

Patientnämndernas kansli

Västra Götalandsregionen

2018-12-10

Diarienummer PNG 2018-00078

PNN 2018-00104

PNS 2018-00078

PNV 2018-00077

PNÖ 2018-00080

Rapport

Första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa

Analys av inkomna klagomål till patientnämndernas kansli
Västra Götalandsregionen 2018

Utredningssekreterare

Karin Nordgren

Rapport

Första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa

Diarienummer PNG 2018–00078, PNN 2018–00104, PNS 2018–00078

PNV 2018–00077, PNÖ 2018–00080

Innehåll

Inledning.....	4
Syfte	4
Bakgrund	4
Psykisk ohälsa.....	4
Psykisk ohälsa hos äldre.....	5
Psykisk ohälsa bland barn och unga	6
Västra Götalandsregionen	6
Primärvården	7
Förstärkt första linje för barn och unga	7
Samordnare för psykisk ohälsa	7
Metod och avgränsningar	8
Resultat	8
Iakttagelser.....	9
Sjukskrivning och intyg.....	9
Brister i bemötande	10
Bristande tillgänglighet och kontinuitet	11
Oklart vårdansvar och brister i sammanhållen vård.....	13
Läkemedel.....	13
Nekad behandling	14
Diskussion och reflektion	15
Ett gott bemötande.....	15
Personcentrering.....	15
God samordning och kontinuitet.....	16
Sjukintyg i tid.....	16

Inledning

Patientnämndernas uppdrag utgår från Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Patientnämndernas kansli tar emot synpunkter och klagomål på offentligt finansierad hälso- och sjukvård, tandvård och kommunal hälso- och sjukvård inklusive skolhälsovård i Västra Götalandsregionen. Patientnämnderna ska inom sin verksamhet beakta och redovisa utvecklingen av klagomålsärenden och trender kring de av regionfullmäktige prioriterade fokusområden som är relevanta för patientnämnderna¹.

Patientnämnderna har utifrån fokusområden valt att under perioden 2016 till och med 2018 särskilt följa fem av dessa områden, varav ett är Stärkt första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa. Vad som ingår i första linjens vård kan definieras olika och förutom primärvård kan öppen specialistvård och akutsjukvård ingå². Patientnämnden har under perioden valt att följa primärvården. I patientnämndens årsredovisningar 2016 och 2017 har iakttagelser utifrån fokusområdet redovisats.

Syfte

Syftet med rapporten är att utifrån inkomna ärenden till patientnämndernas kansli belysa patienters och närståendes synpunkter och innehållet ska kunna utgöra ett bidrag till hälso- och sjukvårdens kvalitets och förbättringsarbete. Rapporten är också ett underlag för patientnämndernas politiker, berörda tjänstemän och övriga intressenter.

Bakgrund

Psykisk ohälsa

Definition av psykisk hälsa enligt WHO:

Ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i³.

Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär då människan uppvisar tecken på psykisk obalans med symtom så som nedstämdhet, sömnsvårigheter och oro samt psykisk sjukdom där flera symtom uppfyller kriterierna för en diagnos.

¹ Patientnämndernas årsredovisning 2017

² Vårdanalys, Första linjens vård/PM 2017:3

³ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>

Den psykiska ohälsan är ett växande problem i samhället och har ökat under de senaste decennierna⁴. Sjukfrånvaron på grund av psykisk ohälsa har ökat och idag insjuknar nära en tredjedel av befolkningen någon gång i en depression. Tre av fyra svenskar är berörda av psykisk ohälsa, antingen som patient eller närstående⁵, och cirka 45 procent av alla sjukskrivningar beror i nuläget på psykisk ohälsa⁶.

Satsningen på att förebygga psykisk ohälsa och på att förbättra vård och levnadsvillkor för de människor som drabbas har pågått under större delen av 2000-talet och 2012 kom regeringens handlingsplan PRIO psykisk ohälsa, plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. I handlingsplanen konstaterades att första linjens psykiatri inte var tillräckligt utvecklad för att specialistvården skulle kunna inriktas mot de mer allvarliga tillstånden. Behovet av att särskilt prioritera bland annat barn och unga uppmärksammades.

