ansvarar över. Det tycks vara lättare för en psykolog att säga nej till en patient, till exempel när psykologens behandlingsmetod inte lämpar sig för patienten i fråga, medan en läkare inte kan säga nej, att läkare har akutansvar samtidigt som köer till psykologutredning och psykoterapi är långa och ger ’stas’ i vårdprocessen. Psykologerna anger också att läkares höga arbetsbelastning leder till att de inte kan vara så tillgängliga vilket är en försvårande faktor bland annat eftersom läkarna har ansvar för intygsskrivning och akuta frågor. Några psykologer pekar också på att vissa läkare inte i tillräcklig mån undersöker somatiska aspekter för att skilja detta mot psykologiska faktorer. Verksamhetschef (läkare) poängterar att de psykiatriskt långtidssjuka i Sverige dör 15–20 år i förtid i metabola syndrom och att forskningen visar att det i psykiatrin finns tendenser att somatisk sjuklighet oftare missas hos personer med psykiatriska diagnoser – ’diagnostic overshadowing’⁴. Socialstyrelsen slår också fast att personer med psykiska sjukdomar i alltför stor utsträckning har underdiagnostiserats och underbehandlats för samtidig kroppslig sjukdom⁵.

4 Se exempelvis van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., et al (2013). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22 (3), 255-62.

5 Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.

I denna bild kan tilläggas det som somliga psykologer angav som ett problem i samarbetet: läkares auktoritära ledning av vårdarbetet. Det handlar bland annat om en av psykologer upplevd oantastlighet och en syn som delas av både läkare och ledning att läkaren har tolkningsföreträde både vad gäller diagnostik och behandling. Det är vanligt att läkarna har en egen chef, som inte heller finns på enheten utan på kliniken. På andra håll har däremot läkarna samma enhetschef som övriga yrkeskategorier, även om denna enhetschef inte är läkare i botten, vilket av de intervjuer som gjorts att döma fungerar bra. Observera att andra psykologer inte upplever att läkare har den här auktoritära hållningen utan att samarbete präglas av ömsesidig respekt och jämbördighet.

Många psykologer och några läkare pekade på det stora problemet när läkare ofta byts ut. De har varit svårrekryterade på många håll, har stannat en kort stund efter en nyanställning, och därtill är hyrläkarsystemet utbrett och kan med få undantag, dvs. när samma hyrläkare ofta och under en längre tid återkommer till enheten, utgöra en grund för något bra samarbete. Specialistpsykolog i intervju menade att denna bristande konstituitet har lett till att tidigare välfungerande samarbeten och tydliga rollfördelningar mellan läkare, psykologer och andra yrkeskategorier i teamen har ”slagits sönder”. I denna intervju framhölls att det från mitten/slutet av 80-talet ända fram till cirka 2006 fanns en påtagligt större tydlighet i rollerna för de olika professionerna, därmed också klart bättre samarbeten som alltså i sin tur byggde på att teammedlemmarna stannade kvar under en längre tid och lärde känna varandra.

Psykologer och läkare om bra fungerande samarbete

- * Respekt för och tillit till den andres kompetens
- * Hög kompetens
- * Känner varandra personligt
- * Egna personlighetsdrag och erfarenhet
- * Icke ensidighet
- * Kompetenser som kompletterar, tydliga roller för olika professioner
- * Förståelse av andras kompetens och ödmjukhet (att vara en del i helhet)
- * Patienten i centrum

Psykologer och läkare om sämre fungerande samarbete

- * medicin och psykologi i separata fält
- * oklara roller och otydliga uppdrag
- * icke symmetriska ansvarsförhållanden och skev betoning på medicin
- * läkarbrist

Kompetenser

Likheter i kompetens

Både läkare och psykologer angav fältet psykiatrisk diagnostik som en gemensam och jämförbar kompetens. Detta inbegriper givetvis också differentialdiagnostik mellan de psykiatriska diagnoser som inte är kopplade till ”somatisk grund”. Det inbegriper också bedömning av funktionsnivå, som är av central betydelse i den totala bedömningen. På den vårdcentral som deltog i intervjuundersökningen framgick det att allmänläkarna där ser det som självklart att psykologer har självständig kompetens att ställa diagnos utifrån exempelvis DSM vilket de också gör.

I flera av djupintervjuerna framkom resonemang som sammanfattningsvis pekade på att psykiatriska diagnoser har en fenomenologisk valör och det vanligaste sättet att komma fram till sådana diagnoser är med hjälp av verktyg som bägge professionerna besitter: samtal, kliniska intervjuer såväl strukturerade med förlaga som mer processinriktade och öppna, beteendeobservationer, analys av urkunder (till exempel gamla journaler, brev), samtal i grupp som till exempel anhörigsamtal, och så vidare. Kompetens att samla nödvändig information till diagnostiken på dessa vägar är något som både läkare och psykologer grundligt tränas i. Bägge yrkesgrupperna läser om psykiatri och psykopatologi på grund- och vidareutbildningar och har även fått handledning och praktisk träning i ämnet.

Ett fåtal läkare och psykologer angav i enkäten att diagnostik enbart är läkares kompetensområde. Men dessa var färre än alla de läkare och psykologer som angav att psykiatrisk diagnostik är en kompetens som bägge professionerna besitter.

Inom området behandling så angav grupperna att det inte finns så många likheter i denna kompetens. Några psykologer angav bägge yrkesgruppernas förmåga till bemötande och att skapa allians som gemensam och någon läkare angav likheten att bägge sätter patienten i centrum. En annan likhet är att bägge utvärderar sina behandlingar. En specialistläkare i intervju tryckte på detta med allians och andra icke metods specifika faktorer som centrala och gemensamma för bägge yrkena:

”Fundamentet i all psykiatri är det subjektiva, patientens subjektivitet, och den empati vi kan uppbåda för patienten. En märklig företeelse är att detta knappt är något som man talar om. Det finns mycket spännande kontinental psykiatri, fenomenologi, som inte når Sverige. Men i Sverige är det som att dessa frågor, och allians, är som en liten detalj, i en skrivbordslåda för sig... Det här är inte en vag placeboeffekt, utan som något som är oerhört centralt för att åstadkomma behandlingsresultat. Alliansforskning till exempel lyfts inte upp i olika processer i organisationen, och det tycks vara svårt att få in detta i de producerande kontrollsystemen och registreringsystemen. Det här är inte bara något som hör hemma i formaliserad psykoterapi, utan det är en viktig del i hela arbetet. Enligt min erfarenhet ofta det viktigaste i hela arbetet. Och ändå betraktas det med skepsis. Som sagt: i bästa fall något man tar för givet, men inget som man formellt värdesätter.”

Inom området handledning och konsultation angav psykologer och läkare att bägge har kompetens att ge konsultation till andra yrkeskategorier om allmänpsykiatriskt arbete, såsom diagnostik och bedömning, och behandling.

Några psykologer angav att personlighet och egna yrkeserfarenhet har avgörande betydelse för både kompetens inom diagnostik och inom konsultation, snarare än professionstillhörighet. Sådana personvariabler kan handla om intresse och lyhördhet och som nämndes ovan förmåga till empati och alliansskapande ⁶.

⁶ Detta sammanfaller med differentieringen i professionsforskningen mellan ”kunskap” och ”klokskap” som Ingela Thylefors beskriver – det kunskapsfokuserade respektive det person- eller agentfokuserade perspektivet (Thylefors, 2013).

Om läkares och psykologers specifika kompetenser inom diagnostik och utredning

En större andel av både läkare och psykologer angav att läkare har en mycket högre kompetens inom området biologi, somatik, psykofarmakologi, genetik, och att skilja somatisk problematik från psykiatrisk. Flera läkare och ett par psykologer angav att läkare har en bredare kompetens och större klinisk erfarenhet jämfört med psykologer, och att bredden handlar om en kombination av kompetenser: arv (genetik), somatik, farmakologi, socialpsykiatri, psykiatri, försäkringsmedicin, juridik med mera.

En stor andel av både läkare och psykologer angav psykologers specifika kompetens inom fältet neuropsykologi, personlighet, utvecklingspsykologi, utredning och testning. Här ingår alltså kompetensen att använda psykologisk kunskap om människans utveckling som en nödvändig kunskap för att de psykometriska testningarna skall ha substans. Denna kombinerade kompetens – kunskap och erfarenhet om psykologins olika inriktningar och om testning – är central vare sig utredningen handlat om att utröna begåvningsnivå, göra en bred analys av aktuellt kognitivt fungerande, eller att testa hypoteser som är kopplade till olika diagnoser såsom exempelvis ADHD, autism, begynnande demens med mera.

Flertalet psykologer och även ett par läkare angav att läkarnas kompetens är bättre utifrån det perspektivet när diagnostiken skall utföras snabbt, när det finns mindre information att tillgå när slutsatser behöver dras, och att detta har både för och nackdelar. Fördelarna handlar om situationer när man måste ta det säkra före det osäkra, såsom uteslutande av somatisk sjukdom samt bedömning av akuta situationer. Eftersom läkare hittills är den yrkesgrupp som har mest omfattande utbildningsmoment innan de blir specialister, har de därför också mer klinisk erfarenhet och träning i att applicera kunskap om diagnostiken. Som framgår i Bilaga 1 beskriver en psykolog hur en duktig läkare på kort tid, såsom vid ett nybesök, kan skapa bra överblick och struktur i patientens berättelser och beteenden vid mötet. Däremot kan den kliniska bilden i vissa fall förändras på avgörande sätt efter hand, när kontakten med patienten fördjupas.

Många psykologer men även någon läkare angav den kompetensen hos psykologer att diagnostik och utredning är mer fördjupad och processinriktad och därför också tar mer tid i anspråk. En psykiatrisk syndromdiagnostik, jämte angivelse av funktionsnivå, är annorlunda jämfört med en funktionsbeskrivande diagnostik vilket många psykologer arbetar mot i sina utredningar. Dessa funktioner kan härröra från olika teoretiska system – beteendeteori, kognitiv teori, neuropsykologi, anknytningsteori, psykodynamisk teori, (social) systemteori, personlighetsteorier, utvecklingsteori, med mera, eller en beskrivning utifrån en kombination av teorier. Dessa funktioner kan sedan analyseras utifrån problem och kontext, hur problemen uppstått (utifrån de respektive teorierna), resurser, subjektiva aspekter. En intervjuad enhetschef beskrev det som, generellt sett, att psykologerna är mer ”problematiserande” och läkarna är mer ”inskolade”: att läkarna kan DSM bättre och har det mer i ryggraden, medan psykologerna kanske tänker mer andra termer och placerar in slutsatserna i DSM efteråt.

Både läkare och psykologer angav också att psykologer har en särskild kompetens i behandlingsplanering knutet till diagnostiken, eftersom kopplingen mellan den kliniska/psykiatriska bilden och med olika psykologiska faktorer, såväl i nuet och kontexten som i det förflutna, är god grund för att planera psykologisk behandling eller psykopedagogisk intervention.

Både duktiga läkare och psykologer har naturligtvis träning i att modifiera initiala bedömningar utifrån ny information som dyker upp efterhand. Att psykologer inte för snabbt låser sig vid hypoteser kring problem och dess etiologi och arbetar med processer under en längre tid, och att läkare utifrån en förmåga till bred överblick baserat på en bred kompetens är mer tränade i att kunna fatta snabba beslut utifrån mindre mängd information, får ses som en generalisering. Psykologer kan också fatta snabba beslut, exempelvis göra bra suicidriskbedömningar, och många läkare har ett psykoterapeutiskt ramverk kring sitt arbete och tar sig tid att vara grundliga och omvärdera initiala bedömningar. Här kommer

också personlighetsvariabeln in. Icke desto mindre ter sig möjligheten till dessa angivna kompetensers samverkan som något potentiellt kraftfullt.

Om läkares och psykologers specifika kompetenser vid behandling

En större andel både läkare och psykologer angav att läkare har kompetens inom området biologisk och läkemedelsbehandling. Förutom behandling med psykofarmaka och andra metoder som ECT, ses sjukskrivning också som en behandlingsmetod. Även här pekade läkarna på deras kompetens med en större helhetssyn och bredare erfarenhet, där de kan förena somatiken, läkemedel, sociala, juridiska och psykopatologiska och psykoterapeutiska aspekter i sin behandling. Psykologerna beskrev det som att läkare också har viktiga parallella kompetenser, som är till god hjälp vid det psykiatriska behandlingsarbetet: kost, motion, sömn, somatisk kompetens, och undervisning. En överläkare yttrade i en intervju när det breda begreppet behandlare, i motsats till läkare, diskuterades: ”jag är ju också en behandlare!” Läkare menade att det finns möjligheter till en större ödmjukhet, när man ser hela människan i ett vidare sammanhang, och mindre risk att hamna i ett snävt fack, såsom i en specifik psykoterapeutisk skola.

Några läkare menade att det hos vissa psykologer finns en snävhet i utbud vad gäller psykologisk behandling, och då pekade man bland annat på att det enbart är KBT som erbjuds. Många patienter inom psykiatrin har en tung och komplex problematik, med olika former av komorbiditet (samsjuklighet). Dessa patienter uppgavs inte ha passat in i de utprovningar av evidensbaserade metoder som genomförts. Lika viktigt att värna vårt kunnande om evidensbaserade metoder är att ha en ödmjukhet inför vårt kunnandes begränsningar och att ha patienten i centrum även om evidensbaserade åtgärder inte har haft önskvärd effekt. Intervjupersoner framhöll att det parallellt i vissa lägen måste finnas utrymme att förankra åtgärder i beprövad erfarenhet, kreativa och kombinatoriska åtgärder som då skall vara väl förankrade i stor klinisk erfarenhet och förnuft och givetvis utvärderas minutiöst.

Flera läkare och psykologer var överens om att psykologer har en större kompetens inom psykoterapi och psykologisk behandling, särskilt med mer komplicerade patienter och att de har ett bredare utbud av strategier och metoder härvidlag. Psykologer kan därmed tänka mer kreativt kring behandlingen, och har en annan kapacitet att motivera patienten till medverkan. I intervjuerna med enhets- och verksamhetschefer framkom dessutom en tydlig ståndpunkt att det är psykologer som borde ägna sig åt psykologisk behandling, eftersom de har en generalistutbildning i psykologi som grund för denna kompetens. En chef/läkare menade att en psykoterapeut lär sig en viss terapimetod och hur man gör bedömningar inför denna. Men en psykoterapeut som inte är psykolog ”har inte de bakomliggande kunskaperna om hjärnans utveckling och eventuella funktionshinder” vilket är av betydande vikt om man inom psykiatrin skall arbeta med psykoterapi, så att den som genomför behandlingen samtidigt kan göra reflekterade analyser av om terapimetoden är rätt för patienten.

I och med att läkare under sin specialistutbildning går en grundläggande psykoterapiutbildning så finns också en sådan grundläggande kompetens i psykoterapi hos specialistläkaren. Flera läkare och psykologer angav att denna kompetens inte kan användas med samma expertis jämfört med psykologen. Men en stor fördel är att läkare kan föra dialog med psykologer om behandlingsplanering och självständigt föreslå åtgärder som en psykolog sedan tar ställning till.

Psykologerna angavs också ha parallella kompetenser inom områden som är viktiga för det psykiatriska behandlingsarbetet: kognitivt och neuropsykologiskt fungerande, utvecklingspsykologi, relationer, grupper/kontext/organisation. Däremot är uppenbart psykologers motsvarande grundläggande kunskaper i farmakologi inte alls lika stora. I intervju med verksamhetschefer, framkom behovet att under kliniska psykologers specialistutbildning öka en grundläggande kompetens i farmakologi, av motsvarande skäl som psykiatrikerns grundläggande psykoterapikompetens underlättar samarbete och vårdplanering med psykologen.

Om läkares och psykologers specifika kompetenser vid handledning och konsultation

Termen konsultation har snarast visat sig falla mer inom ramen för domänen Ansvarsområde och inte Kompetens, se därför nästa avsnitt för detta.

Gällande handledning uppfattade flera psykologer att många läkare ser handledaren som en expert som utbildar och upplyser och är mer uppgiftsorienterad och att handledare inte alltid ses som nödvändig. Det finns något ensamt i en psykologs subjektiva bild av somliga läkares syn på handledning: ”psykiater oftare tycker de ska klara allt själva ... en sorts ’vi är experterna och ska klara det vi ställs inför själva’, utan så mycket tankar om vad det gör med dem som människor.”

Några läkare menade att de har ett helhetsperspektiv på psykiatrin och en större klinisk erfarenhet, en bred randningserfarenhet från AT och ST, samt akutvårds- och slutenvårdserfarenhet, vilket ger en särskild kompetens att ge handledning kring patientärenden i sin helhet.

Flera psykologer angav att handledningskompetensen är en markerad del i psykologprofessionen, även om någon psykolog tycker att detta är överdrivet och menar tvärtom att det inte ges så mycket handledningskompetens alls i grundutbildningen. Några angav att de oftare än läkarna i handledning är inriktade på processer och det relationella, snarare än att handledaren ska vara en expert som ger information om hur problem ska lösas etc. Med process avsågs bland annat att handledare och den som handleds tillsammans, i en interaktivitet, skapar ny förståelse och åtgärdsförslag. Även detta resultat får ses som en generalisering med många undantag i bägge professionerna. Däremot pekar det på två typer av kunskapsprocesser som, kanske i olika sammanhang, är nödvändiga båda två.

Psykologers och läkares kompetenser utifrån enkätsvar och djupintervjuer

- * Utvidgad diagnostik, differentialdiagnostik och problemformulering
- * Behandlingsplanering
- * Konsultation till andra yrkeskategorier

Läkares specifika kompetensområden

- * Farmakologi och ECT
- * Första preliminär bedömning vid behov av snabb diagnostik
- * Somatisk utredning och komorbiditet
- * Kombination av kompetensområden (genetik, medicin, socialpsykiatri, juridik)
- * Bred överblick och erfarenhet

Psykologers specifika kompetensområden

- * Psykologisk behandling och psykoterapi
- * Fördjupad processinriktad diagnostik
- * Neuropsykologi och personlighetsdiagnostik
- * Kombination av kompetensområden (Utvecklingspsykologi, grupp, organisation m fl psykologiska fält)
- *Handledning, forskningsmetod, utvärdering

Ansvarsområden

Likheter i ansvarsområden

Förenligt med beskrivningen av denna kompetens, angav flera läkare att bägge professionerna ansvarar för diagnostik och bedömning och att detta ansvarstagande dessutom ibland sker i samarbete dem emellan. Ibland sker detta samarbete på så sätt att läkarna gör ”en grovsortering” i diagnostik och psykologerna går vidare med fördjupad bedömning, eller utredning, det som en psykolog kallade ”första linjen” respektive ”andra linjen”. Ibland sker det med direkt sambedömning. Några angav att läkare oftare ansvarar för diagnostik av psykos och bipolaritet och att psykologer oftare ansvarar för neuropsykiatri och personlighetsstörning.

Vad gäller behandling så angav både läkare och psykologer att de ansvarar för behandlingen inom sina respektive kompetensområden, som således är farmakologisk och biologisk behandling respektive psykologisk behandling och psykoterapi. Att ha eget ansvar för den behandling som man har kompetens för är alltså själva likheten. En annan likhet, och det gäller både diagnostik och behandling, är att bägge yrkesgrupperna tar ett ansvar att ha patienten i centrum. Detta innebär bland annat att arbeta grundligt och ärligt i direkt och öppen kommunikation med patienten, att ha kunskap om de olika former av behandling som finns att tillgå inom respektive kompetensområde och att förmedla detta, att inte ha ett snävt seende vad gäller behandling och åtgärder utan att ha kännedom om insatser utanför det egna kompetensområdet och att ge patienten korrekt information om allt detta. Här ingår också ansvaret att följa upp hur det går med behandlingen eller hur resultatet av en diagnostisk utredning tas emot, och även att bistå vid remitteringar till andra professioner eller andra enheter, så att övergången blir problemfri. ”Båda har ansvar för patientens bästa”, som en psykolog angav.

