



Svar på synpunkter på Ramdokumentet

Jag är tacksam för synpunkterna och jag ska besvara frågorna nedan. Sven Nordlund har också formulerat svar som jag tagit med i denna sammanställning.

Inledningsvis vill jag ge en samlad bild av avsikten med ramdokumentet. Vi har tidigare haft en ganska vag målbeskrivning och en svag arbetsledning i det dagliga arbetet inom vår öppenvård. Detta har lett till att verksamhetens olika mottagningar och dess medarbetare själva tvingats formulera ramar och förutsättningar. Av uppenbara skäl är dessa inte enhetliga, även om de i sig inte nödvändigtvis är felaktiga. Detta har ändå inneburit att patienter, anhöriga och vårdgrannar uppfattat oss som otydliga och godtyckliga. Många av de avvikelser jag får ta emot, liksom klagomål via Patientnämnden och IVO beror på just otydliga vårdprocesser och en uppfattning av ologiskt och inkonsekvent hantering.

Dokumentets syfte är alltså att fastställa ett ramverk för hur vi ska strukturera arbetet så enhetligt som möjligt för att patienter, anhöriga och vårdgrannar ska kunna förstå när, var och hur vi arbetar samt att vi följer de lagar som vi lyder under.

Delar av dokumentet syftar till att definiera vår skyldighet gentemot Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL). Där står bland annat:

”Med hälsa- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.”

”Målet för hälsa- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.”



”Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.”

”Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.”

”Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.”

Dessa citat från olika paragrafer i HSL är bakgrunden att vi måste definiera när läkarkontakter ska ske och att vi måste bygga in avstämningar i vårdprocesserna (i detta fall har vi valt 10 besök). Vi måste hantera att antalet patienter som söker oss ökar utan att vi för den sakens skull får större resurser. Idag ger vi god vård till vissa, men ingen alls till andra (köer). Vi måste därför sortera mer aktivt. I divisionsledningen ser vi detta som ett ledningsansvar, varför vi poängterar att linjeförordningen ska vara delaktig i arbetsfördelningen.

Att medarbetarna ska få en regelbunden återkoppling är också kravställt i HSL:

”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.”

Beträffande intryck utifrån så har många av våra hyrläkare uttryckt specifikt att vi behöver remissteam eftersom de upplever behandlingskonferenserna som ineffektiva och att de också innebär sekretessbrott. Remissteam är inte unikt för Sollentuna, utan förekommer på många orter. Jag är av den bestämda uppfattningen att arbetsgivaren ska ansvara för arbetsfördelningsfrågan.

Tankegången med ”långa” respektive ”korta” vårdåtaganden är främst hämtad från Gävleborg, men också från Helsingborg och Sollentuna. Att införa en fildelning för personer som ska ha längre vårdkontakter är nödvändigt. Om alla dras över samma kam riskerar vi antingen att betrakta alla som ”korta” eller alla som ”långa”. Båda alternativen har sina klara nackdelar. Om alla är ”korta”, kan vi inte ta tag i djupgående problem. Om alla är ”långa” gör vi vårdprocessen diffus och lång för de patienter som inte behöver eller efterfrågar omfattande insatser. Naturligtvis är det inte enkelt att bedöma rätt från början, men jag vill noga poängtera att det finns kommunicerande kärn mellan ”korta” och ”långa” spåret. Vad som är nytt är att vi lägger upp en plan för vården från början, vilket patienterna i allmänhet efterfrågar. Planen kan naturligtvis komma att omprövas. Tio samtal är inte ett stopp, utan en ”check-point”.



Att dokumentet ställvis har mycket skarpa formuleringar handlar främst om våra skyldigheter gentemot HSL och är därmed inte en förhandlingsfråga. Arbetsgivaren måste helt enkelt se till att vi uppfyller detta. Medarbetaransvaret ligger också i att känna till skyldigheterna i våra lagar. Jag rekommenderar att medarbetarna läser:

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL; 1982:763)
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
- Patientdatalagen (2008:355)

En "lättversion" i medarbetarnas skyldigheter finns i form av ELLSA-utbildningar (främst "Sekretess" och "Dataintrång"). Dessa är obligatoriska.

Varför 10 besök?

Det finns ingen forskning i detta område. Däremot finns mycket erfarenhet. Vi har hört oss omkring och tagit intryck av bland annat Skåne och Stockholm. Vi har försökt få siffror från Gävleborg, men de har inget kvalitetsbokslut så vi har därför inget bekräftat. Man kan grovt säga att patienter i psykiatrisk öppenvård i snitt har 8-15 besök. Detta är inte selekterat på "kort" och "långt". Vi vet också att en stor grupp patienter själva avbryter kontakten efter 3-4 besök. Av denna anledning är 10 besök ett ganska väl tilltaget antal. Vad ramdokumentet säger är att en kort kontakt ska erbjudas upp till 10 besök och att man inom denna period tar ställning till om vårdplanen håller. Gör den inte det så ska den omprövas. Skulle vi över tid visa att 8 eller 12 besök är en bättre gräns, så kan vi ändra på detta framöver.

