

2014-06-09

Psykologföreningens synpunkter angående nya riktlinjer för den Psykiatriska Öppenvården i Sörmland

Psykologföreningen har fått ta del av förslag till nya riktlinjer för den psykiatriska öppenvården i Sörmland. Dokumentet är enligt divisionschef Sven Nordlund ett resultat av diskussioner förda inom divisionsledningen. Anmärkningsvärt är att öppenvården på Psykiatriska kliniken MSE dock inte tycks ha varit involverad i utformningen av dokumentet.

Dessa diskussioner har emellertid inte förts bland medarbetarna, som nu står helt frågande till bakgrunden till förslaget. Våra medlemmar i Psykologföreningen undrar varför man anser sig behöva förändra öppenvården på detta drastiska sätt. Vi har f.n. en välfungerande psykiatrisk öppenvård med – i stort sett – nöjda patienter. Att nedmontera detta förefaller i sig ologiskt och orimligt. Vad är egentligen problemet som riktlinjerna skall vara ett svar på?

Medlemmarna har vänt sig till Psykologföreningens styrelse med värdefulla synpunkter, som följande är en sammanställning av. Psykologföreningen vill ta upp synpunkter på hur förslaget påverkar ur två aspekter:

1. Riktlinjernas påverkan på vård och behandling

Riktlinjerna hänvisar till vårdöverenskommelse mellan allmänpsykiatrisk öppenvård och primärvård. När det gäller psykologisk behandling är det ofta så att patienter hänvisas till specialistpsykiatri efter att primärvårdens resurser anses vara uttömda. Ett av skälen är att psykiatri anses ha högre kompetens och ett annat är ofta att primärvårdens tidsbegränsningar gör att man inte kan erbjuda tillräcklig tid för psykologisk behandling. De arbetar ju inom ungefär den tidsgräns som nu signaleras även för specialistpsykiatri, dvs ca tio samtal.

Psykiatriens patienter har för det mesta svår problematik, personlighetsstörningar, psykoser, suicidalitet eller andra omfattande psykiska problem, ofta även av lång varaktighet, inte sällan livslång. Patienter med lindrigare svårigheter och avgränsade kriser behandlas psykoterapeutiskt oftast av förstalinjetjänsten, dvs primärvårdens beteendevetare eller till VC anknutna legitimerade psykoterapeuter. Vårdavtalsanknutna legitimerade psykoterapeuter kan också arbeta med den senare patientgruppen.

För psykologisk behandling gäller lite förenklat men i grunden att mera okomplicerade och avgränsade problem tar kortare tid att behandla och att komplicerade långvariga problem tar längre tid. Detta gäller oavsett metod. För den patientgrupp man arbetar med inom specialistpsykiatri finns ingen evidens för framgångsrik psykologisk behandling för personer med svåra psykiska störningar på den korta tid som signaleras i riktlinjerna.

Det som tidigare benämnts "svängdörrspsykiatri" ses i riktlinjerna som positivt. Det kan medföra svårigheter med kontinuitet i personkontakter vilket ju är viktigt bland annat i suicidpreventivt syfte. Många av psykiatrins patienter är suicidala under längre eller kortare tid och/eller i perioder. Om vården för dessa patienter förändras enligt det som anges i riktlinjerna kan man förväntas sig frekvent återkomst av samma patient efter många prematurt avbrutna insatser och att patienter känner sig svikna av vården, som så underskattar befintligt hjälpbehov. Om förslaget kommer att gälla som modell kan det finnas en stor risk att de i förtid avbrutna behandlingarna belastar redan sårbara patienter, vården kan således leda till iatrogen skada.

Inom psykiatriska öppenvården finns en tradition, där svårt ställda, ofta socialt utsatta och även mindre ekonomiskt bemedlade patienter kunnat erbjudas möjlighet till psykologisk behandling under längre tid. Med liggande förslag förstörs den traditionen. Endast de som kan köpa längre tids psykologisk behandling kommer att kunna få sådan och det utanför offentlig psykiatri.

Med vård utförd enligt dokumentet kan man nå kvantitativa mål men äventyra kvalitet och professionalitet. Personkontinuitet och förtroendefulla allianser som är så centrala i psykologiskt behandlingsarbete lär få stryka på foten i effektivitetens namn.