Vad gäller handledning och konsultation har läkare och psykologer det gemensamt att de tar ansvar att handleda och konsultera inom den egna professionen. Gemensamt är också att mer erfarna kliniker handleder och konsulterar mer oerfarna kolleger.

Om läkares och psykologers specifika ansvar vid diagnostik och utredning

Både läkare och psykologer angav att läkare har ett övergripande huvudansvar inom diagnostiken. Detta är en term som behöver begründas, särskilt som, vilket framgick ovan, läkare och psykologer samtidigt anger att bägge professionerna har ett eget ansvar. Det som verkar prägla detta *huvudansvar* är:

- kompetensen att ”överväga andra sjukdomspanorama” jämfört med det psykiatriskt betingade (somatik),
- ansvar för de initiala bedömningarna,
- avsaknad av möjlighet att säga nej till ett ärende och till kravet att ställa en diagnos. (Det förekommer tydligen att psykologer, till skillnad från läkare, kan säga ”diagnostik är inte mitt ansvar”)
- den som får sista ordet när personalen som arbetar kring patienten inte når konsensus gällande diagnostik och åtgärdsförslag
- samt övergripande ansvar ”att behandlingsresultat uppnås”.

Psykologers särskilda ansvarsområde i denna domän rör genomförande av diagnostiska och andra bedömningar samt utredningar, innefattande psykologtestning, som är av mer deskriptiv och fördjupande slag. Detta ansvarsområde matchar det som beskrivits under psykologers Kompetensområde ovan, se detta avsnitt.

Om läkares och psykologers specifika ansvar vid behandling

Också här beskriver läkare, inte psykologer, att läkarna har ett övergripande ansvar för behandling. Eftersom detta inte avser det faktiska utförande och utvärderingen av exempelvis en psykoterapi, vilket många läkare menar att psykologer ansvarar för, måste det betyda något annat. Det handlar om ”helhetsansvaret för patienten”, att avgöra vilken vårdnivå som är adekvat, akutasvar, sjukskrivningar, ”samtliga åtgärder som kan ha vidgående konsekvenser för patientens liv” och också ett juridiskt ansvar (myndighetsutövning), samt att om en psykologisk behandling inte är verksam så ”förblir det obehandlade tillståndet psykiatrikers ansvar”. Det är ett ansvar som inte kan delegeras vidare. Det övergripande ansvaret präglas av att den som har det inte kan överlåta det på någon annan.

I harmoni med beskrivning av Kompetenser i föregående avsnitt angav både läkare och psykologer att läkare har ansvar för läkemedelsbehandling och för att skriva intyg. Av tradition är intyg såsom sjukskrivning och vårdintyg kopplat till differentialdiagnostiska överväganden av somatiska kvaliteter. Vid tvångsvård krävs ofta farmakologisk behandling. Kompetens inom somatisk differentialdiagnostik samt farmakologisk behandling är argument för att det är adekvat att läkare ansvarar för dessa intygsskrivanden. Alla intervjupersoner var inte överens om detta, och det fanns de som anger att psykologer skulle, om de tränades till det, också kunna ha kompetens att sjukskriva utifrån den diagnostik som de har kompetens inom, och även i likhet med primärvårdsläkare skriva vårdintyg, vilket ju också specialistpsykologer gör i Norge. I enkäten framkom också olika uppfattningar, där somliga psykologer menar att sådana typer av beslut skulle interferera med psykologiskt behandlingsarbete på ett negativt sätt.

Både läkare och psykologer angav att psykologer har ansvar för psykologisk behandling. Flera läkare menade att psykologers ansvar för behandling inte har den här övergripande prägeln, men att psykologer självständigt ansvarar för att utföra vårdplanering inför psykoterapi, ”anpassa arbetsverktyget” och genomföra, utvärdera och avsluta behandlingen. Men många psykologer angav att psykologerna också fattar självständiga beslut om huruvida psykologisk behandling skall inledas eller inte, ”att bevilja insatsen”. Flera verksamhetschefer slog fast i intervjuerna att både de själva och deras anställda läkare vill att ännu fler psykologer anställs och att de också har den synen att det är psykologer som borde ägna sig åt psykoterapeutisk behandling eftersom denna metodologi är en avancerad vidareutbildning, och där en psykologexamen är den akademiska generalistutbildning som harmoniserar med denna metodik. Verksamhetschef (läkare) menade att:

”Har man ett DBT-team t.ex., eller ett MBT-team, som alltså har en specifik metod som de ska använda, då är väl psykoterapeuten som klippt och skuren. Då ska man ju vara färdigdiagnosticerad, man ska ha bestämt sig för vilken metod man ska använda och så kör man. Medan när i ett öppenvårdsteam man inte är där, då vill jag gärna ha en psykolog just för det här diagnostiska tänkandet när det inte går precis som man har tänkt sig. [problemet är...] när jag upptäcker efter fem år att någon har gått i fem års terapi och de har inte kommit en millimeter framåt. För då har vi kastat bort fem år av en människas liv.”

Om läkares och psykologers specifika ansvar vid handledning och konsultation

Också inom detta område angav flera läkare och psykologer att läkare har ett övergripande och generellt ansvar vad gäller konsultation, både internt och externt. Här menades det att läkarnas konsultationer har många riktningar: till personal av alla kategorier i såväl det egna teamet som på enheten, konsultation till vårdgrannar, konsultation av akuta ärenden, konsultation till heldygnsvård och till kommunen, till primärvård, till anhöriga.

Flera psykologer angav dock att psykologer också har ett ansvar vad gäller konsultation, både internt och externt. Det anges som ett mer ”informellt”, både i teamdiskussioner och så att säga ’i korridoren’, ansvar för att arbeta med processer och särskilt grupprocesser, samt gällande områdena forskning/

utveckling och att konsultera heldygnsvård och kommunen. De angav att psykologen ofta har en tydligare pedagogisk roll på enheten. Flera psykologer och någon läkare angav att psykologer ansvarar för att handleda fler professioner än den egna, medan läkarna oftare handleder inom den egna professionen.

Psykologers och läkares ansvarsområden utifrån enkätsvar och djupintervjuer

- * Patienten i centrum
- * Utvidgad diagnostik och problemformulering
- * Behandlingsplanering
- * Konsultation

Läkares specifika ansvarsområden

- * Medicinsk behandling
- * Intyg (t.ex. initiativ till tvångsvård)
- * Somatisk utredning och komorbiditet
- * Övergripande ansvar
- *Handledning inom egen profession

Psykologers specifika ansvarsområden

- * Psykoterapiutbud och psykologisk behandling
- * Neuropsykiatrisk, neuropsykologisk och personlighetsdiagnostik utredning
- * Fördjupad diagnostik (utredning och testning)
- * Utvärderingar, metodutveckling
- *Handledning inom egen och andra professioner

Enkät- och Intervjupersoners förändringsförslag

Bemanning, resurser, tid, administration och kontrollsystem

Att många psykologer föreslog en ökad bemanning är något som noteras. En viktig fråga är emellertid hur arbetet på klinikerna kan struktureras med befintliga resurser så att både mer tid för samarbete och för behandling frigörs. Flera psykologer nämnde vikten av att lösa problemet med hyrläkare som både tar ekonomiska resurser och ofta omöjliggör genuint samarbete. Ett stort antal både läkare och psykologer angav att tiden för administration måste minska, till förmån för att i så stor utsträckning som möjligt ha tid till att träffa patienter och samverka med varandra och med andra instanser. Det har förts diskussioner om det finns en association mellan minskad autonomi för professionerna och den ökade bördan av administration⁷. Självklart behöver de som beställer vård, ytterst befolkningen, ha möjlighet till insyn i vården, att rätt saker görs, hur mycket som 'produceras'. Samtidigt behöver samhället också känna trygghet i att professionerna kan ta självständigt ansvar för verksamheten. Verksamhetschef framförde att detaljstyrning tar bort professionens kreativitet. I intervju med specialistläkare framfördes denna synpunkt:

”En mycket stor anledning till den ökade arbetsbördan är det som kan sammanfattas med ”New public management”-mentalitet, den enorma tillförseln av krav på dokumentation. Styr utav andra utanför professionen, av människor som inte har arbetat kliniskt överhuvudtaget. Eller som tröttnat på det och vill göra något annat. Människor som söker karriärer utanför det kliniska området och som... visar upp sin kompetens i olika övervakningssystem. Det handlar mycket om makt i vården, makten mellan dem som utför det kliniska arbetet och de som producerar denna oerhörda mängd krav på dokumentation ... information som man måste lägga in som man egentligen inte har någon användning av ... Pseudoinformation, som de som inte arbetar med det kliniska tror är av värde, men som den som arbetar vet att det har väldigt begränsat värde, eller ibland ingenting alls. Det tar enormt mycket tid från det andra arbetet särskilt som direktiven ändras då och då. Om man skulle vara lydiga och följa alla direktiv som läggs på en, skulle det vara väldigt svårt att utföra något ordentligt arbete. Det är hela tiden det man inte hinner, som man blir sliten av.”

Vissa pekar alltså på att vården hamnat i en situation där balansen mellan politiker, profession (serviceproduktion) och administration, i den så kallade domänteorin, inte är fullgod⁸. En slutsats av dessa resonemang är att en balans behövs mellan politikens och administrationens direkta inverkan på vårdarbetet och professionernas/verksamheternas autonomi. I den nyligen utkomna rapporten ”Effektiv vård” görs liknande resonemang:

”På vissa håll i Sverige finns mycket detaljstyrande ersättningssystem som förutom att inkräkta på den professionella autonomin också påverkar de professionellas upplevelse av att vara kontrollerade och ifrågasatta. Bristerna i stöd och styrning skapar i dessa fall inte bara ”pappersarbete” utan påverkar arbetsklimat och möjligheten till tillitsfulla relationer mellan beställare och utförare.”⁹

Roller och ansvarsområden utifrån kompetens, med patienten i centrum

Ett flertal läkare föreslog att ledningen ger riktlinjer kring vem som har ansvar för vad och tydliggör roller och uppdrag. Det handlar om att skraddarsy samarbete mellan yrkeskategorier genom att ha patienten i fokus. Många psykologer föreslog också tydligare definitioner av psykiatrikers och psykologers mandat utifrån kompetens och hur man kan komplettera varandra. Ledningen behöver också tydliggöra uppdraget för kliniken/enheten, hur vårdprocesserna ska se ut och vilka funktioner

⁷ Exempelvis Aili, C. & Nilsson, L-E. (2015). Universiteten har en viktig roll i det förändrade styrlandskapet. *Universitetslärares*, 6, 38–39.

⁸ Kouzes, J.M. & Mico, P.R. (1979). Domain Theory: An Introduction to Organizational Behaviour in Human Service Organizations. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 15, 449–469.

⁹ SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. S. 27.

som behöver finnas. ”Ökat samarbete skulle synliggöra nya aspekter i relationen mellan de två professionerna” som en psykolog föreslog. Läkare beskrev det som en spännande potential till nya synergieffekter gällande kombinatoriska behandlingsformer och säkrare utredningar, om läkare och psykologer på ett nytt sätt samarbetar om vårdprocesser och patientsäkerhet.

Flera läkare föreslog att samarbetet mellan professionerna styrs upp så att det blir förbättrat med likvärdigt och delat ansvar genom en övergripande ”psykobiosocial arbetsmodell ... att bevara komplexiteten i en balanserad/vägd modell som även kan utgöra ett stöd i kommunikation med övrig personal och anhöriga”, och att tydliggöra hur det gemensamma delade ansvaret ser ut kring behandling av svåra tillstånd. Det är delvis ledningens ansvar att skapa gruppkänsla – ”vi alla är på samma båt” – genom gemensam vårdutveckling och tydliga processer exempelvis avslutningsteam.

Det är sammanfattningsvis många läkare och psykologer som önskar vidareutveckla denna helhet, med patienten i centrum som gemensamt professionellt fokus, och att skapa det i en helhet som präglas av ”en övergripande transprofessionell psyko-bio-social arbetsmodell som tillåter ett holistiskt interaktionellt synsätt med utrymme för mer realistiska förklaringsmodeller och prioriteringar gällande diagnostik och behandling” som en läkare föreslog.

Denna modell kan ha större möjligheter att skapa kontinuitet i vården, och vikten av kontinuitet betonas i nämnda rapport ”Effektiv vård”:

Olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Olika logiker behöver prägla organisation och arbetssätt i vården beroende på vilken patient det handlar om. Bristande kontinuitet är en väsentlig källa till ineffektivitet i vården och detta har sin förklaring i hur vården organiseras. De mest uppenbara effektivitetsvinsterna i ökad kontinuitet handlar om minskad inläsningstid, minskat överrapporteringsbehov minskat kommunikationsbehov för att skapa kontakt och tillit med en patient som man inte träffat tidigare. Den personliga kontinuiteten kan dessutom minska risken för att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger och bidrar sannolikt till ett minskat användande av laboratorieundersökningar. Det är med stor sannolikhet också en viktig faktor för patientsäkerheten. Utöver effektivitetsvinsterna är kontinuitet också en central kvalitetsfaktor för patienterna, inte minst vårdens storkonsumenter (SOU 2016:2, s. 22).

Teamarbete

Vikten av väl strukturerade behandlingskonferenser i multiprofessionella team som centrala verktyg för att erhålla samlade intryck av en patients problematik lyftes fram av flera. Läkare och psykologer betonade vikten av tvärprofessionella team. Ledningen ska ange hur tiden på en behandlingskonferens skall användas, så att tiden utnyttjas effektivt och att det verkligen blir frågan om tvärprofessionella bedömningar och planeringar. Teamen skall användas till bredare frågor där samtliga i teamet deltar i diskussionen. En verksamhetschef betonade i en intervju att en behandlingskonferens ska vara rådgörande och fördjupande för yrkesgrupperna, men beslut och förslag på åtgärder skall alltid diskuteras öppet med patienten.

Samarbete utifrån likhet och olikhet

Läkarna föreslog att de behöver skaffa mer kunskap om psykologi och att psykologer behöver få bättre kunskap om läkemedel. Det finns två viktiga komponenter i ett gott samarbete: å ena sidan ”kompletterande kompetenser” alltså att bra samarbete förutsätter att man har *olika/skilda* kompetenser som bidrar till en helhet, å andra sidan grundläggande kännedom om den andres kompetens – alltså i viss mån gemensam kompetens¹⁰. Kompetens inom psykiatrisk diagnostik är ett sådant gemensamt

10 Se även Thylefors, (2013).

'språk' som bägge yrkena redan behärskar. Om det blev mer symmetriskt också gällande behandling skulle bägge yrkenas gemensamma kompetenser kunna återspeglas i fler adekvata beslut i arbetet med patienten eftersom klinikern då kan ha i åtanke åtgärdsförslag som ligger inom andra professioners kompetens och ansvarsområden.

Diagnostik och vårdplanering; intygs initiering, processande och avslutning

"Diagnostik åstadkoms genom beslut efter bedömningar" som en psykolog angav vilket innebär att det aldrig finns någon automatik utifrån markörer som en diagnos ställs utifrån. En diagnos är ett resultat av en tolkning av ett komplext informationsmaterial. Många läkare och psykologer ville att det tydliggörs i större utredningar att psykolog och psykiatriker bidrar till utredningen tillsammans. Samarbetet kan innebära att psykiatrikern är med i hela processen, inte bara för att utesluta fysiska orsaker och att de två professionerna systematiskt bygger upp en gemensam kompetens, som bygger på likhet och skillnad i kompetenser i kombination, som nämndes i föregående stycke.

Både läkare och psykologer föreslog att psykologer regelmässigt anställs inom slutenvården. Fler psykologer "på golvet" i akut och slutenvård skulle leda till att vården bättre kunde identifiera feldiagnosticerade fall och fick större kompetens att handskas med svårare ärenden och därmed bättre kunna skraddarsy behandling. Psykologer kan enligt verksamhetschef (läkare) som intervjuades användas till att i slutenvård förbättra sådant som bemötandefrågor, utvärderingar av insatser, diagnostik i samarbete med läkare, samt att psykologer kan fylla särskilda funktioner som har att göra med förlopp och avslutning av både tvångsvård och sjukskrivning, även om det är läkaren som är skolad i och har ansvaret att initiera vårdintyg och sjukskrivning. Verksamhetschef (läkare) pekade på att vårdintyg har visats utföras på ett alltför varierande sätt vilket inte är godtagbart. Det måste vara utpekade personer som ansvarar för övervakning av utvärderingar av vården.

Kompetensmässigt är detta en roll som bör tillfalla psykologen i samarbete med läkaren. Det saknas strukturer för detta enligt samma verksamhetschef: "varje tvångsinsats ska ha en plan för tvångsvårdens avskaffande". Ansvarsområdet att övervaka processer, utvärderingar och avslut är viktig både i slutenvård och öppenvård, och även vid arbete med internetpsykiatri.

Psykologer menade att diagnostiken bör vidgas och med fördel ha kombinerade aspekter av transdiagnostik, kriteriestyrd diagnostik och de psykologiska drivkrafterna bakom vidmakthållande av symptom. Målet med diagnostik är ju behandling eller annan form av åtgärd. Vägledande för val av behandling och åtgärd är patientens egenbeskrivna problemområden i kombination med en bedömning av tillstånd. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer används listor med parkonstellationer av Tillstånd – Åtgärd. Dessa tillstånd är inte alltid analoga med DSM-diagnostiken vilket framgår av Socialstyrelsens riktlinjer:

"De i viss mån icke-homogena diagnostiska grupper som ingår i flertalet refererade studier utgör en begränsning, men är samtidigt en styrka. Detta eftersom verksamheter som erbjuder psykosociala åtgärder ute i kommuner och landsting utgår ifrån personens behov snarare än utifrån diagnos. I praktiken utgörs huvuddelen av den grupp som har behov av dessa åtgärder av personer med schizofrenidiagnos. Ett spektrum av näraliggande psykiatriska tillstånd förekommer dock, precis som i de studier dessa riktlinjer baseras på."¹¹

Läkare menar också att psykoterapibedömningen ska göras tidigare, i samband med den initiala bedömningen, och inte kategoriskt efter en diagnostisk process. Enbart den psykiatriska diagnostiken kan sammanfattningsvis inte vara vägledande för val av åtgärd. En intervjuad läkare:

"Diagnosen är en orienteringspunkt i arbetet med patienten, men ingen absolut sanning ... det är ju många patienter som blivit hjälpta trots att man ställt fel diagnos. Eller innan man hunnit ställa diagnosen. Det är viktigt att man vågar problematisera detta ... Och [även att] det kan se helt olika ut om man har samma diagnos."

11 Socialstyrelsen 2011. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011– stöd för styrning och ledning, s. 93.

Patientens problemformulering skall alltså vara i centrum, enligt både läkare och psykologer samt flera chefer som intervjuats, i en process där utvidgad diagnostik och behandling utgör två sidor av samma mynt. Kommunikationen till patienten om resultat ska utvecklas och sträva mot än mer öppenhet med patienten och anhöriga. Det är alltså minst lika viktigt att använda patientens egen problem- och målformulering när åtgärdsförslag formuleras, som att använda klinikerns diagnostiska hypoteser.

Förslag i anslutning till detta var att lägga ner projektet att alla yrkesgrupper genomför basutredningar innan man fattat beslut om behandling, i synnerhet eftersom de inte alltid leder till diagnoser, utan till siffror som inte används till något konkret. ”Att göra en lång bedömning inklusive strukturerad intervju och sedan inte komma fram till någon slutsats”, som en psykolog angav, är knappast värdefullt för patienten. Då beskrevs det som mer adekvat att initiala diagnostiska bedömningar görs av de yrkesgrupper som har verklig kompetens att genomföra sådana, vilket således är läkare och psykologer. Flera psykologer önskade också att psykiatriker överlag mer intresserar sig för den somatiska delen. Verksamhetschefer betonade i intervju den minskade livslängden hos kroniskt psykiatriska patienter på grund av somatisk sjuklighet (se sidan 13).