År 2016 slöt regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) överenskommelsen Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Överenskommelsen syftar bland annat till att stärka kommuner och regioner i arbetet med att främja psykisk hälsa, ömsesidigt arbeta för att minska den psykiska ohälsan och att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet. Denna överenskommelse är en långsiktig strategi och följs upp årligen⁷.

Arbetet med att samordna och organisera insatserna leds sedan 2015 av Uppdrag Psykisk Hälsa som har sin organisatoriska placering på SKL.

Psykisk ohälsa hos äldre

Åldrandet i sig innebär en ökad risk för både fysiska och psykiska sjukdomar. Depression och ångest är vanligt hos äldre personer och cirka en femtedel av den äldre befolkningen lider av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är dock inte en del av det naturliga åldrandet och äldre, precis som andra åldersgrupper, är i behov av insatser som bygger på evidens⁸. En nyligen publicerad rapport av Socialstyrelsen visar att depression är vanligast i åldersgruppen över 65 år. Suicid är vanligast i åldersgruppen äldre, detta gäller både kvinnor och män, vanligast är det bland män över 80 år⁹. Rapporten visar vidare att en möjlig orsak till detta kan vara att äldres psykiska ohälsa inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning och att det förebyggande arbetet behöver stärkas för gruppen äldre. En annan möjlig orsak kan vara att metoderna för att upptäcka psykisk ohälsa inte är anpassade för personer över 65 år. Resultaten tyder på att äldre inte alltid i tillräcklig utsträckning får del av andra insatser utöver läkemedel. Eftersom många äldre både har insatser från kommuner och landsting krävs också en tydlig samverkan kring personer med psykisk ohälsa för att tidigt upptäcka och minska antalet suicid bland äldre. Vid flera somatiska tillstånd finns det en överdödlighet när den äldre patienten också har en psykisk sjukdom¹⁰.

⁴ Riksdagen, Kommittédirektiv 2015:138 Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa

⁵ Nätverket NSPH, Diskriminering i samband med psykisk ohälsa

⁶ Sveriges Kommuner och Landsting, Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018

⁷ Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016

⁸ Det goda livet i Västra Götaland, Handlingsplan för psykisk hälsa 2018–2020

⁹ Socialstyrelsen, Öppna jämförelser – Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre

¹⁰ Socialstyrelsen, Det är inte alltid som man tror–vägledning till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvården

Psykisk ohälsa bland barn och unga

Psykisk ohälsa ökar bland barn och unga och Socialstyrelsen rapporterade 2017 att den har ökat med över 100 procent på 10 år i gruppen 10–17 år. I gruppen barn och unga vuxna är den enskilt största gruppen kvinnor i åldern 18–24 år. Det är framför allt diagnoserna depression och olika ångestsyndrom som står för ökningen¹¹.

Folkhälsomyndigheten har undersökt orsakerna till att den psykiska hälsan försämras i gruppen barn och unga. I en rapport ser de troliga orsaker i såväl brister i skolans funktion, som en ökad medvetenhet om vilka ökade krav som förändringarna på arbetsmarknaden medför¹².

Ett tidigt insjuknande i psykisk ohälsa kan leda till livslång sjukdom och resultera i en varaktigt försämrad funktionsförmåga. Det är därför viktigt att tidigt identifiera psykisk ohälsa hos barn och unga för att kunna förhindra utveckling av allvarliga problem. ”Barn och föräldrar ska veta vart de ska vända sig och därför behöver första linjen för barn och ungas psykiska hälsa vara definierad och känd. En bra första linje är tillgänglig, utgår från barnets bästa och sätter barn och familj i centrum. Den hjälper barn och unga genom att kunna identifiera problem, behandla lindriga problem, remittera vidare när det behövs och säkerställa att alla barn och unga får tidig och högkvalitativ hjälp”⁸.

Västra Götalandsregionen

Som en del av Uppdrag psykisk hälsa har en läns gemensam analys och handlingsplan för psykisk hälsa i Västra Götaland tagits fram⁸. Mål har formulerats utifrån de fem fokusområden som har pekats ut i den nationella överenskommelsen.

