

Schizofreniföreningen i Skåne

Psykiatri Skåne: Effektiv och likvärdig psykosvård i Region Skåne.

Yttrande 2012-12-12.

1 Process för framtagning av PM som jag fick del av 28 augusti 2012.

-Christina Svensson projektledare

-Arbetet pågått sedan maj 2011.

-Företrädare för patientföreningar har varit inbjudna till projektgruppen vid fyra tillfällen.

-Projektgruppen skall fortsätta som nätverk med nytt möte i oktober 2012. Jag har inte fått något svar från PO Sjöblom på frågan om var brukar- och anhörigorganisationerna i fortsättningen kommer in i processen med **Effektiv och likvärdig psykosvård i Region Skåne.**

Kommentarer:

Brucar- och anhörigorganisationerna har inte varit involverade i framtagandet av programmet för bättre psykosvård i sådan omfattning att vi har något ansvar för programmet.

-Programmet har framtagits inom Psykiatri Skåne. Gäller därför inte för den privata vården eller helheten d v s alla psykossjuka i Skåne. Psykiatri Skåne har t ex kontakt med 1700 psykossjuka men kohorten personer som drabbats av psykossjukdom och funktionsnedsättning är mycket större. (Troligen ca 6 000)

-Programmet är inte politiskt förankrat och har därmed en lättare karaktär – kan närsomhelst ändras och t o m slopas utan politiska beslut.

2 Innehåll

Programmet listar följande mått som uttryck för **medicinsk kvalitet, patientnöjdhet och livskvalitet.**

-Hög återhämtning

-Symtomfrihet/reduktion

-Funktionsförmåga – ökad/bibehållen

-Få läkemedelsbiverkningar

-Hög somatisk hälsa

-Ökad livskvalitet

-Lågt återinsjuknande/återinläggning

-Nöjda närstående

De frågor som uppstår är bl. a följande:

1 Vilket samband finns det mellan de åtgärder/prestationer som psykiatrin gör för de som drabbats av psykos och dessa effektmål?

D v s hur troligt är det att psykiatrin når de mål man satt upp med nuvarande arbetssätt/metoder?

2 För att nå de effekter som man önskar är man i många fall beroende av insatser från socialtjänst, somatisk sjukvård, (primärvård och specialistvård) försäkringskassa och anhöriga.

Hur sannolikt är det att dessa insatser kommer till stånd?

3 Det verkar som om man behöver genomföra ett paradigmbyte för att nå flera av målen.

Från ett system med specialistpsykiatri i ett slutet system där lite är känt om behandlingsmetoder, behandlingsresultat, biverkningar och andra skador hos patienter till en mera öppen psykiatri som öppet arbetar med sin kompetens i behandlingsallianser med patienter, anhöriga och vårdgrannar och som redovisar behandlingsmetoder, resultat och biverkningar/skador.

Vi välkomnar ett sådant paradigmbyte.

4 Målet för service, stöd, vård och rehabilitering till allvarligt psykiskt sjuka slogs fast av Sveriges Riksdag 2 juni 1994. ”Samhällsintegration på lika villkor” och riksdagen angav även att en sådan utveckling förutsatte ökad makt och inflytande från de drabbade över sina egna liv och över den service, stöd vård och rehabilitering som de kunde behöva och ha rätt till enligt gällande lagar. I dag är vi mycket långt från detta mål. Jag ifrågasätter om vi under de närmare tjugo år som gått sedan dess ens närmast oss målet. Troligen är vi idag längre bort från målet än vi var 1994.

Riksdagens mål är ett gemensamt mål för alla myndigheter och vårdgivare. Bra om dessa mål fanns med i programmet.

5 Vi välkomnar programmet för en ”Effektiv och likvärdig psykosvård i Psykiatri Skåne” och vi vill på alla sätt stödja ett förverkligande av ambitionerna.

Samtidig måste vi påpeka att denna ambition inte når ut till alla som lider av psykossjukdom och dess följder funktionsnedsättning, läkemedelsskador etc. i Skåne. Vi har över 1000 personer som vistas på s k HVB-hem. De flesta i Skåne och Småland. Vi har ca 1000 hemlösa som troligen endast i begränsad omfattning nås av Psykiatri Skånes vård. Vi har ett okänt antal skygga och rädda som håller sig undan all vård och helst alla myndigheter. Vi har ett ganska stort antal personer som bor i kommunal boenden (SOL och LSS) av olika slag och som vi inte vet i vilken omfattning den nås av psykiatri Skånes vård.

Vi vill samtidigt påpeka att vi har grunduppfattningen att orsaker till psykisk ohälsa och den psykiska ohälsan i sig är så komplex och mångfacetterad att den troligen inte går att fånga bara i evidensbaserade metoder och mätningar av resultat i relation till dessa. Det mänskliga psyket är komplext och ibland gåtfullt. Det måste även finnas utrymme för alternativ i behandling och stöd.

Förbättringsområden

1 Samarbete mellan öppen och slutet vård.

Här skulle vi helst se att gränserna försvann helt. De gränser som finns idag är inte i patienternas intresse och de gynnar inte heller deras situation.