Behandling – professioner samarbetar

Samarbete och konsensus i diagnostisk utredningsprocess läkare och psykologer emellan borde enligt psykologer öka andelen adekvata behandlingar utifrån uppnådda synergieffekter – både i själva behandlingseffekten men även i kvalitén som kringgärdar arbetet. Vanliga problem av idag beskrivs: man påbörjar parallella behandlingsförsök utan att tydligt ta ställning till om det är befogat eller i vilken ordning olika insatser ska provas och utvärderas. Verksamhetschefer (läkare) som intervjuats betonade att det på många håll sker en oproportionerlig medicinsk behandling, på bekostnad av psykologisk. Förutom att definiera roller, behöver vi ”nya algoritmer för när psykologisk respektive medicinsk behandling skall sättas in, eller en kombination av behandlingar”. Patienter ska inte erbjudas omfattande psykofarmakabehandling i kombinationer, som kan vara skadliga, på bekostnad av psykologisk behandling. Att enbart addera nya mediciner och inte andra insatser när medicin inte når önskad effekt bör ses som en historisk form av psykiatri.

Psykologer menade också att när strukturer för samverkan och ’smarta’ vårdprocesser saknas, så leder det i vissa fall till att mycket resurser läggs på stödjande och uppföljande samtalskontakter utan tydlig riktning och utan evidens. Stödsamtal kan fylla viktiga funktioner i särskilda övergångsfaser i vårdprocessen, men de skall inte överanvändas på bekostnad av strukturerad psykologisk och medicinsk behandling.

Många psykologer och läkare förordade en ökad pluralism i behandlingsutbud. Problemet när enbart diagnosen styr vilken behandling som sätts in är att patienter i vissa fall inte får den behandling som de kanske hade behövt. Kliniker behöver ha ett brett spann i sitt tänkande kring diagnostik och behandling. Det finns diagnoser som har ytliga likheter, varom vissa man oftare tänker initial psykofarmakabehandling, såsom Bipolär 2 eller ADHD, medan man om andra kanske snarare tänker initial psykologisk behandling, såsom PTSD eller dissociativt syndrom. Om det då finns ”trender” och ”favoritdiagnoser” i en klinik och/eller hos den enskilde professionelle, så blir det en skevhet för vissa patienter vad gäller behandlingsutbud. En psykolog angav:

”Det hjälper ju inte att vi har omfattande psykoterapeutiska behandlingsprogram för Emotionellt instabil personlighetsstörning som DBT och MBT om de personer som har detta tillstånd istället (...) diagnostiseras som ADHD eller Bipolär 2 och medicineras för dessa, eller att vi har omfattande psykoterapeutisk kompetens för behandling av dissociativa syndrom om dessa tillstånd istället diagnostiseras som psykossjukdomar och medicineras för dessa utan att erbjudas psykoterapi.”

Diagnostik och behandling i process

Här finns med andra ord ett problem inom den rådande snabbdiagnostiken som även får konsekvenser för de behandlingar som patienter erbjuds. Alltså förordades en större mångfald i vilka behandlingsmetoder som erbjuds, en noggrann diagnostik som ibland behöver genomföras med återkommande inslag och under en längre tid i vårdprocessen, och en lite annorlunda syn på förhållandet mellan diagnostik och behandling. De kliniska bedömningarna skall alltså sammanföras med de faktiska problem som patienten söker för i åtgärdsplaneringen, snarare än att hasta iväg med en diagnostisk utredning. Exemplet i stycket ovan får ses som ett avskräckande exempel.

Både läkare och psykologer menade att om man bara erbjuder KBT som psykologisk behandlingsmetod innebär det en diskriminering mot de patienter som inte ”passar in i KBT” vilket erfarenheten visar att många inte gör. Här finns också en splittring inom psykologkåren som bör uppmärksammas. Kanske, resonerade en verksamhetschef (psykolog), är det sämre ställt på vissa håll i samarbetet mellan psykologer med olika inriktningar, jämfört med samarbetet mellan läkare och psykologer.

Patienter med omfattande samsjuklighet och med svårare problematik har inte alltid ingått i de forskningsstudier som gett KBT evidens. Man borde enligt både läkare och psykologer alltså inom verksamheten sträva efter en bredd vad gäller diagnostik och behandling inklusive både KBT, psykodynamisk terapi och andra behandlingsmetoder grundade i forskning och beprövad erfarenhet. Några läkare och psykologer menade att grunden i allt psykiatriskt arbete därför bör förbli en mix av forskningsbaserade metoder, och metodologi som bygger på kontextuella och helhetsmässiga analyser, vedertagen och väl beprövad erfarenhet och kreativt tänkande vid behandlingsplaneringen, när de evidensbaserade metoderna är utprovade och patienten fortfarande inte fått hjälp. På sikt är målet att alla sådana nya åtgärder också skall förankras i forskning. Men en psykiatrisk patient behöver hjälp här och nu, inte imorgon. Detta tänkande matchar möjligen också den helhetsmässiga kompetens som läkarna själva hänvisar till.

Samverkan kontra behandling – det ena utesluter inte det andra

Citat som talar för sig själv av verksamhetschef/läkare i intervju:

”... som verksamhetschef fick vi ett uppdrag av sjukhusledningen att inventera hur många samverkansgrupper man satt i. Jag tror att när jag hade kommit upp i 40, då orkade jag inte räkna längre. Det finns en sådan otrolig tro på att om vi bara träffas och pratar ... så blir det bra. När man åker ut och sitter och pratar [på varandras enheter] så går det mängder med tid. Istället för att behandla det vi kan behandla. Alltså det finns ju idag, vi har DBT, vi har MBT, vi har PTSD-behandling som faktiskt gör stor skillnad. Det botar inte alla, det gör ingen medicinsk behandling, ingen behandling botar alla. Men det botar ju så många fler än om vi inte gör någonting alls ... det gick an på den tiden när vi inte hade så mycket effektiva behandlingsmetoder. Alltså psykiatrin på 50-talet hade egentligen ingenting, sedan kom neuroleptikan och då hade vi ett första redskap mot psykoser. På den tiden, då handlade det om att hålla människor under armarna Men det har faktiskt gått 65 år sedan dess, och det har hänt otroligt mycket och det har vi inte lyckats förmedla ut – vad vi ska kräva av psykiatrin vad de ska kunna ge för behandlingar ... Det har ju varit en explosion tycker jag de senaste 10–15 åren kring behandlingsmetoder som faktiskt gör skillnad för människor.”

Samverkan ska alltså ske på ett sådant sätt att det skapar synergieffekter, enligt principen om interaktion: $1+1=3$. När samverkan leder till att resurser frigörs och att de som samverkar upplever sig kunna ägna sig än mer åt behandling/kärnverksamhet, då handlar det om äkta samverkan. Men det är med citatet ovan i bakhuvudet viktigt att komma ihåg att det är utredning och behandling som är psykiatrins huvuduppdrag. Samverkan ska inte ske istället för, men som stöd för, behandling.

Äkta interaktion innebär alltså att energi frigörs, bildligt talat, inte minst genom det faktum att känslan av delat ansvar för svåra ärenden gör att varje medarbetare orkar med arbetet i större utsträckning. Tankegången är att om två eller fler inblandade genomför ett arbete tillsammans, snarare än var och en för sig, så finns möjligheten att resultat uppnås som inte hade kunnat nås med endast en individ inblandad:

”Med synergieffekt avses ett (bättre) utnyttjande av kompetenser o.d., där den samlade kompetensens värde är mer än summan av de enskilda kompetenserna var för sig.”¹²

Patienten i centrum – gemensam utvärdering

Läkare beskrev vikten av att professionerna är öppna med sina kompetenser och ansvarsområden och att i varje steg i bedömnings- och behandlingsarbete ha ett mer ”patientnära perspektiv med större öppenhet och delaktighet”. Utvärderingar av all behandling, även psykodynamiska terapier, måste ske med regelbundenhet även om sådan form av utvärdering traditionellt inte alltid ingår i metodiken. Erfarenheten visar dock att det går utmärkt att kombinera, och det är ett krav för att PDT skall kunna användas i psykiatri, enligt resonemang med specialistpsykolog. Utvärdering av vårdplan sker vid särskilt förberedda tillfällen, där både patientens problem- och målformulering går igenom och kliniker och patient ställer sig vid sidan om behandlingen och bestämmer om metoden skall fortsätta att användas. Citat från enkäten:

”Det händer fortfarande för ofta att icke optimala behandlingar (flertalet samtidiga mediciner, fel mediciner, ... fel behandlingsfokus i psykoterapi etc) får rulla på i årtal, utan utvärdering och ställningstagande till ny utredning som kan leda till optimerad behandling.”

Konsultation, handledning, utbildning

Psykologerna föreslog att läkare och psykologer i större utsträckning samarbetar om handledning och konsultation till andra yrkesgrupper. De föreslog också att skapa gemensamma handledningsgrupper utifrån uppdrag och arbetsfokus istället för att basera på yrke. En grundförutsättning för detta kan vara att de även i viss utsträckning har gemensam handledning redan från och med AT respektive PTP. Möjlighet till gemensamma utbildningsinsatser, psykologer och läkare tillsammans i vissa ämnen framhölls också. Läkare beskrev detsamma: att läkare och psykologer i större utsträckning samarbetar om handledning och konsultation till andra yrkesgrupper och även till primärvård och slutenvård, att denna träning i samverkan startar redan på grundutbildningsnivå. Gemensamma utbildningar och system för att handleda varandra borde också vara en del i detta. När sådana utbyten har förekommit har det alltid lett till bredare slutsatser, men denna ”korsbefruktning” förekommer enligt läkarna idag inte särskilt ofta.

Syftet med detta är att professionerna får flera perspektiv och förståelse för varandras yrkesroller vilket i sin tur kan leda till att verkliga synergieffekter kan uppstå vid samarbeten om vården av patienterna, ”maximal effekt vid kombinatoriska behandlingar” som en läkare angav. På det viset skulle båda yrkesgrupperna få stöd i att utbildas både kring sådant som å ena sidan snabba beslut och åtgärdsförslag, och å andra sidan reflektions- och processbaserad handledning.

Medicin och psykologi som parallella fält i psykiatri

För att möjliggöra ökad effektivitet och bättre resultat måste medicin och psykologi ha samma status enligt psykologerna i enkät men även verksamhetschefer (läkare och psykologer) i intervjuerna. Det betyder inte att de ansvarar för samma områden, men det betyder att för de områden som de ansvarar för, så är det yrkesgruppens ledningsansvarige företrädare som har sista ordet, och inte, som idag på många håll, automatiskt läkarna. Vikten av att verksamhetsledningen, i ett nationellt perspektiv, anger att medicin och psykologi är jämlika verksamhetsfält inom psykiatri angavs av samma

intervjupersoner. Detta matchar också proportionaliteten i efterfrågan på psykologer av patienterna samt den evidens det finns för medicinsk och psykologisk behandling¹³.

Ytterligare sätt att uppnå detta på som flera var inne på i enkäten är att läkare integreras mer på enheterna genom att de har samma chef som andra professioner. Intervjupersoner i chefsställning tror att detta skulle leda till en ökad funktionalitet utifrån det att hela organisationen arbetar tillsammans mot samma mål.

Psykologisk ledningsfunktion

För att specialistpsykologer skall kunna ta motsvarande form av övergripande ansvar för psykologisk utredning och behandling behövs en psykologisk ledningsfunktion. Här föreslogs det att specialistutbildningen för psykologer blir statligt erkänd och att den planeras i samråd mellan psykologprofessionen och verksamheterna. Chefsperson i intervju menar att om så skulle bli fallet, så kommer det också sannolikt att påverka vissa aspekter av psykologgrundutbildningen; det faktum att läkarstudenter som påbörjat sina studier vet att de i en framtid kommer att ha vårdledande (och/eller verksamhetsledande) funktioner inom vården ger en sannolikt nödvändig inväntningsfas för att senare axla sådant ansvar. Eftersom varje yrkesgrupp bör ha huvudansvar för beslut rörande sin egen profession, och eftersom psykoterapi är en psykologisk behandlingsmetod, så bör ledningsansvariga psykologer också ha huvudansvar för alla professioner som arbetar med psykoterapier och andra samtalsinriktade metoder som verksamhetschefen fattar beslut om skall finnas på kliniken.

Delvis omformulerade beställningar

Denna omfördelning av ansvar beskrevs behöva ske inom psykiatrin på nationell nivå så att det också når fram till beslutsfattare och vårdbeställare så att beställningar av vård och hur man räknar produktions- och kvalitetsmått avpassas utifrån detta. I enkät och i intervju med verksamhetschef betonades att en modell där läkare och psykologer delar på huvudansvaret i psykiatrin där detta delande kännetecknas av att de har ansvar för både olika och lika områden, samt att de har ett ansvar att samverka med varandra med patienten i centrum, är en modell som också skulle avlasta psykiatrikerna utan att förminska de ansvarsområden de har idag. Det utbredda systemet av idag med hyrläkare som kompensation för bristen är en stor belastning på resurserna och därtill ineffektiv enligt de resonemang som förts i denna sammanfattning.

Följande exempel som gavs av en psykolog kan belysa hur avsaknaden av en psykologisk ledningsfunktion leder till problem:

”Situationer då den medicinskt ledningsansvarige har hamnat i konflikt med psykologer (och psykoterapeuter med annan grundutbildning) utifrån exempelvis att man haft olika åsikter om innehållet i en psykologisk behandling, vilken psykologisk behandling som är effektiv för patienten, eller när behandling ska avslutas. Eftersom psykologer (och psykoterapeuter) inte har någon organisatorisk kvalitetssäkring, och inget formellt övergripande ansvar för psykologiska metoder, till exempel chefspsykolog eller psykologiskt ledningsansvarig, som har kunnat granska ärenden och agera motvikt till den medicinskt ledningsansvarige. Och eftersom klinikledningsgrupp och verksamhetschef saknar psykologisk och psykoterapeutisk kompetens, har de varit chanslösa i att kunna avgöra om den medicinskt ledningsansvarige eller psykologen ”har rätt”.”

¹³ För aktuell forskning gällande effekter av olika behandlingsmetoder, se Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU), <http://www.sbu.se/sv/Hem/>.

Psykologers och läkares förändringsförslag för psykiatrisk vård

- * Öka resurser (personal, tid utrymme) också genom minskad administration
- * Ledning styr mot samarbetsklimat utifrån tydlig koppling kompetens – ansvarsområde
- * Ledning styr mot differentierade och specificerade ansvarsområden för professionerna
- * Medarbetare samarbetar utifrån respekt och kompletterande kompetenser
- * Mer likvärdigt och delat ansvar professionerna emellan jämfört med idag
- * Patienten i centrum – tvärprofessionella kompletterande funktioner kring patienten
- * Mer genomtänkta vårdprocesser utifrån dynamik mellan diagnostik och behandling
- * Psykologer handleder läkare, läkare handleder psykologer, både under utbildning och i yrkessammanhang
- * Psykologer och läkare samarbetar om konsultationer till andra professioner, vårdgrannar, i slutenvård, etc

(I huvudsak) Psykologers förändringsförslag för psykiatrisk vård

- * Inför psykologisk ledningsansvarsfunktion som utgör ett likvärdigt komplement till medicinskt ledningsansvar
- * Inför statligt sanktionerade specialistutbildningar för psykologer med inriktning på psykologiskt ledningsansvar

FÖRSLAG PÅ MODELL

Målet med denna fas i Psykologförbundets psykiatriprojekt är att ta ett första steg till att tillsammans med andra professioner, verksamheter och beslutsfattare påbörja arbetet med en mer detaljerad planering av en modell som ökar psykiatrins produktivitet och effektivitet på ett hållbart sätt. I detta arbete har Sveriges Psykologförbund fokuserat på samarbete och rollfördelning mellan psykiatriker och psykologer. Utifrån urvalskriterierna jämfördes en profession med specialistutbildning (psykiatriker) med en profession med grundutbildning (psykologer), något som också återspeglades i Tabell 1 gällande antal år i yrket och på kliniken.

Även om andra professioner i både enkäter och intervjuer naturligtvis har avhandlats i intervjuerna, så väljer vi att än så länge inte införliva andra yrkesgruppers ansvarsområden och funktioner i modellen. Detta eftersom företrädare för respektive profession ännu inte har fått möjlighet att yttra sig i detta projekt. Modellen är därför inte heltäckande och den bör kunna modifieras efter det att dialoger med andra yrkesgrupper har utvecklats. Arbetet har utgått ifrån allmänpsykiatriska enheter för vuxna där det inte alltid är samma vårdtyngd som på andra typer av psykiatriska enheter, vilket också är viktigt att ha i åtanke.

Psykiatrins huvuduppdrag är att utreda och behandla psykiatriska tillstånd. I dagsläget går bildligt talat någonstans en skiljelinje mellan tillstånd av mindre komplex och mindre svår grad, vilka skall få omhändertagande i primärvården, och mer komplexa och svårare tillstånd, vilka omhändertas i psykiatrin. Dessa tillstånd kan ha sin grund i en kombination av faktorer och kan därför ibland kräva en kombination av insatser. Det finns olika modeller för hur tillstånden uppstår. Neuropsykiatriska modeller till exempel betonar biologiska/genetiska faktorer som huvudsakligt orsakande tillstånden medan andra faktorer såsom miljömässiga och kulturella beskrivs förstärka eller försvaga utvecklingen av det biologiskt givna, men således inte orsaka utvecklingen. Andra modeller såsom vissa psykologiska och sociologiska modeller betonar tvärtom miljöns och kulturens inverkan som huvudsakligt styrande, medan det biologiska snarare förstärker eller försvagar det miljömässigt och/eller kulturellt givna. I motsats till bägge dessa modeller som i grund och botten präglas av ett orsak/verkan paradigm, finns mer renodlade bio-psyko-sociala modeller där ett interaktionistiskt paradigm snarare utgör utgångspunkten. I en interaktionistisk modell finns ingen hierarki mellan de faktorer som processar utvecklingsstegen, eftersom det ena inte har någon verkan på utvecklingen utan det andra. De inverkanseffekterna på nya utvecklingssteg eller patologier, exempelvis 'arv och miljö', genererar en ny helhet som också är större än och därför inte möjlig att, analogt, hänföra till de delar som genererade den.

Ingela Thylefors refererar till Steen Wackerhausen, dansk filosofiprofessor, och dennes ”moraliska argument” för tvärprofessionellt samarbete: att sådana komplexa fenomen som psykisk ohälsa har sitt ursprung i en komplex bakgrund och därför finns dessa fenomen:

” i ett fält av orsaker som överskrider vad enskilda professioner och kunskapsområden kan greppa. Att expandera den professionella domänen till att inkludera allt är helt enkelt inte möjligt beroende på människans kognitiva begränsningar. Det innebär alltså att inget yrke kan veta allt som är möjligt eller relevant att veta om ett fenomen.”¹⁴

Den traditionella synen att de tillstånd som vi arbetar med i psykiatrin på ett övergripande plan är medicinska, kan spekulativt anses bygga på ett synsätt som vilar på en orsak/verkan modell och en biologisk/genetisk hegemoni. Emellertid har forskningen hittills inte visat på entydiga samband mellan genetiska faktorer och de psykiatriska diagnoserna. ”Genetiken går på cross, över flera diagnoser” som verksamhetschef (läkare) påtalar¹⁵. Det verkar också förhålla sig så att de allra flesta av de psykiska symtomen ”går på tvärs över flera diagnoser”. Det finns således inga enskilda symtom som analogt hänvisar till en enskild diagnos. Diagnosen depression till exempel har inga specifika markörer som entydigt påvisar att det är en depression. Vart och ett av de i DSM-5 beskrivna symtomen på depression

¹⁴ Thylefors (2013), s. 16.

¹⁵ Se exempelvis: Smoller JW, Craddock N, Kendler K, Lee PH, Neale BM, et al. (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*, 381 (9875), 1371–1379.

kan i sig vara en yttring av något annat än just den diagnosen. Som tidigare nämnts är en diagnos istället ett resultat av en sammanvägd tolkning av flertalet olika typer av information.