Förebyggande
och främjande
arbete

Tillgängliga
tidiga insatser

Enskildas
delaktighet och
insatser

Utsatta
grupper

Ledning,
styrning och
organisation

Inom varje fokusområde finns flera mål, uppdelade för vuxna och för barn och unga. För vuxna finns bland annat mål om nollvision om suicid i Västra Götaland, att äldre med psykisk ohälsa ska få rätt vård och stöd och att ingen ska diskrimineras eller uppleva negativt bemötande i kontakten med kommunerna eller regionen. För gruppen barn och unga finns bland annat mål om att föräldrar ska erbjudas stöd under barnets hela uppväxt och att barn och unga med psykisk ohälsa ska få rätt insatser i rätt tid. Även visionen om noll suicid finns med bland dessa mål⁸.

¹¹ Socialstyrelsen, Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016

¹² Folkhälsomyndigheten, Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga? Utvecklingen under perioden 1985–2014

Primärvården

Under perioden 2018-01-01 till 2018-08-31 registrerades nära 2,9 miljoner besök inom primärvården i Västra Götalandsregionen och cirka 58 procent av besöken skedde hos Närhälsans vårdcentraler¹³.

Primärvården har ett ansvar för tidig upptäckt och bedömning av de patienter som söker vårdnivån på grund av psykisk ohälsa och ansvarar för behandlingen av de tillstånd som anges i den medicinska riktlinje (RMR) som finns i regionen. Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelning och vårdnivåer för patienter med psykisk ohälsa. Vissa diagnoser, bland annat depression, krisreaktion och utmattningssyndrom ska i första hand hanteras av primärvården men även upptäckt och behandling vid lindrigare fall av vissa diagnoser som annars hanteras av psykiatri. Riktlinjen innehåller även en modell för konsultation och samarbete mellan primärvård och specialistvård. Målsättningen är att patienten ska uppleva en god och sömlös vård¹⁴.

Förstärkt första linje för barn och unga

Med start under 2017 fick fem vårdcentraler utökad uppdrag att särskilt ta hand om barn och unga med psykisk ohälsa. Detta uppdrag innehas i nuläget av tio vårdcentraler och kommer att utökas under 2019¹⁵. Vårdcentralernas uppdrag innebär också att fungera genom konsultation och handledning gentemot andra vårdcentraler.

En regional medicinsk riktlinje finns gällande ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri där det anges att primärvården alltid har ansvar för bedömning av symtom, svårighetsgrad och behov av insatser för de barn och unga som söker dit. Primärvården remitterar till BUP vid till exempel komplex symtombild eller om patienten inte förbättras av behandling¹⁶.

Samordnare för psykisk ohälsa

Under 2013 fattades ett politiskt beslut i Västra Götaland om att bevilja medel för forskning och utveckling av funktionen Vårdsamordnare psykisk ohälsa i primärvården.

I dagsläget finns denna funktion på 130 av drygt 200 vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. Vårdsamordnaren bidrar till kontinuitet och ger ett strukturerat stöd och samordning för patienter med psykisk ohälsa genom patientens besök och regelbunden telefonkontakt.

¹³ Västra Götalandsregionen, Avdelning Data och analys

¹⁴ Västra Götalandsregionen, RMR/Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri

¹⁵ <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-wardcentral/ungas-psykiska-halsa---vardcentral/>

¹⁶ Västra Götalandsregionen, RMR/Ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri

Metod och avgränsningar

Ärenden (i rapporten även benämnt som klagomål) har tagits fram som har inkommit till kansliet mellan 2018-01-01 - 2018-08-31 och där synpunkterna har gällt primärvård. Sökning har gjorts i fritext på orden psykisk, psykiatrisk, psykolog, samtalsterapi, samtalskontakt, depression, ångest och utmattning.

Av 975 ärenden som inkommit och registrerats på primärvård under aktuell period innehöll 121 ärenden något av ovanstående ord. Av dessa sparades 75 ärenden då de var relevanta för ämnet första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa och de ligger till grund för analysen.