Självklart behöver alla insatser eller behandlingar utvärderas regelbundet, vilket redan görs. Behandlingar som är ofruktbara avslutas, man provar med annan insats mm. Sådana diskussioner pågår ständigt i handledning och i behandlingskonferenser. Målformuleringar, vårdplaner och kontrakt för behandlingarna genomförs idag och dokumentation av detta görs.

2. Riktlinjernas påverkan på arbetsmiljö

Riktlinjerna föreslår avsevärd kursändring jämfört med den öppenvård som bedrivs idag. Sådana radikala ändringsförslag bör diskuteras med medarbetarna, förankras, revideras och tänkas igenom vad gäller konsekvenser för befintlig verksamhet. Detta har inte skett. Lämpligt är att låta förändringsarbetet vara en process där medarbetarnas synpunkter och erfarenheter vägs samman för att utmytna i en förändring som av alla upplevs motiverad och genomtänkt och som något de flesta kan ställa sig bakom. Därefter skall noggrann riskanalys och konsekvensanalys genomföras. En förändring som genomförs på ett sådant sätt kan ses som en utveckling, som tar till vara kunskaper, erfarenheter och medarbetarnas vilja till att skapa en allt bättre vård för sina patienter.

En förändringsprocess som endast tar ledningens interna diskussioner som sin utgångspunkt utan att lyssna till medarbetarna och utan grundlig dialog får stora konsekvenser för arbetsmiljö och trivsel. I en sådan toppstyrd verksamhet kommer medarbetare söka sig bort till andra verksamheter där man har mera möjlighet till inflytande på hur arbetet skall bedrivas och där kunskaper och erfarenheter tas till vara. I ett dokument, ej underskrivet av någon författare, men som kommit oss till del via Johan Hellström, framgår att man lyssnat till hyrläkarens synpunkter när man arbetat fram förslaget om förändringar. Det är

anmärkningsvärt att det inte någonstans i det dokumentet står att man haft diskussioner, inhämtat synpunkter eller delat problemformuleringar med den fast anställda personalen.

Om dessa riktlinjer drivs igenom finns farhågor att divisionens psykologer kommer att känna samma press och otrivsel som man gör på vissa andra håll i landet, där kvantitativa mål drivs hårt på bekostnad av kvalitativa. Man kommer inom Psykiatri Division få svårare att både rekrytera och behålla sina psykologresurser, vilket kommer att bidra till försämring av erbjudandet till allmänheten, som idag räknar med att vår grupp ska vara representerad som en resurs i verksamheten för offentlig psykiatri.

Riktlinjerna beskriver även att månatlig återkoppling till enskilda medarbetare skall ske avseende individuell prestation, vilket dock modifierats något i ovan nämnda skrivelse (vilken alltså varken är undertecknad eller har namngiven författare) som sänts till Psykologföreningen som svar på frågor som föreningen ställt. Återigen undrar föreningen: Vad är problemet? Varför anser man att det behövs täta återkopplingar till medarbetarna om deras enskilda prestation utöver det som sker i de samrådsrutiner som finns inom landstinget med medarbetarsamtal, lönesamtal och samrådsgrupper på olika nivåer? Om inte en problemformulering anges som bakgrund till önskemålet om täta återkopplingar kan det utläsas som ett misstänkliggörande av medarbetarkårens arbetsinsats.

Riktlinjerna beskriver också att behandlare skall rådgöra med remissteamet om behandlingstiden för patienterna skall bli mera än tio besök, vilket också något modifierats i ovan nämnda skrivelse. Inte heller här anges vilken bakgrund som finns till detta förslag. Förändringen kan återigen ses som ett utslag av bristande förtroende för våra medlemmars kompetens och förmåga att göra korrekta bedömningar av patienters behov av behandling. I en god arbetsmiljö skall finnas respekt för de olika professioner som ingår i ett team, där man värderar varandras specifika professioner och litar till varandras kompetens. Ett teamsamarbete behöver bygga på tillit till teammedlemmarnas professionalitet och skall inte behöva bygga in kontrollfunktioner, som signalerar tillitsbrist.

Psykologföreningen yrkar på att förslaget dras tillbaka, att processen börjas om med tydliga problemformuleringar med beskrivning av bakgrund till problemformuleringarna och att omfattande diskussionerna genomförs i de olika fora som finns. På så sätt kan medarbetare bidra med erfarenheter, kunskap, synpunkter och en eventuell förändring blir sålunda förankrad och motiverad ur de befintliga behov av förändring som divisionens medarbetare uppfattar.

Styrelsen för Psykologföreningen i Landstinget Sörmland