Om det vare sig finns entydiga genetiska markörer eller entydiga psykiatriska symtom som är kopplade till de psykiatriska diagnoserna, så kan det knappast finnas sådana enkla förhållanden att en viss diagnos alltid skall leda till en viss behandling. Däremot innebär diagnostiken enligt verksamhetschef/läkare:

”En terminologi som man måste använda professioner emellan ... Men det olyckliga är om man använder den stigmatiserande, att man [sätter etiketter] ... Och då är inte diagnostiken bra, om man använder den på det sättet.”

Men rätt använd är diagnostiken ett sätt att kategorisera och conceptualisera de erfarenheter vi gör och kan ha stora pedagogiska vinster också i kommunikationen med patient och anhöriga. Och de kan också, som de gör i våra nationella riktlinjer, utgöra ett bredare ramverk¹⁶.

Istället bör diagnostik vara en del i en vårdprocess där val av behandlingsmetod bygger på både läkarens och psykologens diagnostik och olika funktionsbedömningar, och patientens egen problem och målformulering. Sammanvägt med patientens egna formuleringar utgör alltså läkarens och psykologens kliniska bedömningar den bästa vägen till beskrivning av det som i de nationella riktlinjerna benämns ”Tillstånd” vilket i sin tur leder till val av ”Åtgärd”¹⁷. Läkarens och psykologens kliniska bedömningar kan vara formulerade till patienten som diagnoser eller andra former av beskrivningar såsom exempelvis neuropsykologiska termer. Denna kunskap skall förmedlas till patienten på ett sådant sätt att det är begripligt och att konsensus nås gällande de problem som skall åtgärdas. Kopplingen Tillstånd – Åtgärd är således inte alltid analogt med en koppling Diagnos – Åtgärd vilket diskuterades i Sammanfattningen och vilket framgår av de nationella riktlinjerna:

”I en evidensbaserad praktik ska i beslut om insatser (åtgärder) i enskilda ärenden tre kunskapskällor sammanvägas:

- den för tillfället bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen om insatsernas (åtgärdernas) effekter
- personens erfarenheter och önskemål om innehåll och resultat av vård och stödinsatser
- den professionelles erfarenhet och expertis.”¹⁸

I den nyligen utkomna rapporten till regeringen ”Effektiv vård”¹⁹ konstaterar Göran Stiernstedt att:

”värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Vårdens effektivitet avgörs därmed i mötet. En viktig övergripande slutsats är att en förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än i dag (SOU 2016, s. 18).”

I samma rapport föreslås att vården måste effektiviseras för personer med omfattande psykiatriska behov genom en rad åtgärder, bland annat ökat fokus på interprofessionellt samarbete och ökad professionell autonomi vilket bland annat

”kommer att kräva att huvudmännen och verksamheter ökar sin förmåga att planera utifrån målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och att samarbeta horisontellt (SOU 2016, s. 28).”

¹⁶ ”Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för beslut på gruppnivå. De kan alltså inte tillämpas på individnivå. Rekommendationerna kan dock ge viss vägledning vid hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beslut som rör enskilda personer men i det enskilda fallet vägs flera andra faktorer in utifrån individens unika situation.” Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning*, s. 18.

¹⁷ Se Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*; och Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning*.

¹⁸ Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning*, s. 71.

¹⁹ SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*.

Att alla patienter oavsett individuella omständigheter inte erbjuds flexibla standardiserade vårdprocesser, är således motsatsen till både den modell som strax skall presenteras här, samt slutsatserna i omnämnda SOU-rapport. I sådana icke flexibla modeller, som appliceras på vissa håll i Sverige idag, är det diagnosen och den standardiserade vårdprocessen som är i centrum, inte patienten. I den modell som tvärtemot sådana modeller presenteras nedan, ställs högre krav på de professionellas autonomi och deras förmåga att arbeta komplext, deras förmåga att ha goda samarbeten inom ramen för en välfungerande företagskultur, och deras aktiva arbete för att ha patienten i centrum.

Psykiatrikers och psykologers interaktion i vårdarbetet

Vad som är gemensamt för både psykologer och läkare i psykiatri är att de arbetar med diagnostik och annan form av utredning kopplat till behandling. Slutsatsen av både enkäter och intervjuer är att läkare och psykologer behöver samarbeta ännu mer än vad som görs idag. Om vi på ett nationellt jämnt fördelat plan ska säkra att läkare och psykologer har delat ansvar på så sätt som föreslagits i Sammanfattningen, inom skilda och delvis likartade övergripande områden, i synergisk samverkan med varandra, kommer det inte att räcka att det står skrivet i dokumentation. Det behövs levande professionella som fått i uppgift att hitta sätt att få allt detta att utvecklas på enheter och kliniker. Därför krävs förutom medicinskt ledningsansvariga också psykologiskt ledningsansvariga som arbetar med dessa frågor tillsammans med verksamhetschefen.

Lika viktigt som det är att nationella riktlinjer gällande ansvarsområden och samarbete måste anges från 'Politiken' och 'Administrationen', för att återknyta till diskussionen om 'domänteorin' (se sidan 22), lika viktigt är det att verksamhetschefen kan tillämpa formerna för delegering av ansvarsområden och riktlinjer för hur samarbete skall se ut på ett flexibelt och varierande sätt utifrån den unika kunskapen som finns om den egna unika verksamhetens resurser och begränsningar. Det bör således finnas en avvägning mellan att samhället ger professionerna och verksamheterna autonomi att organisera verksamheten utifrån deras expertkunskap, och att samhället styr detta arbete genom föreskrifter, riktlinjer och genom uppföljning av verksamhetens resultat, vilket främst ska syfta till – jämlik vård av god kvalitet i hela landet.

Vårt samhälle och vår kunskap är i ständig förändring, så också psykiatri. Det är angeläget att presentera en modell som kan vara följsam utifrån både inre förändringar (i professionerna, i sjukvården) och yttre förändringar (i samhället). En varaktig och stabil följsamhet och flexibilitet, om man så vill. Psykiatri har genomlevt många tillfälliga projekt, vilket har varit problematiskt. Modellen som presenteras ger ett förslag på ett 'inre' ramverk gällande fördelningen av funktioner och ansvarsområden utifrån kompetens, andra viktiga funktioner kring patient och team, samt hur de olika funktionerna skall samverka. Detta inre ramverk skall kunna fungera oavsett om man organiserar subspecialiserade team inom en klinik och subspecialiserade enheter/kliniker, eller om man organiserar team, enheter och kliniker som är mer 'allmänna'. Modellen tillåter således möjligheter för verksamheten att fatta beslut kring såväl olika former av rutiner (exempelvis gällande nybesök, avslutningar, mätinstrument och så vidare) som 'yttre' organisation. Förhoppningsvis kan detta ge en längre hållbarhet för modellen.

I rapporten ”Effektiv vård” diskuteras utförligt nackdelarna med en topp/detaljstyrning av vården på bekostnad av professionernas autonomi. Här förordas att en effektivare vård bygger på en god arbetsplatskultur och på professionernas relativa autonomi snarare än alltför ensidig detaljstyrning.

”Regler, organisationsscheman, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och andra styrmedel kan och ska inte föreskriva ageranden och beteenden i detalj. Detta är särskilt viktigt i kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård, där det är naturligt och nödvändigt att de professionella i vården har tillräcklig autonomi för att kunna bedriva arbetet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och där patientens individuella behov ges utrymme att påverka arbetet. Avsaknaden av mer formella styrmöjligheter förutsätter därmed att andra faktorer än traditionella styrmedel fungerar för att arbetet ska bedrivas effektivt. En sådan avgörande faktor som inte ”syns” är arbetsplatsens kultur. Vi har i detta sammanhang valt att definiera kultur som värderingar och förhållningssätt som skapar synliga arbetssätt och beteenden eller sätt att tänka – dvs. inte det faktiska handlandet i sig utan de värderingar som ligger bakom agerandet såväl på individ- som organisationsnivå. Vi har mött åtskilliga exempel på att arbetsplatskulturen är ett starkare styrmedel än styrmedel som ”kommer uppifrån”. (...) Framgångsrika verksamheter har en stark och sund ”vi-anda” där olika professioner och patienter samarbetar på ett prestigelöst sätt. (...) En effekt av en sund och icke-hierarkisk ”vi-anda” är att det påverkar synen på patientens roll i vården: patienten blir en del av teamet och inte ett objekt som ska ”sättas i centrum” (SOU 2016:2, ss 23–24).”

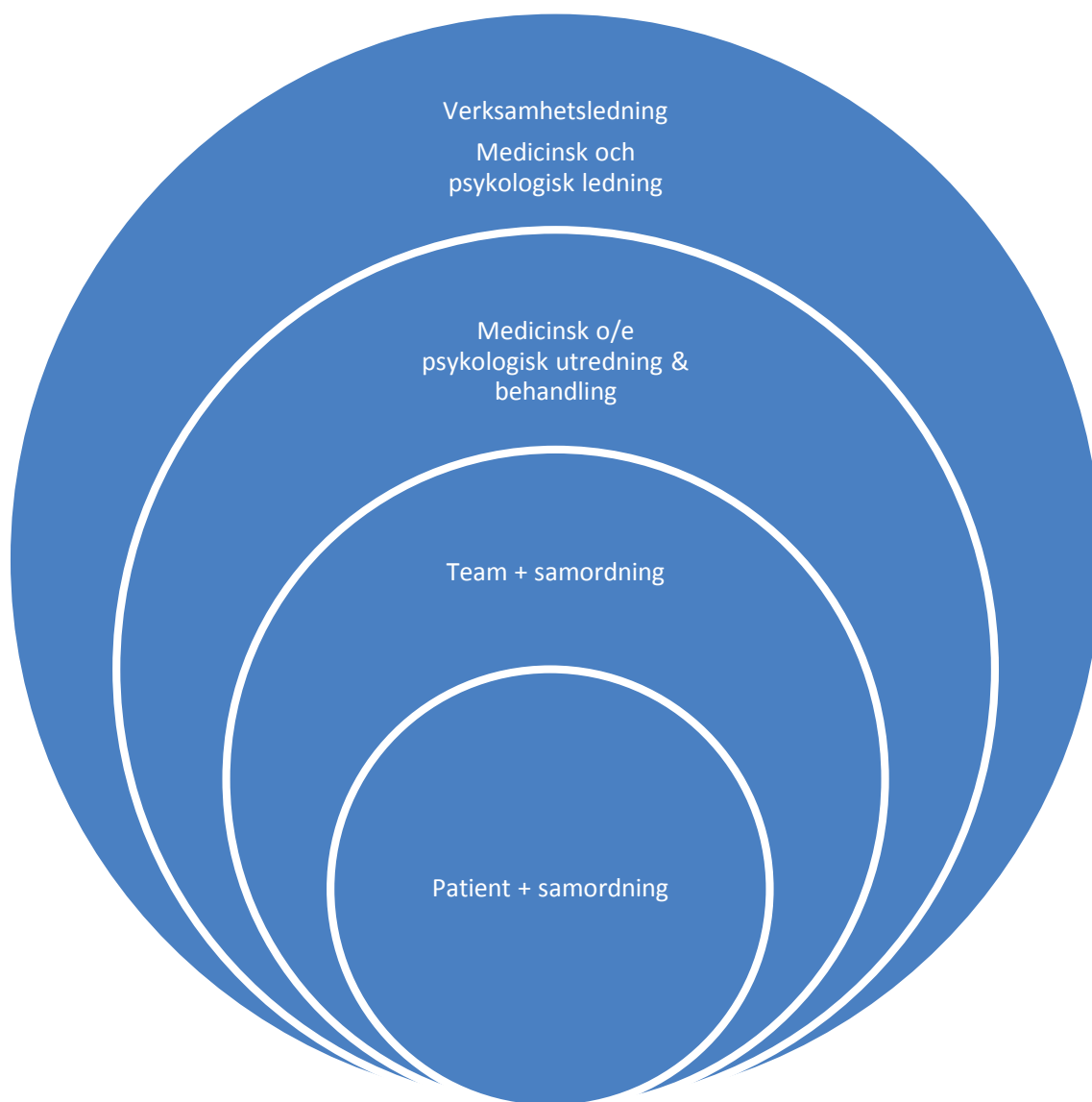
Detta citat belyser och knyter samman flera av slutsatserna av detta psykiatriprojekt.

Modellen

Modellen för samarbete och fördelning av roller och ansvarsområden bör vara så tydlig att den motverkar det godtycke som omtalades i Inledningen, med den dubbla kombinationen av professionens 'jagcentrering' och ansvarsfrihet. Professionerna skall arbeta tillsammans mot bakgrund av att de är komplementära. Ingen äger frågan om patientens vård ensam, utan patienten är den huvudansvarige och de professionella fyller olika funktioner som kompetenserna förutsätter. Med patienten i centrum på det sättet blir maktfördelningen annorlunda och bör bli avlastande för alla inblandade. Verksamhetschef/läkare:

”Auktoritet skall komma utifrån att man fyller en funktion i modellen, inte utifrån andra premisser. Den kommer inte av att man hävdar den, utan att man bistår på det sätt som för processen bäst framåt.”

Kontentan av intervjuer och enkät är tydlig – vid delat ansvar och vid verkliga samarbeten ökar den professionelles kapacitet att ”producera” mer, att ha ork att arbeta för fler patienter.



Figur 1: modell för psykiatriskt teamarbete med förtydligande av rollfördelning för läkar- och psykologprofessionen.

Patient och patientsamordning – Första cirkeln

Se figur 1. Patienten i centrum betyder att patienten ses som expert. Det handlar om att bereda utrymme för, stödja och motivera patienten i sin 'empowerment' och att visa patienten att vår kunskap säger oss att detta perspektiv inger större effekt på behandlingarna. Naturligtvis mår många som söker psykiatrisk vård akut dåligt, och kan ha behov av att vården talar om vad de själva behöver. All kunskap pekar dock på att för att utredningar och behandlingar som ges i psykiatrin ska få maximal utväxling, så behöver patienten vara en aktiv och informerad agent i vårdprocessen.

Självklart är de som arbetar i psykiatrin också experter, och det är ju i sin roll som experter som de efterfrågas. Men "att få hjälp i psykiatrin är inte som att lämna in sin bil på lagning" som en intervjuad verksamhetschef uttryckte det, och om det är så att patienten har svårt att formulera sina behov, så är det vårdens ansvar att motivera för och pedagogiskt beskriva syftet med detta arbete. Att både patient och vårdens personal är experter utesluter inte varandra. Patientens egen problem- och målformulering är under hela vårdtiden också föremål för utvärdering och modifiering, precis som utvärderingar av diagnostik och behandlingseffekter.

Psykiatrin har ett ansvar att tillförsäkra principen om patient-i-centrum med hjälp av en samordnande funktion för patienten. Värnandet att patienten deltar i alla vårdbeslut, får adekvat information, har insyn i den planering som görs och ges utrymme att formulera egen problem/målformulering, är logiskt sett också förknippad med värnandet om att någon håller samman helheten när fler yrkesutövare är inblandade i vårdarbetet. Om flera yrkesutövare i teamet träffar patienten parallellt, bör någon av dessa professionella utses som den som har huvudansvaret för samordnarskapet. Detta är inte minst viktigt då parallella insatser krävs av andra vårdgivare/kliniker, myndigheter eller organisationer. Vid extern samordning kan också samordnare utses utanför enheten, exempelvis i Socialtjänst, Arbetsförmedling eller dylikt. I sådana fall behöver ändå den ovan beskrivna interna samordningen för det psykiatriska kvarstanna inom enheten, så att säga parallellt, eftersom enbart psykiatrin har kompetens för sådan intern samordning. I vissa typer av psykiatriska vårdenheter utbildas personal i så kallad Case Management (CM), vilket är en formaliserad funktion av patientsamordnarskap.²⁰

Patientsamordnarfunktionen kan som nämnts innehas av den som utreder och behandlar patienten, psykiatriker eller psykolog. Detta kan exempelvis vara fallet inom primärvården och inom psykiatriska enheter som arbetar med mindre komplexa och grava tillstånd. Men det är viktigt att komma ihåg att det ställer krav på förmåga att hålla parallella spår – att delvis företräda patientens egenmakt, delvis professionens kunskapsmakt. I andra sammanhang kan verksamhetschefen fatta beslut om att en särskild person har ansvaret för denna funktion för en given patient. I sådana fall gör självklart även läkare eller psykolog egna problem/målformuleringar tillsammans med patienten utifrån utredning eller behandling. Men patientsamordnaren kan då sammanställa gemensamt vårdplansdokument för de olika inblandade insatserna. Tillfälliga behov av stödsamtal i psykiatrin kan möjligen vara förknippad med patientsamordnarfunktionen, något som skulle kunna utredas vidare.

Avslut av vård

När en patient inte längre är i behov av eller är betjänt av behandling och/eller utredning ingår det i arbetet att erbjuda en så smidig överlämning som möjligt till annan instans vilket således är slutpunkten för patientsamordnarfunktionen. Med patienten i centrum skall sådana överlämningar alltid ske så att patienten inte far illa i överlämningsfasen, en fas som enligt erfarenheten utgör en risksituation för försämrat psykiskt mående. Samordnarskapet slutar alltså inte i samband med att teamet har fattat beslut om att patienten skall avslutas. Den slutar först när patienten är väl mottagen på den nya instansen. Detta ingår i psykiatrins uppdrag och verksamhetschefen skall se till att det finns resurser för

²⁰ Det finns olika varianter på Case Management avseende i vilken mån behandlarfunktionen ingår, se <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/casemanagement>. En möjlig tankegång att utreda vidare är om det finns fördelar med att formalisera att stödsamtalsfunktionen är kopplad till case manager funktionen.

vårdpersonalen på kliniken att fullfölja denna viktiga del av uppdraget. Att som profession utgöra en funktion i en helhet, handlar också om att se den egna verksamheten som en funktion i en helhet. Om bedömningen är att patienten behöver stöd och uppföljning i överlämningen, så skall detta ske. I sådana övergångsfaser kan det till exempel vara adekvat med tillfälliga stödsamtalskontakter.

Team och teamsamordning – Andra cirkeln

Den typ av problematik som en verksamhet inriktar sig på, är avgörande för vilka professioner som anställs på enheten. Forskning visar att tvärprofessionella teamsamarbeten är effektiva i vården gällande lönsamhet och kvalitet och det finns ett samband mellan teamarbete och resultat uttryckt som både patienters självskattningar och även med objektiva mått²¹. Hur teamkonferenser på bästa sätt kan läggas upp avhandlades bland annat på sidan 23. Vilka faktorer som präglar det goda samarbetet har avhandlats på flera ställen i Sammanfattningen. Målet för teamkonferenser är att precisera och fördjupa arbetet kring patientärendena och att dela ansvaret på vissa plan, även om alla som diskuterar ärendena i teamet inte direkt träffar patienten. Konsensus skall eftersträvas kring bedömningar och planeringar, framför allt i relation till patienten och anhöriga men även inom teamet. En struktur för vad som sker när konsensus inte uppnås avhandlas i nästa avsnitt.

Patienssamordnarfunktionen riktar sig till en specifik individ, patient. En annan samordnande funktion som har teamet som helhet i fokus, och därmed enheten som helhet i samarbete med andra team och med enhetschef, är teamsamordnaren. Teamsamordnarfunktionen²² beskrivs i intervjuer som en funktion som kräver lyhördhet och diplomati men också beslutsamhet och förmåga gränssättning. Personen behöver enligt verksamhetschef vara noggranna, effektiva och ha hög arbetskapacitet. Teamsamordnaren behöver kunna ”analysera komplexa kunskapsstoff” (citat verksamhetschef) och ha en pedagogisk förmåga att förmedla det som pågår i enheten och på teamet för alla inblandade på ett pedagogiskt sätt. Det är en ansvarsfunktion för fördelning av ärenden och övervakning av vårdprocesser på en team- och enhetsnivå. Utifrån vad som har framkommit i denna studie om psykologers processkompetens inom områden som grupper, organisationer, uppföljning och utvärdering, skulle det kunna vara ett förslag att specialistpsykologer också ansvarar för att utarbeta riktlinjer för hur teamsamordning ska se ut. En specialistpsykolog krävs dock inte för själva arbetsuppgiften som sådan, utan den kan till exempel utföras av en kompetent leg psykolog eller annan lämplig person. I intervjuer på enheter där samarbete fungerar framkommer att det ofta är psykologer som är teamsamordnare på enheterna.