Ärenden har lästs igenom och delats in i grupper utifrån ämnen som berördes. I vissa fall berörde ett klagomål flera kategorier och sorterades då in i den mest relevanta. Då problem med sjukskrivning och sjukintyg fanns med i många ärenden i kombination med ett annat problem har detta ämne redovisats för sig.

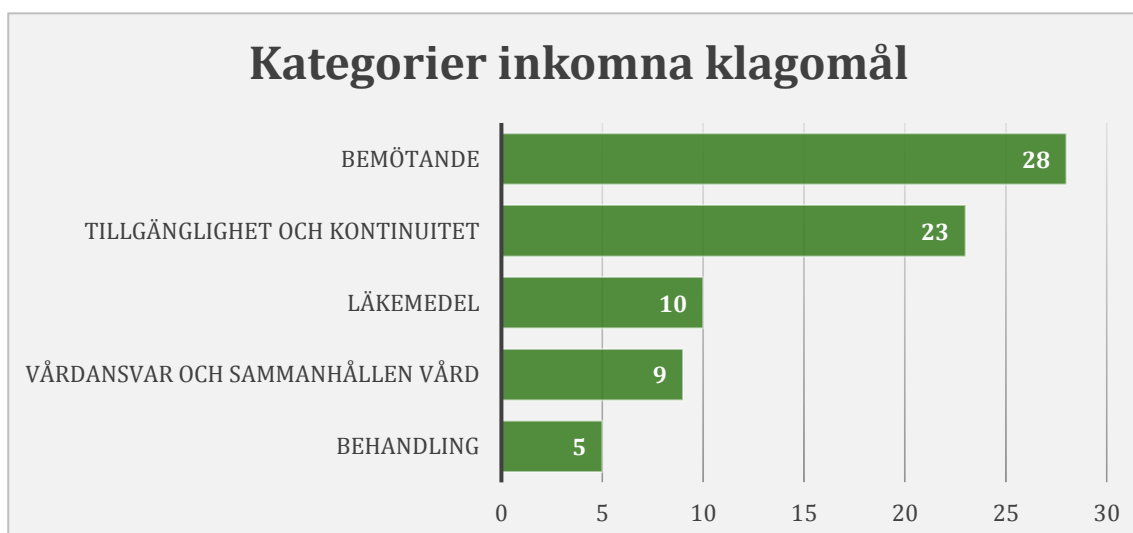
Genomgång har gjorts regionövergripande och skillnader i regionen har inte beaktats. Det har inte heller analyserats om det har förekommit skillnader i ärendens innehåll relaterat till om utföraren varit privat eller offentlig. Kontrollsökning har gjorts efter ärenden inom skolhälsovård och ungdomsmottagningar men ärenden gällande psykisk ohälsa har inte registrerats under aktuell period.

Rapporten är skriven med inspiration av patientnämndernas basmodell för analys¹⁷.

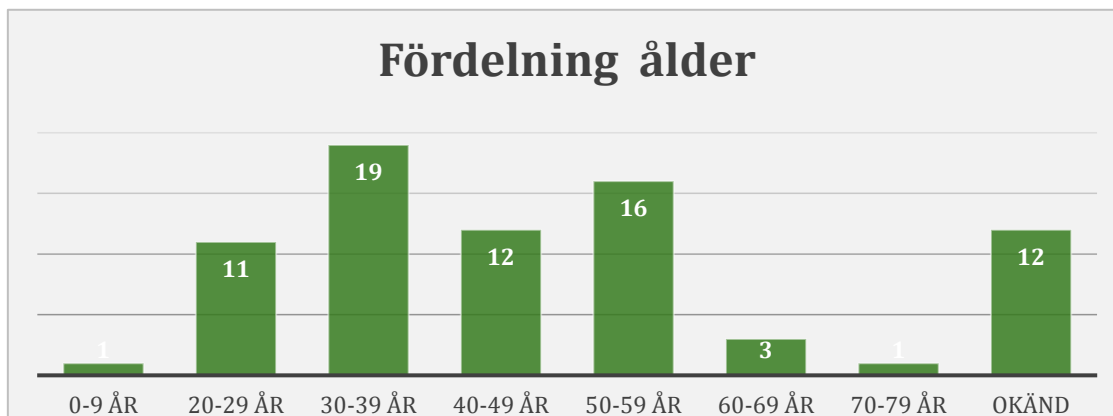
Resultat

Av inkomna ärenden gällde 48 Närhälsan fördelat på 35 olika vårdcentraler. Ärenden gällande de privata vårdcentralerna med avtal var till antalet 27 som fördelades på 24 vårdcentraler.