2 Psykos patienter direkt till psykoskompetens.

Ja det tror vi är bra. Speciellt gäller detta vid nyinsjuknande och återinsjuknande.

3 Registrering av relevanta data. Ja det blir nog svårt. Registreringen får inte bli så omfattande att personalen glömmer bort att tala med patienterna som ju visat sig vara en bra metod.

4 Ja vi har full förståelse för behovet av vårdplan och situationen skulle förenklas om den kunde var en plan för patienten under hela vårdprocessen. Samtidigt är den nya lagstiftningens krav på samordnande personlig plan kanske det viktigaste instrumentet för att nå de uppsatta effektmålen.

5 Dagpsykiatri.

Ja vi tror att psykiatrin behöver kunna ge patienterna trygghet och vård i enklare former än tvångsintagning i slutna psykiatrisk vård.

6 Utveckling av CM.

Ja men metoden har ju visat sig var nästintill omöjlig att implementera i Sverige. Se SOS utvärdering.

Vi har länge påpekat att vi önskat att POM-temets arbetssätt blev tillgängligt i hela Skåne. ACT-teamets verksamhet i Malmö skall bli intressant att följa.

7 Vi tror att brukar och anhöriginflytande bäst kommer till stånd i vården av enskilda patienter. Vi sitter gärna på möten ibland men det är i vårdprocessen som vi får resultat.

8 Möta patienten som individ med egna resurser. Alla studier visar att personalen grovt underskattar patientens egen förmåga. Hur skall vi förmedla denna insikt till personalen så att de verkligen förstår att det är så.

9 Tillgång till psykoskompetenser

Jättebra att öppna upp för anlitan av speciella kompetenser. Kan gynna många udda grupper.

10 Utbildning av patient närstående.

Ja vi träffar fortfarande på anhöriga som efter tio år inte har någon riktig kunskap om Schizofreni.

En viktigt område är tidiga tecken på återinsjuknande. Här finns det ett stort förbättringsområde.

11 Inventera psykosociala insatser.

Här har vi en problematik att många utmärkta psykosociala insatser inte är beforskade ännu. Stor risk att goda insatser mönstras ut. Det kan vi se om vi ser tillbaka några årtionden. Nästan alla psykosociala insatser som fanns då är idag utmönstrade. Patienternas egna erfarenheter är här mycket viktiga som vägledning för vad som skall mönstras ut eller ej.

Intern revision

Troligen ett bra komplement till olika mätningar och registreringar. Brukar perspektivet kan här ge ny kunskap till personal.

Attityder

Det har skett påtagliga förändringar i personalens attityder till både patienter och anhöriga och ändå återstår det mesta att göra om programmets intentioner skall kunna genomföras.

6 När det gäller olika ”Pågående arbeten som stärker patient processen inom psykosvården” vill vi kort anföra följande:

1 Bättre metoder.

Här vill vi lägga till ”Kliniska riktlinjer - Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom” Gemensamma för -Svenska Psykiatriska Föreningen -Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri -Svensk Förening för Allmänmedicin -Svensk Förening för Diabetologi -Svensk Internmedicinsk Förening -Svenska Cardiologföreningen -Svensk Förening för Obesitasforskning.

I dessa riktlinjer beskrivs bl a psykiatrins roll och ansvar för att förebygga och behandla metabol risk.

2 Ökat inflytande.

Här vill vi tillägga att inflytandet påverkas av de former som psykiatrin grupperar sina resurser. Vissa former ger inget inflytande andra skapar förutsättningar för ett mer omfattande inflytande.

3 Individuella lösningar.

Tillämpning av lagstiftning rörande samordnad individuell plan 1 januari 2010 kräver troligen insatser från både Region Skåne och Skånes kommuner. Bra med insatser på förvaltningsnivå men inte tillräckligt.

4 Samarbete med kommuner.

Här vill jag hänvisa till

Socialstyrelsens rapport ”Metod på drift. En studie om implementeringen av en nationell utbildningsinsats om Case Management enligt ACT-metoden för personer med psykiskt funktionshinder 2011.

5 Öppnare samhälle

Troligen en förutsättning för att de ambitioner som Psykiatri Skåne har skall kunna förverkligas.

6 Bättre fysisk hälsa.

Se ovan ”Kliniska riktlinjer och mina egna kommentarer i mars 2012 till det slutliga förslaget till program för att förbättra den fysiska hälsan samt brev till Anders Åkesson med påpekanden i sex punkter, september 2012.

7 Läkemedelsgenomgångar inom psykiatrin.

Se mitt yttrande 2012 rörande förslag till läkemedelsgenomgångar.

Yttrande i all hast inför att den aktuella promemorian om psykosvården inom Psykiatri Skåne skall slutas. Samtidigt har vi fått uppfattningen av PO Sjöblom att det finns en öppenhet för synpunkter längs vägen och det vill vi gärna medverka i.

Harald Wilhelmsson

Ordförande Schizofreniföreningen i Skåne