Läkares och psykologers utredande och behandlande arbete – Tredje cirkeln

Diagnostik och behandlingsförslag förankras som tidigare angivits i öppen dialog med patienten. Är fler professioner inblandade i utredning är som tidigare nämnts strävan att nå konsensus i teamet och med patient. Psykiatrins huvuduppdrag gäller det som motsvaras i den tredje cirkeln i Figur 1: utredningar och diagnostik i kombination med vetenskapligt utprovade behandlingsmetoder. Ett gemensamt redskap för läkaren och psykologen är diagnostiken, som alltid har en dimension av vad (”syndromdiagnostik”, funktionsbeskrivande diagnostik, transdiagnostik, eller en kombination av dessa) och allvarlighetsgrad (funktionsnivåbedömning). Eftersom utredning och behandling ska utgöra två sidor av samma mynt i en helhet, bör de som behandlar också vara de som ansvarar för den psykiatriska/psykologiska diagnostiken. I vissa lägen nås inte konsensus, varför det då behöver finnas ett system för att avgöra vilken specialistläkare eller specialistpsykolog som har det övergripande ansvaret för patientens vård, mer om detta strax.

21 Thylefors, (2013).

22 I intervju med samordnare på BUP där teamledarfunktionen är väl utvecklad, anges uppgiften som att i samverkan med enhetschefen prioritera, fördela, följa upp ärenden och samordna behandlingsinsatser, bevaka och samordna kontakter med olika enheter inom kliniken samt med externa samarbetspartners, ansvara för strukturen under behandlingskonferens, bevaka att alla ärenden får en diagnostisk bedömning och att vårdplan upprättats, bevaka att alla i teamet drar sina ärenden och att tiden fördelas efter behov, och utgöra del av ledningsgrupp eller administrativ grupp med enhetschef.

Diagnostik och behandling förutsätter alltså varandra och det ska finnas ett dynamiskt samspel dem emellan, något som avhandlades i Sammanfattning samt i inledningen till detta kapitel. Ofta kan exakt samma problem/målformulering i kombination med föreslagen behandlingsinsats ses hos personer med helt olika diagnoser. Därför kan läkare/psykolog presentera ett behandlingsförslag utifrån den sammanvägda bilden av patientens problemformulering och de kliniska bedömningarna som är gjorda i teamet såsom tidigare beskrivits. Varje insats skall utvärderas. Finner patient och läkare/psykolog att insatsen inte har önskad effekt, kan exempelvis fördjupad utredning genomföras. Utfallet av en sådan utredning, och hur utfallet kommuniceras i återkoppling till patienten, och faktiskt även själva utredningsprocessen som sådan, kan i vissa fall ha betydande terapeutiska effekter. Och omvänt kan det vara så att det inte är förrän man har 'provat' en behandling eller åtgärd, som den kliniska (diagnostiska) bilden klarnar. Behandling och diagnostik/bedömning är alltså två sidor av samma mynt. Deras verkställande berättigas av att de regelbundet utvärderas.

Ofta sker psykologisk eller psykoterapeutisk behandling samtidigt som medicinsk behandling. Hur en psykiater och specialistpsykolog samverkar kring en viss patient går att lägga upp på olika sätt, vilket verksamhetschefen tillsammans med de medicinskt och psykologiskt ledningsansvariga ytterst har att ta ställning till. Samarbete och samverkan ska emellertid inte ske 'för samverkandets egen skull', utan för att uppnå 'synergieffekter' i det som är huvudsyftet med den psykiatriska verksamheten: utredning och behandling. Och dessa syften kan inte bli effektiva om inte rätt form av samverkan görs. Däremot ska inte samverkan så att säga 'ersätta' behandling.

I dagsläget finns ett stort antal forskningsmässigt och kliniskt utprovade medicinska och psykologiska behandlingsmetoder för en bred variation av psykiatrisk problematik och forskningen frambringar successivt allt fler alternativ. Dessa forsknings- och erfarenhetsmässigt grundade metoder skall inte vara undanhållna för patienterna och möjligheterna måste vara likvärdiga i hela landet. Möjligheten till nationella gemensamma konferenser för medicinskt och psykologiskt ledningsansvariga kan bidra till denna jämlikhet. Fortfarande finns emellertid många kliniska tillstånd, där vår kunskap är begränsad gällande behandling eller handhavande, och där det i Sammanfattningen beskrivs som ett spännande fält att psykiatriker och psykologer tar sig an dessa problem tillsammans, och tillför sina respektive kompetenser. Som det ser ut i dagsläget behöver rutiner för administrativa åtgärder ses över, så att läkare och psykologer i maximal utsträckning använder sin tid till kärnverksamheten och inte till onödig administration. Nya åtgärder som provas i enstaka undantagsfall, till exempel för att man utprovat och dömt ut "den för tillfället bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen om insatsernas (åtgärder) effekter" skall utvärderas och i ett senare skede beforskas i enlighet med Evidensbaserad Psykologisk Praktik²³.

Medicinsk och psykologisk ledning – Fjärde cirkeln

Hur skulle dessa synergieffekter kunna uppstå utifrån optimala förutsättningar när deras kompetenser samverkar? I enkäter och intervjuer framkommer att trots att 'PAL-systemet' är avskaffat, så kvarlever traditionen att överläkaren har ett övergripande ansvar, alldeles oavsett att varje legitimerad person har självständigt yrkesansvar inom ramen för sin kompetens enligt Patientsäkerhetslagen. Det är inte heller alltid spontant lätt att beskriva vad som avses med detta huvudansvar i praktiken. Vid en närmare analys av det som av både läkare och psykologer angavs som läkarnas huvudansvar, eller övergripande ansvar, framkom i enkäterna att det präglas av:

23 Psykologförbundet (2013), "Policyprogram. Evidensbaserad psykologisk praktik".

Övergripande ansvar

- * **Helhetssyn**, kompetens att bedöma svårigheter utanför det psykiatriskt/psykologiska.
- * **Helhetsansvar** som är juridiskt och spänner över vidden – akutansvar och vårdintyg, sjukskrivning, och att bedöma total adekvat vårdnivå och att behandlingsresultat uppnås i det stora hela.
- * **Avsaknad av möjlighet att säga nej** till ansvaret (och till patientärenden i stort) – exempel: om en psykologs behandling inte lyckas förblir det obehandlade tillståndet psykiatrikers ansvar.
- * Den som **får sista ordet** om konsensus i teamet inte uppnås.
- * Den som **hålls till svars** om något blir fel.

I modellen fyller detta huvudansvar en viktig funktion eftersom det sätter en etisk, juridisk och kvalitetsmässig stämpel för den vård som ger patienten. Med tanke på den analys av psykiatrikers och psykologers kompetenser som gjorts i detta arbete, står det klart att detta övergripande ansvar kan delas mellan specialistläkare och specialistpsykologer, samtidigt som var och en av professionerna har ansvar för sina respektive domäner. En specialistutbildning för psykologer behöver utformas för att tillgodose kraven som ställs på ett sådant psykologiskt ledningsansvar. Att utarbeta riktlinjerna för en sådan psykologspecialistutbildning är således föremål för fortsatt utredning.

I punktlistan ovan framstår de två första punkterna – helhetssyn och helhetsansvar – som något som utgår från läkarprofessionen. Men en helhet är dock aldrig en hundra procentig helhet. Specialistpsykologer ansvarar för andra helhetsmässiga aspekter: inte över det somatiska fältet men fältet – normal utvecklingspsykologi och kognition, personlighets- och inlärnings teori, grupp- och organisationspsykologi. De tre sista punkterna i listan bedöms däremot vara ansvar som även psykologer under sin specialistutbildning kan skolas in att ta.

Den här modellen kommer att ge en avlastning för den idag hårt tyngda psykiatrikerprofessionen i landstingen, genom att det övergripande ansvaret delas så att en viss patient tillskrivs antingen en specialistläkare eller en specialistpsykolog. Under en och samma vårdprocess kan detta också ändras. Till exempel: i ett akut skede har en specialistläkare huvudansvaret för patientsäkerheten för en viss patient, medan i ett senare skede präglad av psykologiska utredningar och behandlingar skiftas detta ansvar till en specialistpsykolog för samma patient. Oavsett vilket så hjälps hela tiden professionerna åt i teamsamverkan. Men den som har huvudansvaret är den som får 'sista ordet' när konsensus inte uppnås, den som inför verksamhetschef har huvudsaklig redovisningsplikt om något går fel i vården, och den som vägleder ickespecialister (såsom leg läkare, leg psykologer, leg psykoterapeuter och icke legitimerad personal) i deras behandlingar.

Huruvida en viss patient i ett givet ögonblick 'hör till' en psykolog eller läkare ur den synvinkeln kan man ha olika rutiner för att avgöra. Det finns också den varianten att förskjuta det övergripande ansvaret beroende på vem som utför en behandling. Flera intervju- och enkätpersoner beskriver att det kan utgöra en intressekonflikt i relation till patienten, att samtidigt ha ett övergripande ansvar och ett behandlingsansvar. I så fall skulle teamets specialistläkare ta detta ansvar för patienten beroende på att specialistpsykologen också genomför en intensiv psykologisk behandling, och vice versa. Däremot tycks inte utredningsmomentet kollidera med det övergripande ansvaret. Denna frågeställning kan med fördel utredas vidare.

En ny funktion: psykologiskt ledningsansvar

Den psykologiskt ledningsansvarige skall alltså under sin specialisttjänstgöring (ST) och specialistutbildning bygga upp en särskilt kompetens kring organisatorisk styrning av vårdprocesser, patientsäkerhet och implementering av ny kunskap specifikt för psykologiskt utrednings- och behandlingsarbete. Det finns två typer av ledningsansvar. Dels är det en funktion som varje specialist har i förhållande till de 'egna' patienterna och till de patienter som andra yrkesgrupper (ickespecialister) i teamet arbetar med. Och dels kan det vara en övergripande funktion av ledningsansvar för enheten som helhet, vad gäller att bygga upp rutiner för vårdprocesser, patientsäkerhet och samarbete på enheten. Med 'andra yrkesgrupper' avses i specialistpsykologens fall legitimerade psykologer, PTP-psykologer, legitimerade psykoterapeuter och annan personal som bedriver psykologiskt-pedagogiskt inriktad samtalsbehandling. I många verksamheter finns yrkesgrupper som arbetar med kognitiv träning, ett självständigt liv (ESL), Illness Management and Recovery (IMR) med flera metoder. Övergripande ansvar för vårdprocesser, inklusive rutiner för utvärderingar, och patientsäkerhet vid dessa insatser kan således övervakas av specialistpsykolog. Handledning och bedömning av ärendena skall alltså också göras av specialistpsykolog i dessa verksamheter. Specialisterna kan också ta ansvar för behandling och utredning av särskilt svåra patientärenden.

Är det inte motsägelsefullt att tala om övergripande patientansvar för specialistläkare och specialistpsykologer samtidigt som patientens egenmakt betonas? Bedömningen är tvärtom att detta upplägg snarare stärker och inte försvagar patientens egenmakt. Det är fullt tillräckligt att patienten fokuserar på att formulera de egna problem- och målformuleringarna. Att samtidigt kräva av patienten att denne skall ha någon form av ansvar för enhetens rutiner för patientsäkerhet med mera, innebär en börda som snarare försvagar egenmakten. Patienten söker vård för att få hjälp av experter, och skall också få hjälp av experter vilka samtidigt tar ett etiskt, juridiskt och kvalitetsansvar för de tjänster som de erbjuder.

Medicinskt ledningsansvar är redan ett etablerat begrepp och behöver inte närmare presenteras här. Ansvaret handlar analogt med beskrivningarna i styckena ovan om enhetens vårdprocesser, patientsäkerhet och implementering av ny kunskap vid medicinsk och psykiatrisk utredning och behandling. Kopplingen mellan kompetensen att associera och differera med somatiska aspekter till det psykiatriska tillståndet vid både sjukskrivning och vårdintyg, samt läkarnas beskrivna träning i snabb överblick, kan innebära ett förslag att intygsskrivningar alltså är läkarnas ansvarsområde. De ansvarar precis som specialistpsykologerna också på ett särskilt sätt ta ansvar för att utveckla kvalitén på samarbetet på enheterna.

Sammanfattning

Medicinskt och psykologiskt ledningsansvar, gemensamt:

Övergripande ansvar (se tidigare faktaruta)

Ansvar för att utveckla samverkan och samarbeten

Medicinskt ledningsansvar

Ansvar för utveckling av patientsäkerhet, vårdprocesser och implementering av ny kunskap, nya riktlinjer etc. för medicinsk-psykiatriska utredningar och behandlingar

Psykologiskt ledningsansvar

Ansvar för utveckling av patientsäkerhet, vårdprocesser och implementering av ny kunskap, nya riktlinjer etc. för psykologiska utredningar och behandlingar inklusive psykoterapi

Intygsfrågan

Även om läkarna mot bakgrund av resonemangen ovan initierar intyg, så ansvarar den psykologiskt ledningsansvarige däremot tillsammans med läkarna för att arbeta med uppföljning och utvärdering av tvångsvård och sjukskrivningar, med syftet att bidra till att dessa kan avslutas på ett snabbt och patientsäkert sätt. Här kan man peka på psykologers specifika kompetensområden: processer, grupper (personal) och organisation (verksamheten), forskningsmetod, metodutveckling och utvärderingar, förutom kunskapen i diagnostik och behandling. Med en modell där patienten är i centrum är det inte korrekt att säga att läkaren 'äger' frågan gällande tvångsvården eller sjukskrivningen, även om läkaren har ansvaret att initiera dessa insatser. Därför blir både tvångsvård och sjukskrivning ett delat ansvar i sin helhet. Hur detta samarbete kan se ut i detalj behöver utredas vidare. I denna modell blir specialistpsykologens liksom psykologens viktiga roll i slutenvården given.

Detaljer kring denna modell behöver fortsätta utredas såsom att arbeta fram dokument kring patientsäkerhet²⁴ och vårdprocess vid psykologiskt arbete. Att etablera riktlinjer för att undvika oönskade effekter och vårdskador vid psykologiskt arbete i vården är något som Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med. Det är en grannliga uppgift att kartlägga 'vad som är vad' när en utebliven effekt, en negativ effekt, eller en eventuell vårdskada tillträtt i samband med en psykoterapi eller psykologisk behandling. Det kräver både hög grad av kompetens och klinisk erfarenhet att arbeta med sådana frågor, varför detta arbete naturligen bör falla på specialistpsykologen. Inom detta fält krävs vidare förberedande arbete.

24 Socialstyrelsen: "Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015": **patientsäkerhet** innebär att gradvis minska antalet vårdskador att vården ska präglas av en patientsäkerhetskultur som ska kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan att arbetet också kännetecknas av förebyggande arbete. att kunna göra jämförelser av insatser och resultat, såväl regionalt som internationellt

Sammanfattning modell, se Figur 1

Cirkel 1:

Patienten i centrum innebär att patient och vårdpersonal är jämbördiga parter om än med olika typer av expertkunskap. En förening av egenexpertis och kunskapsexpertis är ett mål för vårdplaneringen. Egenmakt och ansvar är krävande särskilt för den som är utsatt av psykisk ohälsa, varför vården också ska ha ansvar för en patientsamordnarfunktion. På vissa enheter kan denna funktion finnas hos en och samma person som arbetar med patienten. På andra enheter är det adekvat att denna funktion ligger hos en särskild person. Samordnaren är patientens företrädare, värnar om att stödja och underlätta den egna problem/mål formuleringen för vården, att rätt information och rätt insatser ges och ska vara en strukturerande länk om fler samarbetspartners är inkopplade.

Cirkel 2:

Runt patienten finns ett tvärprofessionellt team som utgör basen för vårdarbetet. Här markeras också det faktum att modellen ännu inte är komplett i och med att andra professioner ännu inte intervjuats till detta psykiatriprojekt. Inte bara patienten utan även teamet behöver en teamsamordnare. Teamsamordnarfunktionen är teamets företrädare gentemot enheten samt kliniken, och värnar bland annat om att underlätta teamsammanhållning och samarbete, att vara en uppmuntrande kraft för utveckling av ”nya grepp” och oprövade metoder, och lösa mellanmänniska problem inom teamet ²⁵ .

Cirkel 3:

Huvuduppgiften för psykiatrin är att erbjuda diagnostik/bedömning/utredning respektive behandling/rehabilitering/habilitering, vilken tar sin utgångspunkt och förankring i teamet men som samtidigt också är en funktion med självständigt ansvar för själva åtgärderna. Förutom psykologer och läkare kan här ingå exempelvis legitimerade psykoterapeuter, men det är specialistpsykologen som ansvarar för sådant som rutiner för patientsäkerhet, vårdprocesser och övergripande ansvar.

Cirkel 4:

I teamen och/eller på enheten som helhet finns specialistläkare och specialistpsykologer som har det övergripande ansvaret för patientsäkerheten och vårdprocesserna i det medicinska/psykiatriska respektive psykologiska arbetet. I den fjärde cirkeln representeras således det medicinska och det psykologiska ledningsansvaret i samverkan med varandra och med verksamhetsledningen. Dessa ledningsfunktioner är centrala för att samarbete skall utvecklas och vara hållbara och det bör finnas nationella forum för uppbyggande av gemensamma synsätt och praxis för sådana ledningsfunktioner.

BILAGA I

– RESULTAT KODER ENKÄTUNDERSÖKNING

Antalet läkare och psykologer som gett utsagor som kvalificerat sig för koden anges inom parentes. Presentationen nedan utgörs av de koder som fler än två personer kvalificerade sig för, med några undantag där det bedömdes som koder av särskild relevans för helheten. Koder som enbart representeras av en eller två respondenter anges i vissa fall ibland i fotnoter.

Gällande frågor om samarbete fanns två frågepar som hörde ihop: *vad* fungerar bra och *varför* fungerar det bra; respektive *vad* fungerar sämre och *varför* fungerar det sämre. Det blev vid genomgången av datamaterialet uppenbart att hur något är och varför det är så kan vara svårt att skilja ut. Det är lätt att trassla in sig i cirkelresonemang, om man ger sig in på resonemang kring orsaker i sådana sammanhang. Därför slogs dessa frågeområden ihop i den slutliga kodningen. Parallellt presenteras alltså vad som fungerar bra, och varför det gör det, respektive vad som fungerar sämre, och varför. Man kan alltså i efterhand betrakta dessa frågepar som ett sätt att fördjupa en frågeställning och belysa den från fler perspektiv.

Samarbete

Fungerar bra i samarbetet och varför det fungerar bra – Respekt och tillit till den andres kompetens

Ett jämförelsevis stort antal respondenter, (12) läkare och (33) psykologer, anger respekten för och tilliten till den andres kompetens som något som fungerar bra och är viktigt för att samarbetet ska fungera bra

Läkare

”Ingen prestige eller behov av att framhäva sin profession på andras bekostnad ... Det finns en ömsesidig respekt för varandras kompetens och profession samt ett engagemang från båda parter ... möjligheter att konferera utan prestige och rådfråga varandra.”

Psykologer

”prestigelös, ej maktkamp/revirstrid, låter den andra professionen ta sitt ansvar utan att lägga sig i ... Läkare beordrar inga insatser utan de föregås av en diskussion där psykologens åsikt värderas högt ... ett stort mått av tillit ... ömsesidig respekt mellan professionerna [=vanlig utsaga i koden] ... tror att det kan bero på att vi inte har ngn hierarki mellan läkare och andra. Vi har respekt och tilltro till varandras kompetens.”