65 procent av patienterna var kvinnor och 35 procent var män. Fördelningen under samma period på alla ärenden som inkom gällande primärvården fördelades på 60 procent kvinnor och 40 procent män.



¹⁷ Patientnämndernas basmodell för analys 2018-06-30



Några väsentliga skillnader i klagomålets innehåll i de olika åldersgrupperna fanns inte, inte heller relaterat till kön.

lakttagelser

Ärenden delades in i olika kategorier utifrån klagomålets huvudsakliga innehåll. De områden som framkom var bemötande, tillgänglighet och kontinuitet, vårdansvar och sammanhållen vård, läkemedel och nekad behandling.

I 22 av 75 ärenden förekom även synpunkter på sjukskrivning och intyg till Försäkringskassan. Ett ärende gällde minderårigt barn och i ett annat ärende fanns ett barnperspektiv då barn drabbats i egenskap av närstående.

Flera av ärendena hade stor komplexitet och innehöll flera olika synpunkter men har kategoriserats där det huvudsakliga problemet låg.

Sjukskrivning och intyg

Flera klagomål innehöll uttryck för att patienten hade upplevt svårigheter gällande sjukskrivning eller intyg till Försäkringskassan. Detta var fallet i 22 av totalt 75 ärenden.

Riksrevisionen har konstaterat i en stor granskning att läkare inom primärvården har svårigheter att leva upp till Försäkringskassans krav på sjukskrivning för psykisk ohälsa. Det saknas kunskap om vad som är en optimal sjukskrivningsperiod för att främja en hållbar återgång till arbete. Många läkare har också svårt att värdera och beskriva hur sjukdomen begränsar patientens förmåga till aktivitet och hur omfattande dess konsekvenser är vid bedömning av arbetsförmåga. Det beskrivs främst orsakas av brist på undersökning och provresultat vid psykisk ohälsa samt brist på tid när läkare möter patienter. Processen som uppstår då Försäkringskassan begär kompletteringar tar tid och kostar pengar. Den enskilde utsätts för onödig oro men kan också riskera att få ekonomiska svårigheter¹⁸.

Flera patienter som har kontaktat patientnämnden hade erfarenhet av att intyg inte godkänts av Försäkringskassan eftersom de inte var tillräckligt utförligt skrivna och inte innehöll tillräcklig

¹⁸ Riksrevisionen, Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar (RiR 2018:11)

beskrivning av på vilket sätt patientens arbetsförmåga var nedsatt. Då komplettering efterfrågats kunde den ibland inte göras då läkaren inte arbetade kvar på vårdcentralen och i ett exempel fick en patient träffa tre olika läkare för att intyget skulle bli fullständigt. I det fallet var ansökan om sjukpenning redan nekad och patienten tvingades överklaga beslutet. Flera patienter hade varit med om att sjukpenning blivit indragen på grund av att läkare inte hade skickat in intyg i tid som utlovat.

Två patienter beskrev hur läkarens bristande kunskaper i svenska gjorde att intyget till Försäkringskassan inte på ett riktigt sätt beskrev patientens besvär och på vilket sätt arbetsförmågan var nedsatt.

Några patienter upplevde att läkare tog beslut om återgång till arbete utan att göra patienten delaktig genom att diskutera i vilken takt det kunde ske. Patienterna upplevde att den medicinska bedömningen av arbetsförmågan gjordes utan kommunikation och delaktighet och att det ibland rådde diskrepans mellan psykologs och läkares bedömning.