Vi behöver ha en utgångspunkt.

Vad betyder "minsta effektiva insats"?

Med begreppet avses att vi ska erbjuda vad som efterfrågas och behövs, inte mer. Detta brukar benämnas LEON (Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå) och är en vedertagen princip inom svensk hälso- och sjukvård. Vi menar att vi inte ska överarbeta enskilda ärenden. Idag har vi en tendens att ibland ge extensiva insatser till patienter som kräver det (eller deras anhöriga). Har vi tydliga mål och processbeskrivningar kan vi med trygghet hänvisa till dessa och inte försöka "överbevisa". Detta är också mycket tydligt ett ledningsansvar.



Hur ska remissteamet se ut?

Vi har lagt en tydlig tyngdpunkt på remissteam. Orsaken har jag varit inne på och handlar i grunden om ett arbetsgivaransvar. Det saknas en hel del i beskrivningen, vilket är avsiktligt. Att arbetsgivaren ska vara representerad beror på att arbetsbördan ska fördelas jämnare och att det ska finnas kommunikation mellan verksamhetens hjärta – remissteamet, och hela vägen upp till den politiska ledningen. Det är dock inte nödvändigtvis linjechefen som ska stå för den psykiatriska bedömningen av enskilda ärenden. Denna bedömning måste göras av vårdpersonal. Det är enligt HSL nödvändigt att en läkare ska vara med i detta team. I övrigt måste remissteamets sammansättning bestämmas lokalt på mottagningen. Lokala förutsättningar kan inte definieras i ett ramverk.

Vad är en långvarig kontakt?

Detta är inte närmare definierat eftersom vi uppfattar frågan som svårdefinierad. Definitionen måste kontinuerligt diskuteras, ifrågasättas och omvärderas på "vårdgolvet" i dialog med remissteamet. Sannolikt kan man inkludera psykospatienter, bipolära tillstånd av allvarligare grad, svår trauman, ADHD, komplicerat missbruk med samtida psykiatrisk sjuklighet, suicidalitet, mm. Däremot måste vi av prioriteringsskäl exkludera patienter som inte är behandlingsbara, eftersom detta definitionsmässigt innebär att vi inte kan göra skillnad för patienten. Alltså kan en personlighetsstörd patient med stora bekymmer betraktas som icke behandlingsbar. Samtidigt kan våra insatser i vissa fall vara livsavgörande om patienten är suicidal.

Debatten behöver med andra ord vara levande och öppen för omvärdering. Vår nuvarande hållning har en tendens att vara överinklusiv, dvs att alla "knepig" personer är psykiatriska. Denna hållning är ohållbar eftersom belastningen inte tillåter kontinuerlig expansion.

Jag vill understryka att ett avslutat vårdåtagande inte betyder att patienten inte är välkommen åter! Ta exempelvis en patient med osjälvständig personlighetsstörning. Denna patient söker vår hjälp i samband med att sambon flyttat. Snabbt hittar samma patient en ny sambo och efterfrågan av vård försvinner eftersom patienten inte länge är mottaglig för psykologiska interventioner. Nästa separation kanske innebär att vi når länge med vår behandling. Det innebär ändå inte att patienten ska vara en "vilande" kontakt. En sådan är bara en falsk trygghet. Oklar för vem, patienten eller behandlaren? Bättre då att avsluta vårdåtagandet och rekommendera patienten att söka igen.



Varför ska medarbetarna få återkoppling?

Det är rimligt att arbetsgivaren har en kontinuerlig dialog med medarbetarna om arbetets innehåll och arbetsinsatsens kvalitet. Detta är också poängterat i HSL. Jag kan hålla med om att det är väl entusiastiskt att bygga in ett krav på månatlig återkoppling. Det kanske räcker med en formulering som: ”regelbunden” eller ”återkommande”?

Sammanfattning

Jag hoppas att jag har bemött alla frågeställningar och att svaren är begripliga. I efterhand kan jag tycka att detta dokument borde ha följt med ramverket. Ett ramverk poängterar gränser och detaljer och flyttar därmed fokus från visionerna. Jag vill också understryka att vissa delar av ramverket kommer att ta tid att uppfylla, men det är också frågan om målsättning. Att den är detaljerad i vissa avseenden beror alltså på lagens förutsättningar och viljan att lyfta prioriteringsbördan från de enskilda medarbetarna. Vi i division psykiatri ledning vill ge våra medarbetare en tryggare och mer förutsägbar arbetsituation. Vi behöver också visa på att det inte finns någon annan som tar hand om det som vi idag inte riktigt sköter till fullo. Det är vi som gemensamt är psykiatri i Sörmland. Vi gör det bra idag, men vi har en stor potential att bli ännu bättre!