Läkare (6) och psykologer (14) anger det goda samarbetets samband med att läkare och psykologer har kompletterande kompetenser

Läkare

”vi berikar och kompletterar varandras erfarenhet/kompetens i team arbete ... ett bra samarbete delvis på grund av att vi arbetar med samma problem som integrerar de olika aspekter som är utgångspunkten från yrkesrollen ...; samarbete ger positiva effekter både utifrån hållande och diagnos arbetet. Att ha två olika synvinklar ger en bättre helhetsbild av patientens problematik och ibland framkommer nya sidor som inte varit kända ... Ofta träffar vi patienten tillsammans, i enklare bedömningar tar vi del av varandras kunskap om patienten och beslutar gemensamt diagnos eller ej ... ett spirande arbete med att synkronisera läkar- och psykologjobbet för patienten [för att motverka att läkarens akutansvara som ofta kräver snabbt insättande av medicin inverkar negativt när patienten kommer fram i ”psykologkön” senare].”

Psykologer:

”sällan maktkamper ... utan vanligen är det till stöd för båda parter att kunna prata ihop sig vid svårare bedömningar och att nå samförstånd ... En tydlig arbetsfördelning utifrån yrkeskategori och kompetens bidrar till att det inte blir dubbelarbete eller att man lägger sig i andras arbete mer än nödvändigt ... Dialogen mellan professionerna blir, när det är som bäst, ett kunskapsutbyte som gynnar både förståelse för individens problematik och vad respektive möjlig åtgärd [psykologi och medicin] kan bidra med ... som att vi har ett samtal i olika forum om patienter och så föreslår vi att 'du kanske kan göra det/jag kan göra det.'”

(1) psykolog pekar också på att det finns ett patientsäkerhetsperspektiv i det att de kompletterande kompetenserna konkurrerar:

”dragkamp om diagnos [är viktigt] då annars ett ensidigt litande på makten kan få andra perspektiv att försvinna = patientsäkerhetsfråga att vi kan ifrågasätta och hörsamma våra olika perspektiv, för att sedan uppnå en nyanserad bedömning. Detta mod har psykiatrikern som psykologen och det är viktigt för utkommet av samarbete.”

Både läkare (4) och psykologer (17) anger att en genuin förståelse för den andres kompetensområde och en egen ödmjukhet borgar för ett gott samarbete.

Psykologer

”för att den andres perspektiv behövs, utifrån ett patientperspektiv ... Ödmjukhet för egna begränsningar, respekt och intresse för den andres, och att patientens behov är det viktigaste ... Det finns en medvetenhet bland dessa grupper om psykiatrins komplexitet och behov av varandras kompetens för att erbjuda patienterna god vård ... Att läkare och psykologer har personlig erfarenhet av att både psykologisk och medicinsk kompetens behövs för att förstå och behandla psykisk ohälsa.”

Fem läkare och fyra psykologer anger att bägge har en hög grad av kompetens och erfarenhet som förutsättning för ett gott samarbete.

Tre läkare och två psykologer anger att ett gott samarbete hänger samman med att patienten står i centrum:

Läkare

”Det finns medarbetare med stor erfarenhet och framför allt med patientfokuserat arbete med vilja att göra sin bästa på patientens skull ... Fokus på vad som är bäst för patienten ... ett engagemang från båda parter.”

(6) läkare och (12) psykologer anger att det ligger ett **organisatoriskt ledningsansvar att skapa en god struktur och tidsmässiga förutsättningar** för samarbete.

Läkare

”Arbetsmiljön [stödjer] full respekt mellan oss ... Gemensamma rutiner, alla vet vem ska göra vad ... Det finns en tydlig och välfungerande struktur i teamkonferenser och annat teamarbete.”

Psykologer

”Tid avsatt för strukturerat samarbete ... Ett litet och relativt välfungerande team ... ett gemensamt forum i verksamheten så att dessa yrkeskategorier möts och för diskussioner.”

(5) psykologer och (2) läkare anger vikten av att de som samarbetar känner varandra personligen:

”att läkare och psykolog känner varandra väl ... arbetat länge tillsammans vilket blir en trygg bas där man har en historik av samarbete och samverkan ... tid att kommunicera kring andra saker än arbetet så att vi ser människan bakom yrkespersonen.”

(10) psykologer anger att en god dialog och kommunikation är centralt för samarbetet.

(11) psykologer anger att läkarna som de jobbar med och också är beroende av på olika sätt är tillgängliga – och **att läkare ger av sin tid och kompetens** som en viktig faktor, och ytterligare (7)

anger att fenomenet **tillgänglighet och hjälpsamhet** är viktigt för alla yrkesgrupper vad gäller ett gott samarbete:

”Från psykologens sida är man helt enkelt tekniskt beroende av läkaren för att patienten ska få recept och intyg och man tar med läkarens bidrag till hela behandlingsprocessen på de områdena ... ’Öppna dörrar’, man kan knacka på hos varandra och diskutera, tillmötesgående hos båda parter.”

Detta fungerar sämre och varför det fungerar sämre

(8) läkare och (11) psykologer anger att när **medicin och psykologi** befinner sig i **separata arbetsfält kring patienten** är det en försvårande faktor gällande samarbete.

Läkare

”vi kan bli bättre på att ha samsyn om när psykologisk resp. farmakologisk behandling kan kombineras och när den inte ska göra det ... Teoretiska och behandlingsmässiga synsätt överensstämmer inte alltid ... Kan ibland bli konkurrens om möjligheterna för diagnosättning ... Då fördelning av ärenden ter sig mera som en ”beställning” (ömsesidigt).”

Psykologer

Vattentäta skott ... = [LEDER TILL] 1) Här känner vissa patienter en förvirring, undrar varför vi inte samordnar bättre. Blir förvånade när jag inte är informerad ... om nya medicinjusteringar etc. 2) Osynk kan leda till att ett läkarsamtal gör pat upprörd ... stark tradition av individuellt arbete ... om samarbetet fördjupades mer integrerat skulle helt andra gränssnitt i läkar-psykolog-relationen bli tydliga, men vilka? ... Det är exempelvis vanligt att läkare sätter in lugnande läkemedel och samtidigt vill att patienten ska få KBT.”

(6) läkare och (9) psykologer anger att **oklara roller gällande ansvarsområden** leder hänger samman med sämre samarbete.

Läkare

”Oklara direktiv ... Otydlig fördelning av arbetsuppgifter och för brett och otydligt uppdrag från ledning; oklara roller; vi bortprioriterar vikten av samarbete på grund av patientfokus, svårlosligt administrativt; bristande struktur för samarbete ... Våra arbetsroller överlappar, vi har liknande kunskaper ... ledningens sida inte varit tillräckligt tydlig med vad uppdraget för den enskilda enheten är, vad som förväntas av olika yrkesgrupper respektive enskilda vårdgivare”

Psykologer

”Otydligt uppdrag (vad vill man att den andra yrkeskategorin ska bidra med?) ... Det är mer otydligt var gränserna för kompetens/ansvar går mellan psykologer och andra yrkeskategorier; Ett stort problem är att lösa saker som blivit fel, dvs **hantera när man är oense** kring en bedömning... Generellt är det för lite gränser mellan olika professioner, alla håller på med ’samtal’.”

Läkare (4) och psykologer (4) anger faktorn **ensidighet i kompetens**.

Läkare

”Enstaka psykologer med ensidig syn på en viss typ av behandling och sämre kunskap om psykopatologi och farmaka kan ibland skapa problem [beror på] = okunskap och ointresse ... Läkargruppen har klagat om att psykologer är ibland för mycket fokuserad om sitt eget arbete och relativt stängda till andra yrkesgrupper; Den för stunden rådande teoretiska trenden är det som plötsligt ses i majoriteten av patienterna (t.ex. dissociation, PTSD etc.). Det sociala/existentiella och biologiska/medicinska då faller ofta bort.”

Psykologer

”Man litar mer på sin egen personliga uppfattning eller det som stod i den senaste artikeln man läste [eller föreläsningen etc.] – som inte sällan valts ut för att föreläsaren representerar en viss inriktning som man sympatiserar med – än på den breda kunskapen och genomgången av diagnoser som finns i till exempel DSM-5 ... [försvårar samarbetet] om det leder till att man struntar i det som har framkommit i den betydligt mer omfattande forskningsgenomgången vid framtagandet av

diagnosmanualerna och om det uppstår konflikter mellan olika synsätt i samarbetet med andra ... [svårt rekrytera läkare = tvingas anställa mindre kompetenta] ”

Psykologer (25) och läkare (4) anger att **brist på kontinuitet i läkargruppen** försvårar samarbetet. ”Rotation på läkare, stafett-grejen = leder till missförstånd eller beslut som inte tas väl emot eller andra typer av konflikter ... inte ens hinner träffa men som gör stora förändringar i patienters behandlingar, alt ändrar diagnoser utan att varken patient eller team är införstådda i bedömningen ... När läkare saknas och **psykologer behöver kompensera** för det genom att följa upp sjukskrivningar och recept skapas frustration, psykologer fyller i uppgifter om sjukskrivning och läkaren utfärdar förlängningar utifrån det ... klart det blir ett lägre engagemang för verksamheten när man kommer, jobbar några veckor och sen försvinner igen... Hyrläkare kommer och går och det är ovanligt att de ö.h.t bevisar en behandlingskonferens ... [enbart en fast läkare] att man försöker få in sina patienter hos överläkaren på olika sätt, och det kan bli lite av en strategi ibland.”

Läkare

”Läkare har gömt sig bakom tidsbrist ... med viss rätta – vi är underbemannade på läkarsidan, har ca 50 % av tänkt läkarbemannning ... Tillfälliga kollegor (=stafetter) utvecklar inget samarbete med psykologerna, som blivit lämnade till att arbeta självständigt med diagnostiken enligt ovan ... [psykologer täcker upp för brist] Ibland om ngn inhyrd läkare gör dåliga bedömningar eller frångår våra rutiner tror jag psykologerna kan bli trötta ... de saknar mer stöd från läkarsidan.”

Psykologer (23) och läkare (8) anger att **brister i organisation och tillgång till tid** som en försvårande faktor.

Psykologer

”tror inte det har att göra med läkar- respektive psykologprofessionen som sådan, utan med att det saknas klinisk ledning som för yrkesgrupperna samman i multiprofessionella team ... inte finns några formella beskrivningar av hur rollfördelning och samarbete ska se ut ... svårt att dra nytta av varandras kompeten, när det saknas tid för diskussioner ... det finns alltså ingen formell struktur för samarbetet mellan psykologer och psykiatriker som jobbar på olika team men kring samma patientärende. ... en alltmer komplex organisation med alltfler chefer som försöker förbättra ”strukturer och rutiner” men på något sätt upplever jag det som att det blir alltmer diffust och splittrat, i stället för tydligare ... detta samarbete/dialog blir lidande när vi var och en jagar vidare för att ”släcka närmaste brand ...”

Läkare

”Skulle behövas mer tid för samarbete och möten ... Det finns inte tillräckliga vårdresurser ... Strukturella problem inom psykiatrin i stort (läkarbrist, ibland psykologbrist, bristande resurser – psyk besvär är underbudgeterade från stat och Landsting); omorganisation, där varje yrkesgrupp sitter på olika ställen. I och med detta har det blivit svårare till den informella kontakten och att byta åsikter kring utredning och diagnos”

I samband med kategorin ovan noteras att (5) psykologer anger att högre ledningens styrning av ansvaret för arbetet som medicinskt är försvårande.

”Organisationers struktur, MAL och PAL-skapen lever kvar. Att psykiatrin enligt högsta ledningen anses vara medicinsk verksamhet, ger läkare mandat att bestämma över andra ... en hierarkisk organisation av sjukvården som inte uppmuntrar arbetet på lika villkor ... Historiskt, att psykoterapin har utvecklats inom ramen för en medicinsk verksamhet, och inte fått utvecklas som en självständig samhällsfunktion.”

Läkare (3) anger att det finns något **icke symmetriskt i ansvarsfördelningen** mellan yrkesgrupperna ”Läkare ansvarar för c:a 200 patienter och en psykolog kanske 20–30. Läkare kan i princip aldrig säga nej till en patient, medan psykologer (och övriga medarbetare) säger sig inte ha tid [beror på] I första hand en ledningsfråga, dålig styrning. Tradition som inte rubbas så lätt ... Läkare tycker att de erbjuder mer hjälp till psykologer än vice versa ... långa köer till utredning OCH till psykologbehandling, medan vi doktorer ”alltid” måste vara beredda att hantera pats ev. försämring, vi har dagjourer etc., vilket psykologerna inte har. Då använder vi förstås i stor utsträckning mediciner som åtgärd, [leder till] att

när pat äntligen kommer fram i kön till psykologisk behandling är pat mindre motiverad därför att hen väntar på att senaste medicinändringen skall kicka in.”

Psykologer (19) anger att **läkares auktoritära ledning**, av det psykiatriska arbetet är försvårande för samarbetet

”Att läkaren tror sig ha tolkningsföreträde i psykologiska frågor, att man fortfarande är medicinskt ansvarig ... även om det inte alltid är så, men tendensen kan dyka upp ibland ... Läkarna har sin egen linje, egen chef etc. ... I vissa lägen vill läkare toppstyra patientarbetet, detta gäller i första hand hyrläkare. Problemen går vanligtvis att styra upp ... Om olika åsikter om diagnos/behandling föreligger brukar överläkare köra över psykolog, trots att psykologen t.ex. har längre erfarenhet och större kunskap om patienten ... Psykiatrikern kan ofta ”delegera” till behandlare att deras patienter ”ska få” vissa saker av psykologen utan att höra med mig först. Hos oss råder en ganska så hierarkisk struktur och vissa behandlare förväntar sig verkligen att jag ska göra det ÖL ”ordinerat” ... Hos oss har läkarna en helt egen särställning, de kan i princip göra vad som helst utan att ifrågasättas, både av ledning men även av personalen.”

Psykologer (14) och (2) läkare anger att **brister i personlighetsvariabler** hos professionerna samt bristande respekt och intresse för varandra är försvårande

”Tidigare fanns enskilda individer både bland psykologer och läkare som hamnade i dispyter eller som kunde ha en attityd som gjorde att samarbete blev svårare. Med samarbetsvilliga människor kan samarbete möjliggöras även om organisationen inte är byggd för att göra det enkelt ... Individuella faktorer är nog den största boven i dramat ... fungerar jättebra, men ibland kommer det in någon som inte följer rutiner och inte respekterar andra yrkesgrupper etc.”

Läkare

”Konkurrens, avund samt oklara roller ... I vissa fall är det förstås också personbundna svårigheter (d.v.s. medarbetare som inte gör sitt jobb på rätt sätt, men ... i stort faktiskt mycket ovanligt).”

Psykologer (8) anger att **läkares höga arbetsbelastning**, och därmed att de inte kan vara så tillgängliga är en försvårande faktor, samt att vissa läkare **inte undersöker somatiken**.

”Vissa psykiatriker tycks dessutom vara så stressade att de varken vill eller orkar en diskussion ... Att få hjälp med patienter som behöver akut sjukskrivning ... Ibland finns en ovilja att ta ett bredare somatiskt ansvar och således behövs samarbete med läkare utanför vår egen enhet ... Bristande vana att utesluta somatiska orsaker till psykisk ohälsa då mycket av det ansvaret idag vilar på vårdcentraler.”

Psykologer (5) och (1) läkare anger att **när patienten inte är i fokus** för alla inblandade så försvåras samarbetet.

Psykologer

”Man har inte kommunicerat sina förväntningar eller sin egen planering kring patienten ... De flesta psykiatriska patienter har svårt att ständigt byta läkare och påtalar detta ... [ändring av beslut till patient förankras inte hos psykolog] ... Jag har inga problem med att ge dåliga nyheter till patienter t.ex. att läkaren valde att inte förnya sömntabletterna. Men om det inte blir entydliga besked så skapar detta en osäkerhet hos patienten och stjälar behandlingstid från mina besök som får gå åt att diskutera detta. Hellre en dålig, tydlig nyhet som man kan förmedla, hantera och gå vidare med.”

Läkare (också kritik mot subspecialisering)

”P.g.a subspecialisering så krockar inte sällan t.ex. neuropsykiatrisk enhet med affektiv eller beroendeenhet. Man skyddar sitt eget gebit och helhetssynen på patienten går förlorad.”

Kompetenser

Diagnostik och utredning

Likheter

Både läkare och psykologer anger fältet **psykiatrisk diagnostik som en gemensam kompetens**.

Flera läkare (9) uppger en jämförbar kompetens inom fältet diagnostik och differentialdiagnostik vad gäller de psykiatriska syndromen:

”[bägge har] kunskap om psykiska störningar ... bedömer fenomenologin lika ... har i regel goda kunskaper om orsak, symtombild och förlopp samt kan kartlägga patientens symtom och utifrån detta bygga upp en diagnos frågeställning”.

Psykologer (21) pekar också på det gemensamma i utbildning i psykiatrisk diagnostik och förtrogenheten med

”diagnosmanualer och diagnoskriterier ... utbildning i strukturerade intervjuer (såsom MINI) ... bägge väl insatta i och vetenskapligt inskolade vad gäller användning av diagnossystemet ... en övergripande och bred kompetens kring psykiatrisk problematik”.²⁶

Några (4) psykologer menar att det snarare är beroende på klinikerns personlighet och egna yrkeserfarenhet, och inte professionstillhörighet, som avgör om det finns ett intresse för och därmed kompetens i diagnostik:

”att det är mer skillnad mellan olika individuella psykiatrikers och psykologers kompetens på detta område än det är mellan yrkesgrupperna i sin helhet ... efter några års yrkeserfarenhet blir skillnaderna mindre”.

Några (3) psykologer betonar också sin uppfattning att både läkare och psykologer anser att diagnostik enligt DSM och ICD är självklart och angeläget för den psykiatriska vården.

Skillnader – om läkare

Både läkare och psykologer anger att läkare **har en mycket högre kompetens inom området biologi, somatik**, och att differera somatisk problematik från psykiatrisk.

Läkarna (10) menar att läkare

”tänker mer kring somatiska differentialdiagnoser och somatiska uttryck av sjukdomen; andra medicinska sjukdomars inflytande på den psykiska hälsan, kunskap om psykofarmakologi”.

Psykologerna (22) tillägger att läkare

”kan också differera symtomen som kan te sig psykiatriska men är orsakade av somatiska sjukdomar, kan biologisk utveckling, ser mer på biologiska faktorer när sjukdom ska förklaras och diagnostiseras”.

Flera psykologer (17) anger att läkarnas kompetens är bättre utifrån det perspektivet **när diagnostiken skall utföras snabbare**, när det finns mindre information att tillgå när slutsatser behöver dras, och att detta har både för och nackdelar.

”Psykiatrikern är upplärd i snabbare bedömningar ... drar snabbare slutsatser baserat på mindre mängd information ... mer förtrogna med diagnostik, också i övrig tjänstgöring ... bredare och mer översiktlig kunskap från sin utbildning och ofta mer övning i att systematiskt använda strukturerade intervjuer och skattningar för diagnostik ... [psykologer kan fördjupa diagnostiken] ibland efter att läkare har gjort en första sällning ... Många psykiatrer är otroligt duktiga på att få en gedigen anamnes på ett enda besök dvs. att samla in och sammanställa stora mängder data på ett fantastiskt sätt. Om man vill få en överblick över en ny patient är en bra start att läsa besöksanteckningar av en duktig psykiater, de är mycket bra på att bringa reda i saker och ting snabbt och ställer ofta mycket relevanta diagnoser som sammanfattar patienters problematik på bästa möjliga sätt inom vårt nuvarande diagnossystem ... Men detta stannar ibland på en ytlig nivå dvs. DSM, beroende på psykiatern ... Det här gör att diagnoser kan

26

(2) läkare och (1) psykolog uttryckte att psykologers kunnande om psykiatrisk diagnostik är begränsad.

ändras hastigt och oväntat och utan att patienter får någon riktig information eller förklaring till det.”

(1) läkare anger också detta:

”läk går mer på pats egenrapportering + vad man ser i rummet [i jämförelse m psykolog som gör bredare utredning]. Läkarens bedömning går snabbare [och] sällan lika väl underbyggd.”

Flera läkare (7) anger **att läkare har en bredare kompetens och större klinisk erfarenhet** jämfört med psykologer, och att bredden handlar om en kombination av kompetenser:

”i den betydande bredd som läkarens utbildning och yrkeslivserfarenhet utgör t ex arv (genetik), somatik, medicin/psykofarmaka, sociala faktorer... ett socialpsykiatriskt synsätt för att förhålla sig till ex funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar; samt har ett mycket större patientunderlag att grunda klinisk bedömning på (har träffat många fler psykiatripatienter under utbildning och praktik)”.

Skillnader – om psykologer

Flera läkare (9) anger att psykologers större kompetens inom ett bredare fält som avgränsas som:

neuropsykologi, personlighet, utvecklingspsykologi, utredning och testning:

”har bättre kompetens vad gäller neuropsykologiska processer ... begåvningsbedömning, kartläggning av kognitiv profil ... utredning och psykologisk behandling ... mer komplexa psykometriska instrument ... har därutöver djupare kunskap inom utvecklingspsykologi, vilket är viktigt inom diagnostik ... personlighetsdiagnostik”.

Några (3) läkare anger också att läkarna har mycket mindre, och psykologer därmed större, kompetens om människans beteende och om funktionalitet:

”Psykologer gör nästan automatiskt även bedömningar av symtomens funktion”.

Att psykologernas kompetens är större inom ovan nämnda fält anges också av psykologerna. (19) psykologer anger psykologers kompetens inom personlighets- och neuropsykologi men även inom andra psykologiska fält som större:

”en större generell kompetens kring psykologiska faktorer som kan spela in så som socialpsykologiska eller gruppsykologiska fenomen ... tänker bortom symptom och mer på personlighetsstruktur, socialt kontext, anknytningsproblematik, intelligens ... utvecklingspsykologi ... kognitiv teori ... mer kunskap om personlighetsstörningar ... och neuropsykiatriska tillstånd ... större förståelse för hur neuropsykologiska funktioner påverkar personers sätt att uttrycka sig ... förståelse kring individens psykologiska inre värld och varför personens symtom ser ut som det gör”.

(11) psykologer anger också att psykologer har en högre kompetens inom testning och utredning, särskilt när kompetensen inom utvecklingspsykologin används i arbetet:

”mer utbildning i utvecklingspsykologi och utredningar och kan således ofta tillföra kompetens i neuropsykiatriska frågeställningar eller misstänkt kognitiv funktionsnedsättning ... kompetens kring funktionsbedömning med vissa psykometriska instrument”.

Flera psykologer (20) anger psykologers särskilda kompetens handlar om att **diagnostik och utredning som mer fördjupad och processinriktad men tar också mer tid** i anspråk:

”har från utbildningen ... beskrivande diagnostik, med fokus på fungerande, funktion, problem, resurser etc. ... lägger mer tyngd på inlärningshistoria och funktion när jag undersöker symtom och beteenden ... fördjupad utredning där man tar mer hänsyn till personlighet, neuropsykologiskt fungerande och liknande ... psykologernas kompetens in – i att ge en fördjupad förklaring och analys av patientens symptombild utifrån t.ex. utvecklingspsykologiska, neuropsykologiska, anknytningssteoretiska och inlärningspsykologiska perspektiv ... är bättre på att använda oss själva i större omfattning i den kliniska intervjun ... behöver ofta flera besök för att få maximal nytta av sin kompetens ... Man har som psykolog också en grundinställning att inte för snabbt läsa sig vid hypoteser kring problem och dess etiologi ... [att se begränsningar i skattningsformulär beroende på problematiken] och att göra dessa avvägningar och förstå instrument”.

Några psykologer (4) ser också att psykologers kompetens kring fördjupad diagnostik utgör en särskilt kompetens i behandlingsplanering:

”Vi kan bygga upp hypoteser om hur symtomen hänger ihop med patientens bakgrund. Detta gör att man lättare kan se vilka behandlingar kan vara till nytta för den enskilda patienten, ger en överblick som få andra behandlare har ... psykologer som arbetar med behandling har bättre förmåga att ... ta med det i tänkandet kring diagnos och planerad behandling ... [om transdiagnostik] läkaren är nog i regel mer diagnosstyrd, medan jag kan se något som viktigt att arbeta med i en terapi utan att det svarar an mot personens diagnos alldeles tydligt alla gånger”.

Denna kompetens anger för övrigt också (2) läkare:

”[psykologer har] har även en bättre förmåga att formulera psykoterapeutiska behandlingsmål”.

Behandling

Likheter

Få respondenter anger likheter i denna kompetens, dock anger (4) psykologer att bägge yrkesgruppernas bemötande och allians som gemensamt: ”gott bemötande och förmåga att skapa en sammanhållen process runt patienten också terapeutisk och (1) läkare anger att likheten är att bägge sätter patienten i centrum.

Skillnader – om läkare

Både läkare (19) och psykologer (20) anger att läkare har kompetens inom området medicinsk och läkemedelsbehandling. Psykologer:

”har kompetens inom området farmakoterapi och ECT (biologisk behandling) som vi psykologer inte har”. Läkare tillägger också området försäkringsmedicin:

”somatisk [behandling], huvudsakligen farmakologisk; mediciner och sjukskrivning”. Både läkare (7) och psykologer (14) anger att läkare (det vill säga specialisläkare i allmänpsykiatri) har en psykoterapeutisk kompetens men att den är grundläggande.

Läkare:

”Likheter är att den psykologiska behandlingen kan rekommenderas av såväl psykiatriker som psykologer [men svårare behandlingar utförs av specialistinriktade psykologer] ... har steg 1-kompetens i psykoterapi, men har inte samma erfarenhet och breda utbildning i detta som psykologer”.

Psykologer:

”[läkare har] viss grundläggande psykologisk eller psykoterapeutisk kompetens men svårare för dem att presentera tydliga önskemål om behandlingsinsatser för psykolog ... de har väl också i sin utbildning ett psykoterapeutiskt moment och egenterapi moment men min uppfattning är att de inte verkar ha samma gedigna kunskap om detta som psykologen ... kan utföra behandling utifrån sin steg 1-utbildning; ... Ett komplement och breddning av kompetens för dem, centralt och grundläggande för oss ... De är dock mån om att patienten får samtalsbehandling”.

Läkare (4) anger att de har mer av en helhetssyn och ödmjukhet:

”uppfattar att läkare har en basal kunskap om hur psykoterapier fungerar medan psykologer har något mindre kunskap om farmakologi, [men...] läkaren ska ha en helhetssyn som inte är nödvändig för psykologen ... Som läkare tvingas man bredda vyn och se hur t ex förändring i somatisk eller social situation kan betyda avsevärt mer än t ex år av veckovis terapi. Ödmjukheten inför komplexiteten i människans beteende, utan att fastna i en smal skola/lära; [Läkaren] smickrar sig ogärna att tro att ens egen insats, t ex enstaka timmars psykoterapi /v – hur rätt teorierna än må kännas – måste ha ngn avgörande betydelse för människans livssituation, utveckling eller tillfrisknande ... Psykiatriker är den som binder ihop somatikern, läkemedel, sociala, juridiska och solklart psykopatologiska pusselbitar”.

Några (3) psykologer pekar på att läkare har relevant komplementär kompetens inom områden som är viktiga för det psykiatriska behandlingsarbetet: kost, motion och somatisk kompetens, och undervisning:

”Samtidigt gör många läkare väldigt bra jobb med grundstruktur i vardagen, motion, kost, sömn och sådant ... [vid] gruppbehandling så är läkaren ofta inbjuden med en föreläsningstimme angående exempelvis medicin, diagnoskriterier, förklara hjärnans fungerande ... väga in somatiska tillstånd”.

Skillnader – om psykologer

Läkare (9) och psykologer (21) är överens om att psykologer har en större kompetens inom psykoterapi och psykologisk behandling.

Läkare

”mer tränade i samtalsfärdigheter, särskilt med komplicerade patienter; [bägge kan *bedöma* behov av behandlingen] men skillnaden är att vissa psykologer har subspecialisering inom olika behandlingsområden som gör att teamwork är en förutsättning för att rekommendera rätt behandling hos en kompetent psykolog”. Psykologer: ”har en mycket bredare behandlingsarsenal och som har kapacitet att motivera patienten till medverkan och inflytande över sin egen hälsa ... kan tänka mer nyanserat och kreativt kring psykoterapi”.

Läkare (3) och psykologer (6) anger också att psykologer har mycket liten kompetens inom området läkemedelsbehandling och således inte på samma nivå som specialistläkares mer grundläggande kompetens inom psykoterapi.

Flera psykologer (7) pekar på att psykologer har relevant komplementär kompetens inom områden som är viktiga för det psykiatriska behandlingsarbetet: kognition, neuropsykologi, utvecklingspsykologi, relationer, grupper/kontext/organisation:

”Relationella och kontextuella faktorer ... faktorer som kan påverka behandlingen så som socialpsykologiska och gruppsykologiska fenomen ... bedöma kognitiva förmågor och resurser som vi också tar hänsyn till när det gäller förmåga till att tillgodogöra sig psykoterapi ... känslomässig anknytning ... använder också övrig psykologisk kunskap i det psykoterapeutiska arbetet ... mer utbildning i mänskligt beteende överlag”.

(3) psykologer anger också att psykologer bygger upp en kompetens om patienten som bygger på länge kontakter:

”ofta långvarig och tät behandling med många patienter, vilket gör att det ofta är psykologerna som har den mer djupgående och ingående kunskapen om patienterna ... det skapas en annan typ av allians och förtroende där jag som psykolog ofta får tillgång till ny information som patienter inte har tagit upp med läkaren, vilket kan öka möjlighet till bättre diagnostik ... i nuvarande organisation är det dock så att psykiatrikerna anses utbytbara med varandra medan jag som psykolog inte är det.”

Några läkare (3) menar att det finns en snävhet i utbud vad gäller psykoterapi, och då pekar man på att det enbart är KBT som erbjuds och inte PDT.

”Psykologer fokuserar i regel på symtomreduktion utefter protokoll, strikt metodik”.

Konsultation och handledning

Likheter

Flera psykologer (7) och (2) läkare betonar att bägge har kompetens att konsultera andra inom allmänpsykiatriskt arbete.

Psykologer:

”[bägge] har kompetens att handleda i allmänpsykiatriskt bedömnings- och behandlingsarbete, internt och externt ... om psykiatriska tillstånd och lämpliga metoder för utredning och behandling ...

Likheter avseende konsultation osv kan vara generellt mående och bedömningar av funktionsnivå hos patienten”.

Några (4) psykologer anger också att kompetensen snarare är knutet till person och inte profession:

”en personbunden kompetens som bygger på intresse för andra och välvilja och lyhördhet. Den som har det, och är intresserad, kan erbjuda handledning ... [att läkaren ser handledning mer auktoritärt och psykologen mer relationellt] = Men detta skiljer ju individuellt inom båda yrkeskategorierna”.

Skillnader – om läkare

Flera psykologer (7) uppfattar att många läkare ser handledaren som en expert som utbildar och upplyser, är mer uppgiftsorienterad och att handledare inte alltid ses som nödvändigt: ”handledning inom läkarkåren ska ges, som de själva förstår det, av en bättre och mer kunnig expert inom området ... läkare har en mer uppgiftsorienterad syn ... Psykiatrikern har mindre tid å är ofta mer auktoritärt inriktad till kunskapsinhämtning jämfört med psykologers betoning av relationella möten i handledningen ... psykiater oftare tycker de ska klara allt själva ... en sorts ’vi är experterna och ska klara det vi ställs inför själva’, utan så mycket tankar om vad det gör med dem som människor.”

Några (3) läkare menar att de har ett helhetsperspektiv på psykiatrin och en större klinisk erfarenhet vilket ger en särskilt god kompetens:

”Psykologer saknar det helhetsperspektiv som medicinsk utbildning ger ... Vad gäller övergripande klinisk handledning för handläggning av ”hela” ärendet är psykiatriker bättre lämpade ... Massiva skillnader. Psykologer saknar bred randningserfarenhet som vid AT och ST, saknar akutvårds- och slutenvårdserfarenhet.”

Skillnader – om psykologer

Flera (9) psykologer anger att handledningskompetensen är en särskild del i professionen: ”har mer utbildning i handledande som en del i professionell utveckling och gruppsykologiska effekter ... därför kompetens att handleda t ex grupper och individer utifrån olika psykologiska områden (beroende på vad du arbetar med) ... mer vana vid handledningssituationen.”²⁷

Flera (5) psykologer anger att de i handledning snarare är inriktade på processer och det relationella:

”att handledning inte behöver handla om att en expert talar om hur jag bör göra, att det kan vara mer öppet kunskaps-skapande jag tror också att psykologer ofta har ett mer sokratiskt arbetssätt ... att se vikten av handledning i process med patienter och arbetsgrupper, och att efterfråga det ... Psykiatrikern har mindre tid å är ofta mer auktoritärt inriktad till kunskapsinhämtning ... Psykologen får fatt i vad det gör med denne, vad denne gör med patienten, hur process och relation utvecklar sig etc., tillsammans med mer expert-fakta-grejer, hur lär jag ut en andningsövning på ett bra sätt exempelvis.”

²⁷ Samtidigt anger (2) psykologer det motsatta: ”Vi psykologerna har historiskt en tendens att se det som att vi är bäst i handledning, utan att precisera vad det är för handledning som vi är bäst på. I grundutbildningen till psykolog så hade vi när jag studerade ingen utbildning i hur man handleder”.

Ansvarsområden

Nedan följer respondenternas resonemang om de ansvarsområden som läkare och psykologer har.

Diagnostik och utredning

Likheter

Både läkare och psykologer anger att bägge professionerna ansvarar för diagnostik och bedömning och att detta ansvarstagande dessutom ibland sker i samarbete dem emellan. Läkare (10):

”Gemensamt ansvar att vi har en samsyn i diagnostik och utredning ... Bed pat utifrån ICD-10 och DSM ... Patienterna är ju de ”samma” varför kompetenserna behöver samråda i större utsträckning ... Vi gör samma bedömning, enl. samma principer.”

(15) psykologer anger att bägge professionerna ansvarar för diagnostik och utredning:

”Bägge kan betrakta sig som huvudansvariga och hur man löser detta har att göra med vilka personer som är inblandade eller ibland olika praxis i olika team; i vårdprogrammet står det att diagnossättandet i det diagnostiska teamet sker av psykiatriker och psykolog; ... skyldigheten att göra en grundad bedömning avseende de patienter vi möter inom ramen för vårt arbete.”

(13) psykologer betonar därutöver precis som läkarna att detta ansvar tas i samarbete och med en samsyn:

”... men vid behov tar jag hjälp av läkare när det är svårt och vi kan göra en sambedömning ... psykologen då ofta får ansvaret för anamnes, testning och tolkning av utredningen medan psykiater bidrar med ett somatiskt perspektiv ... Jag ser det som att läkarna är första linjen och psykologerna andra linjen, ett komplement [dvs psykologer gör utredning vid mer oklara fall] ... Vi ”ansvarar” för olika diagnosgrupper. Doktorer sätter diagnos/diagnoskodar varje besök. Psykologer gör utredningar och fördjupade bedömningar (ex SCID) ... Således har läkaren ofta ansvaret för initiala bedömningar och psykologer ansvarar ofta för fördjupade bedömningar/utredningar ... Psykiatrikerna gör mer ”grovsortering” och nöjer sig med det, vill [de] ha en noggrannare diagnos tillfrågar de psykologerna.”

Skillnader – om läkare

Andra läkare och psykologer pekar på **läkares** övergripande huvudansvar inom diagnostiken. (8) läkare anger att

”[Psykologens mkt viktig roll inom axel-II och neuropsykiatri], men för diagnossättandet tycker vi att det behövs vårt övervägande av andra sjukdomspanorama ... Läkaren drar nytta av psykologens mätningar och utvärderingar och väger samman det mot annan väsentlig information, t ex somatisk, medicinsk och socialt. Läkaren är fortfarande i många avseenden ytterst ansvarig för diagnostiken, då bl. a. den somatiska delen kommer från denne ... Psykologer får gärna tänka i diagnoser och föreslå, men ej ensamma själva stå för sådana ... Det är lättare för psykologgrupp att säga ”det är inte mitt ansvar” än till läkare ... Läkare har ansvar för att diagnosen är rättställd, att behandlingsresultaten uppnås.”

(14) psykologer tillägger att

”Läkarna har ju på något sätt grundansvaret ... Enligt de nya processkartorna ... ska läkare ställa diagnos och planera behandling. Psykologer ska komma in först i senare skede, om läkaren så bedömer ... Psykologen bidrar mycket med underlaget ... Blir det en situation där en psykolog och en psykiater verkligen tycker rakt olika så blir det ändå oftast som psykiatern önskar ... Läkaren har det medicinska ansvaret, men både psykolog och psykiater kan ställa diagnos ... Jag ser eg. inga större skillnader vad gäller vårt ansvar, annat än att psykiatriker har ett mer formellt ansvar vilket bl.a. visar sig i att deras ord väger tyngre ibland när det gäller behov av ex. slutenvård, förhandlingar vad gäller tvångsvård etc. ... Om man ska ompröva en psykiaters diagnos bör man ha på fötterna, medan psykiatrer kan ändra diagnos utan att tala med annan personal ... Däremot har psykiatrikern alltid sista ordet om det skulle vara olika uppfattningar, men det är sällan det händer.”²⁸

28 (2) psykologer anger dock att psykologer ofta är huvudansvariga: ”För det mesta är vi psykologer ansvariga för både den initiala axel-I diagnostiken och fördjupade bedömningar ... Psykologer gör utredningar å sätter diagnos”

Ytterligare ett ansvarsområde är att differentiera mellan somatik och psykiatri.

Läkare (6):

”somatisk diff. diagnostik och utredning, värderar somatiska biverkningar ... anpassar [läkemedel] rätt med tanke på interaktioner med läkemedel och ta hänsyn till psykiatriska biverkningar av läkemedel mot blodtryck, ämnesomsättning, antiinflammatoriska, mm.”

Flera (7) psykologer anger att läkare oftare ansvarar för diagnostik av psykos och bipolaritet

”Läkarna hävdar gärna att de är bäst på att bedöma psykos och bipolaritet ... svårare psykiatriska tillstånd lämnar jag till läkare att diagnostisera (t.ex. bipolaritet, psykos).”

Skillnader – om psykologer

Både läkare och psykologer anger att psykologer oftare ansvarar för diagnostik av personlighet och neuropsykiatri. (8) läkare:

”Psykologens roll inom utredning är inom axel-II och neuropsykiatrisk problematik är oftast ovärderlig ... Vad gäller neuropsykologisk utredning är detta helt psykologernas område.”

(10) psykologer om deras kompetens inom neuropsykiatri och neuropsykologi, samt (5) psykologer om personlighetsutredning:

”Neuropsykiatrisk utredning ansvarar mestadels psykologerna för ... neuropsykologiska utredningar ... samt begåvningsnivå ... – Personlighetsutredningar.”

Psykologer (15) anger också deras ansvar när utredningar behöver fördjupas, beskrivande och processdiagnostik och vårdplanering samt testning:

”när det är svårare fall, där läkaren vill ha stöd eller hjälp, eller kring vissa diagnoser, som ADHD eller PTSD eller asperger/atypisk autism ... Psykologen ansvarar för funktionsbedömning ... [ansvar att göra fullständiga utredning, med anamnes, anhörigintervju, testning vid behov, återkoppling och sammanställning, och förslag på åtgärd exvis remiss till annan vårdgivare/profession] ... Som psykologer har vi ansvar för testning, skattningar, strukturerade intervjuer och ofta mer ansvar kring sammanfattning och förslag på åtgärder ... På vår mottagning har vi under en lång period låtit psykologer stå för hela utredningen och diagnostik avseende neuropsykiatri och personlighetsstörningar ... till psykolog för djupare bedömning. ... exempelvis svårbedömd ... komorbiditet.”

Behandling

Likheter

Både läkare och psykologer anger att respektive yrkesgrupp ansvarar för behandlingen inom sitt kompetensområde.

Läkare (6):

”precis som läkaren ansvar för sin specifika behandling och dess resultat och de bedömningar som görs inom ramen för den, t ex löpande su-risk-bedömningar ... Båda kan om de är duktiga diagnostisera och utifrån det föreslå behandling. Psykiatriker kan farmakologisk behandling mer ingående, psykologer psykologisk behandling.”

Psykologer (5):

”[ansvar] avspeglar oftast den formella kompetensen; att som psykolog resp. läkare har man ett ansvar för att kunna rekommendera, genomföra och utvärdera psykologisk resp. medicinsk behandling ... Båda grupperna har legitimationsgrundade utbildningar. Sjukvårdsapparaten ger därmed uppdraget till genomförande av bedömning och behandling.”

I detta sammanhang kan nämnas (4) psykologer som betonar att det inte finns några likheter i ansvar gällande behandling:

”Inga likhet, klara ansvarsområden.”

(7) psykologer anger likheten att bägge tar ansvaret att sätta patienten i fokus och göra ett grundligt arbete tillsammans med patienten:

”en djupare förståelse för många skilda tillstånd och problem som kan ge lidande ... att vi förstår att i princip allt som vi gör kan vara terapeutiskt ... Båda har ansvar för patientens bästa ... Både läkare och psykologer har ansvar för att känna till olika former av behandling som bedrivs inom området och som kan vara hjälpsamt för en patient, och har ansvar för att informera pat om det och lotsa vidare ... tar ansvar för att följa upp sin patient och att meddela övriga team vid behov ... har ansvar för att se till helheten i patientens behandlingsbehov, alltså att inte fastna i sitt eget ”biologiska” eller ”psykologiska” perspektiv.”

(4) psykologer anger att bägge också ansvarar för att utvärdera sina behandlingsinsatser, även om det varierar hur väl detta genomförs:

”att kunna ta ställning till om den behandling som rekommenderats har effekt eller ej, oavsett om medicinsk/psykologisk ... Psykolog liksom läkare har mer begränsad kunskap när det gäller att bedöma vilken typ av psykologisk respektive medicinsk behandling som skulle vara hjälpsam för en pat, samt utvärdera behandling.”

Skillnader – om läkare

Både (14) läkare och (27) psykologer anger att läkare har ansvar för läkemedelsbehandling och för att skriva intyg.

Läkare:

”ansvar gällande den medicinska behandlingen kan aldrig delegeras till en psykolog... Läkare har ett övergripande medicinskt ansvar och ansvar för medicinering ... uppföljning avseende farmakologisk behandling och bedömning av försäkringsmedicinska ärenden”. Psykologer: ”Psykiatrer bestämmer allt vad gäller farmakologisk behandling utan att behöva konsultera någon annan yrkesgrupp ... utfärda LOH, LPT-bedömningar; som sjukskrivning som behandlingsmetod ... om en person skall läggas in på avdelning, bedömer om tvångsåtgärder är aktuellt som exempelvis LPT ... Detta kan jag tycka är bra för att man inte vill sjukskriva sina egna psykoterapipatienter eller ta andra sådana beslut under en behandlingskontakt.”

(14) läkare beskriver också att läkare har ett övergripande ansvar för behandling:

”läkaren har ett övergripande ansvar för behandlingen, men (att varje behandlare har ett ansvar för sin del) ... hamnar dock ofta med helhetsansvaret för patienten ... förväntas att avgöra vilken vårdnivå och behandlingsformer som är adekvat ... slutgiltig diagnostik, differentialdiagnostik och suicidriskbedömning när det hettar till, sjukskrivningar, medicinering, samtliga åtgärder som kan ha vidgående konsekvenser för patientens liv ... också ett juridiskt ansvar, t ex vad gäller myndighetsutövning på olika sätt ... Medan om den psykologiska behandlingen inte leder till lindring eller en positiv effekt förblir det obehandlade tillståndet psykiatrikers ansvar ... Psykologer kan i alla fall söka efter hjälp från läkarsidan om de upplever att patienten är för mycket komplicerad eller inte aktuell för psykoterapi. Läkare kan bara skicka denna ansvarighet till annan läkare men inte i princip till en psykolog ... Kanske lättare för psykologer att inte ta vissa ärenden, som samtalsterapi eller utredning, **medan läkare förväntas ta** de patienter som fördelas ... ansvar för att diagnosen är rättställd, att behandlingsresultaten uppnås ... Psykologgrupp kan fokusera mer om planerade behandlingar men läkargrupp ... har större ansvar akut, inte säkert att det är bästa vård.”

Skillnader – om psykologer

Både läkare och psykologer anger att psykologer har ansvar för psykologisk behandling.

(8) läkare menar att detta deras ansvar för behandling inte heller har det här övergripande ansvaret som beskrevs ovan för läkare:

”Psykolog självständig kan utföra psykoterapi, få fram terapeutiska mål och anpassa arbetsverktyg ... att psykologer mer tillåts nischa sig i en terapiform.”

(22) psykologer anger:

”fattar psykologer självständiga beslut om huruvida psykologisk behandling ska inledas och när den ska avslutas ... Psykologer får huvudansvar för att utföra psykologisk behandling och ofta för att bevilja insatsen.”

Konsultation och handledning

Likheter

Både läkare och psykologer anger att de tar ansvar för att handleda och konsultera inom den egna professionen. (12) läkare anger:

”Formellt handleder och konsulterar vi inom respektive professioner ... men informellt använder vi den andra yrkesgruppens kompetens (rådfråga/bollar frågor) ... Vi har inte samma kompetens och istället för att göra prestige av detta ska man dela på ansvaret och täcka de områden som professionen behärskar ... Just området handledning (till skillnad från konsultationsuppdrag) upplever jag på vår klinik vara väldigt strikt bundet till respektive yrkeskategori”.

(14) psykologer anger:

” Båda handleder sin egen yrkesgrupp ... Specifik kunskap om psykologisk resp. medicinsk intervention ... Om vi konsulteras är det utifrån olika kompetenser [medicin och psykologi]”.

Både läkare och psykologer anger att mer erfarna ansvarar för att handleda mer oerfarna kollegor.

(4) läkare:

”Man handleder yngre kollegor, såväl ST-läkare, AT-läkare som läkarkandidater, ofta ”bedside” ... Psykologer handleder sina yngre kollegor inom ramen för PTP-handledning”. (7) psykologer: ”liknar väl så att mer erfarna inom båda kårerna handleder mindre erfarna ... ansvara för att handledning blir av och är av god kvalitet till yngre kollegor ... att erbjuda handledning och konsultation till de som blivande kollegor med samma yrke som gör sin VFU där vi arbetar.”²⁹

Några (4) läkare anger att en annan likhet är att läkare och psykologer ibland ansvarar för att handleda andra professioner, och då ibland också i samarbete:

”Vi har olika kunskaps områden där vi ofta behöver den andra yrkesgruppens kunskap för att hjälpa patienten ... Det medicinska och psykologiska kompletterar varandra och vi står för var sin del, både i teori och praktik ... båda yrkesgrupper handleder andra yrkesgrupper som sjuksköterskor och skötare vilket vi i både yrkesgrupperna har kompetens för inom våra yrken.”

Skillnader – om läkare

Flera läkare och psykologer anger att läkare har ett övergripande och generellt ansvar vad gäller konsultation, både internt och externt. Förutom ett övergripande ansvar handlar det om konsultation till vårdgrannar, akuta ärenden, heldygnsvård och kommunen.

Läkare (10):

”[psykiatriker] förväntas stå till tjänst med konsultation för kollegor inom somatiken ... gärna att kollegerna får svar direkt ... akuta frågor skall psykiatern handlägga medan psykologen ofta får mera tid på sig för att handlägga frågor ... generellt större erfarenheter av konsultationsverksamhet gentemot andra specialiteter så som primärvård ... Läkare har ett medicinskt ansvar, som psykologer ej kan dela ... också ett juridiskt ansvar, t ex vad gäller myndighetsutövning ... Som läkare handleder man i helhetssyn, inkl. somatisk/medicinskt ... Alla yrkesgrupper konsulterar läkaren kring alla möjliga frågeställningar. Som läkare handleder man personal inom öppen- och slutenvård, patienter och anhöriga, Därutöver ingår konsultationsuppdrag i form av bakjoursarbete, som psykiatrikonsult och remissbedömare ... Man accepterar lättare att störa en psykiater än en psykolog”

²⁹ (1) läkare anger att läkares handledningsansvar härvidlag är mer omfattande: ” [psykologerna] har som jag ser det i praktiken endast krav på handledning till PTP-psykologer som per definition inte är så många och dessutom har långa placeringar i så fall. Vi läkare har att handleda en strid ström av AT-läkare som stannar 2 eller 3 veckor på mottagningen, sen kommer en ny. Dessutom vidareutbildningsläkare i olika ST-program ... [och kandidater] Jag kan ha 4 olika läkare med olika behov att handleda under samma vecka.”

Psykologer (8):

”en tradition inom läkarkåren och inom vården generellt att läkare konsulteras i olika frågor ... konsultationer mot vårdgrannar angående medicinska frågor ... konsultativa samarbeten med andra verksamheter (t ex habiliteringen, olika boende, vårdcentraler) och där är det mer eller mindre självskrivet att det är läkare (ffa överläkare) som står för konsultationen ... gentemot den somatiska vården, ingen annan arbetsgrupp kan ha den rollen.”

Flera (13) psykologer anger gällande handledning att läkare mest tycks handleda inom den egna professionen:

”Läkares handledning verkar nästan bara vara intraprofessionell ... Psykiatriker har ett mer självklart och tydligt utsagt professionsansvar, i att lära upp kollegor, däremot tar de oftast inget ansvar för andra professioners kunskapsutveckling.”

Skillnader – om psykologer

Flera (16) psykologer anger att psykologer ansvarar för att handleda fler professioner än den egna: ” ... för AT-läkarna för att informera om psykoterapier/psykologisk behandling och lite om de vanligaste psykologtester som kan vara bra för läkare att känna till ... psykologer har ett bredare handledningsansvar även för andra yrkesgrupper och avdelningar ... inom yrkesgruppen samt andra yrkesgrupper vad gäller psykologisk behandling och konsultation kring behandlingsplanering eller neuropsykiatri/-psykologi ... diagnostik och psykologiska behandlingsinsatser ... Jag har inte varit med om att en läkare har handlett en personalgrupp, men ganska vanligt att psykolog gör det ... ansvar för handledning till andra yrkesgrupper då psykologisk behandling även ges av andra yrkesgrupper”.

(1) läkare anger också detta:

”kan psykologerna vara en resurs och handleda eg alla andra yrkeskategorier vg psykologisk beh och psykologiska reaktioner.”

Flera (8) psykologer anger att psykologer har ett generellt ansvar vad gäller konsultation, både internt och externt. Det handlar om ett mer ”informellt” och pedagogiskt ansvar och ansvar för processer och särskilt grupprocesser, samt gällande områdena forskning/utveckling och till heldygnsvård och kommunen:

”konsultativa ärenden som kan komma både informellt, via en kollega direkt men också på möten och konferenser ... Som psykolog är den pedagogiska rollen oftare mer självklar och efterfrågas i större utsträckning, pga de många områden och ämnen som är aktuella. Psykologer förväntas också ... följa forskning och förmedla detta samt initiera utvecklingsarbete ... handledning som kanske en av sina arbetsuppgifter mer generellt, särskilt till personal i kommunal verksamhet ... har ett större kunnande när det gäller processer som kan ligga till grund för handledning och konsultation ... bidra med det ”psykologiska perspektivet”, ffa inom slutenvården ... att jag som psykolog är mer fokuserad på utvecklingsrelaterade områden och oftast ger konsultation utifrån det perspektivet avseende hur man kan gå vidare, snarare än att ... bara tänka ’bota symtom’...”.

(2) läkare anger också detta:

”Psykologer har ofta (men inte alltid) mera kunskap om grupprocesser, vilket kan vara viktigt att belysa inte minst på arbetsplatser, men även i enskilda ärenden”.

Förbättringsförslag

Många av de förbättringsförslag som respondenterna angav visade sig i något större utsträckning glida in i varandra, jämfört med de andra frågeställningarna. Därför ges först här bara en översikt över kodernas namn och antal respondenter som givit förslag inom koden. I avsnittet Sammanfattning presenteras förslagen utförligare.

Allmänt om samarbete

ÖKA RESURSER I TERMER AV TID, UTRYMME, PERSONAL

12 psykologer, 10 läkare

STYRNING MOT SAMARBETE (ledningsperspektiv)

11 psykologer, 7 läkare

STYRNING AV ROLLER OCH ANSVARSOMRÅDEN (ledningsperspektiv)

10 psykologer, 5 läkare

KOMPLETTERANDE KOMPETENSER I SAMARBETE (individperspektiv)

6 psykologer, 6 läkare

JÄMLIKHET MEDICIN OCH PSYKOLOGI (ledningsperspektiv)

6 psykologer

PATIENT I CENTRUM (individperspektiv)

7 psykologer, 4 läkare

Specifikt om diagnostik

FÖRBÄTTRA SAMARBETE OCH TYDLIGT ANSVAR UTIFRÅN KOMPETENS

25 psykologer, 14 läkare

MER KOMPLEXITET KRING DIAGNOSTIKEN OCH KOPPLA TILL BEHANDLING

5 psykologer

PSYKOLOG ÖKAT ANSVAR

4 psykologer

Specifikt om behandling

MINDRE TID FÖR ADMINISTRATION

Psykologer 15

FÖRBÄTTRA SAMARBETE OCH TYDLIGT ANSVAR UTIFRÅN KOMPETENS OCH GENOMTÄNKT VÅRDPROCESS

19 psykologer, 8 läkare

INFÖR PSYKOLOGISKT LEDNINGSANSVAR

5 psykologer

PLURALISM I DIAGNOSTIK OCH KOPPLAT TILL BEHANDLING

5 psykologer

MER ÄN BEHANDLING BEHÖVS

1 psykolog

PSYKOLOGERS FLEXIBILITET OCH MINSKAD SNÄVNET

6 läkare, 1 psykolog

FLER PSYKOLOGER

3 läkare

Specifikt om konsultation

SAMARBETE HANDLEDNING OCH KONSULTATION (innefattar både GEMENSAM HANDLEDNING PROFESSIONERNA och PSYKOLOG HANDLEDER LÄKARE & VICE VERSA)

13 psykologer, 12 läkare

ORGANISATIONENS FÖRSTÅELSE OCH TÄNK KRING HANDLEDNING

4 psykologer, 2 läkare

MEDICIN OCH PSYKOLOGI SAMMA STATUS (därmed psykologer ökat ansvar)

3 psykologer

FLER PSYKOLOGER I AKUT/SLUTENVÅRD

2 psykologer, 1 läkare

BILAGA 2 – ENKÄT

Enkät Psykiatriprojekt 2015

Var god svara på frågorna direkt i detta Worddokument: spara dokumentet och mejla in när du är klar.

Sveriges Psykologförbund initierar i år ett psykiatriprojekt. Centrala frågor för projektet rör samarbete mellan yrkesgrupper och fördelning av kompetens- och ansvarsområden i vuxenpsykiatri. Syftet med psykiatriprojektet är att föreslå modeller och principer för teamarbete där våra yrkesroller gynnas av samverkan. Förhoppningen är att ge förslag som kan leda till en förbättrad arbetsmiljö och ett mer effektivt och meningsfullt arbete för alla yrkeskategorier i psykiatri. I det första steget i projektet har vi valt att fokusera på psykiatriker och psykologer.

Projektet utförs genom djupintervjuer och enkätundersökning. Denna enkät skickas ut till ett urval av öppenvårdsmottagningar i samtliga landsting i Sverige. Enkätundersökningen riktar sig till verksamma psykiatriker och psykologer inom den allmänpsykiatriska vuxenöppenvården.

Frågorna avser dina egna erfarenheter och funderingar från ditt arbete i denna verksamhet. Du är garanterad fullständig anonymitet i den slutliga rapporten. Ingen utomstående kommer att kunna koppla samman en viss information med en viss respondent. Projektet är beställt av Psykologförbundets styrelse och genomförs som en verksamhetsutvärdering och är inte att betrakta som forskning. Projektet är förankrat hos Svenska Psykiatriska Föreningen.

Tveka inte att höra av dig om du har frågor.

Martin Björklind
Professionsansvarig
E-post: martin.bjorklind@psykologforbundet.se
Mobil: 070-689 64 11

INSTRUKTION

Denna enkät samlar in kvalitativa data. Var god spara detta Worddokument på din dator. Skriv direkt i löpande text under fälten nedan, vid ”[SVAR]”. Spara på din dator när du är klar, och mejla dokumentet tillbaka till mig när du är klar med dina svar.

E-post: martin.bjorklind@psykologforbundet.se

DEL A. Samarbete Samarbete – psykiatriker och psykologer

Vad gäller samarbetet mellan psykiatriker och psykologer på er enhet, vad fungerar bra i detta samarbete?

[SVAR]

Vad tror du ligger till grund för att det fungerar bra?

[SVAR]

Vad fungerar mindre bra i samarbetet mellan psykiatriker och psykologer på er enhet?

[SVAR]

Vad tror du ligger till grund för att det fungerar mindre bra?

[SVAR]

Gällande sådant som fungerar mindre bra – hur skulle det kunna förbättras?

[SVAR]

Har du något att tillägga om samarbetet mellan yrkesgrupper på er klinik?

[SVAR]

DEL B. Kompetens och ansvarsområden

INSTRUKTION

Med *kompetens* avses den kompetens som yrkeskategorin har med sig från sin grundutbildning (läkar- respektive psykologprogrammet) och specialistutbildningar. Med *ansvarsområden* avses de praktiska arbetsuppgifter som förekommer på er klinik.

Kompetens och ansvarsområden – psykiatrisk och psykologisk diagnostik och utredning

Vad gäller området diagnostik och utredning, vilka är som du ser det likheterna och vilka är skillnaderna mellan psykologers och psykiatrikers *kompetenser*?

[SVAR]

Vilka är som du ser det likheterna och skillnaderna vad gäller psykologers och psykiatrikers *ansvarsområden* gällande diagnostik och utredning?

[SVAR]

Finns det något som rör psykiatrisk och psykologisk diagnostik och utredning som du tycker skulle kunna förändras på er klinik? I så fall hur och varför?

[SVAR]

Kompetens och ansvarsområden – psykiatrisk och psykologisk behandling

Vad gäller området behandling, vilka är som du ser det likheterna och vilka är skillnaderna mellan psykologers och psykiatrikers *kompetenser*?

[SVAR]

Vilka är som du ser det likheterna och skillnaderna vad gäller psykologers och psykiatrikers *ansvarsområden* gällande behandling?

[SVAR]

Finns det något som rör psykiatrisk och psykologisk behandling som du tycker skulle kunna förändras på er klinik? I så fall hur och varför?

[SVAR]

Kompetens och ansvarsområden – psykiatrisk/psykologisk konsultation och handledning

INSTRUKTION

Handledning kan vara utbildningshandledning, det vill säga där den som handleder också har ansvar att godkänna den handledde. Handledning kan också vara konsultativ och syfta till att ge ökad kunskap, förståelse eller ge handlingsförslag. Exempel: ST-handledning, PTP-handledning, extern teamhandledning, konsultation till primärvård med mera.

Vad gäller området handledning och konsultation, vilka är som du ser det likheterna och vilka är skillnaderna mellan psykologers och psykiatrikers *kompetenser*?

[SVAR]

Vilka är som du ser det likheterna och skillnaderna vad gäller psykologers och psykiatrikers *ansvarsområden* gällande handledning och konsultation?

[SVAR]

Finns det något som rör handledning och konsultation som du tycker skulle kunna förändras på er klinik? I så fall hur och varför?

[SVAR]

Har du något att tillägga gällande kompetens och ansvarsområden på er klinik?

[SVAR]

Jag/vi som svarat:

Person 1

Antal år på kliniken: [SVAR]

Antal år i yrket: [SVAR]

Person 2

Antal år på kliniken: [SVAR]

Antal år i yrket: [SVAR]

Stort tack för att du fyllt i denna enkät!

Sveriges Psykologförbund