”Patienten har sökt vård för psykisk utmattning och värk. Patienten upplever sig inte ha blivit noggrant utredd av läkaren och har kvarstående besvär hen inte får behandling för. Patienten bad själv om psykologkontakt och fick detta några gånger, men behandlingen avslutades på grund av tillgänglighetsbrist. Patienten berättar att läkaren skrivit ofullständiga intyg till Försäkringskassan och kompletterade inte intygen vid efterfrågan. Läkaren sa till patienten att denne skulle vara sjukskriven, men sa till Försäkringskassan att hen kunde ta arbete inom ett visst område. Patienten har fått avslag på sin sjukpenning, är ensamstående förälder och vet inte hur hen ska kunna bli frisk.”

Brister i bemötande

På Socialstyrelsens sida Kunskapsguiden finns att läsa att ett gott bemötande i hälso- och sjukvården är en viktig faktor för att utveckla en jämlik hälsa, vård och omsorg. Bra bemötande är mer än en trivselfråga, det handlar även om kvalitet och om att bygga tillit i mötet mellan patienten och vårdpersonalen. Bemötandet har betydelse för patientsäkerheten och kan påverka resultatet av vård och behandling¹⁹.

Bemötande var det största problemområdet bland de 75 klagomålen och även ärenden som sorterades in under annan kategori kunde innehålla en synpunkt på bemötandet. I kategorin bemötande har de ärenden samlats där patienten har haft en negativ upplevelse av kommunikationen i det direkta mötet med personalen i vården, det fysiska mötet eller samtalet i telefon. I bemötande ingår delaktighet och information, ordet bemötande har valts som rubrik då det är ett ord som patienterna ofta hade använt för att beskriva sin upplevelse.

Kategorin innehåller upplevelser av att inte bli trodd eller lyssnad på och att inte känna sig delaktig men också då bemötandet har upplevts som otrevligt eller har gjort att patienten

¹⁹ <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/Sidor/Om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden.aspx>

uppfattat sjukvården som utan intresse eller vilja att hjälpa. En patient beskrev att läkaren var arg och inte ville lyssna då hen beskrev ångest och sömnproblem. I ett par fall beskrev patienterna att de mådde sämre efter besöket hos läkare än före.

”Patienten sökte sin vårdcentral då hen besvärades av olika utmattningssymtom i samband med närståendes dödsfall som orsakat en krisreaktion. Patienten blev sjukskriven en vecka och försökte sedan arbeta igen. Patienten orkade inte med arbetet och sökte på nytt sin vårdcentral med frågan om sjukskrivning. Läkare talade om för patienten så snart hen kom in att hon hade gjort sin bedömning och att hon inte tänkte sjukskriva patienten. Läkaren ställde inte några frågor om varför patienten sökte, hur patienten mådde eller vilka symtom hen hade. Patienten upplevde läkares bemötande som otrevligt och läkare sa att man måste kunna hantera kriser. Patienten har kontaktat vårdcentralen med frågan om att byta läkare men har inte fått något svar.”

Flera patienter upplevde situationer då läkare vid besöket sa att man måste acceptera hur livet är, att livet innehåller svårigheter som man måste kunna hantera eller att semester brukar vara lösningen när man är så trött. En patient som tidigare haft kontakt med specialistvården på grund av självmordstankar beskrev hur hen bad om samtalskontakt men läkares svar var att människor med den diagnosen alltid kommer att må dåligt så patienten måste vänja sig vid det. Då patientnämnden tillskrev vården fick patienten svaret att läkaren hade haft för avsikt att informera patienten om sjukdomen.

En patient som var sjukskriven på grund av somatiska besvär väntade på samtalskontakt då hen hade varit med om sorg och kris under en period. Läkaren bedömde att patienten var deprimerad och föreslog antidepressiv medicinering. Patienten sa att hen ville pröva med samtalskontakten först, läkaren blev då arg och bemötte patienten dåligt. I de regionala medicinska riktlinjer som finns är psykoterapi förstahandsval vid lindrig depression även om läkemedel också kan erbjudas²⁰.

Två patienter trodde att de fick ett sämre bemötande just för att de hade en psykiatrisk diagnos.

Bristande tillgänglighet och kontinuitet

Bland de inkomna klagomål som ingår i analysen är problem med tillgänglighet och kontinuitet det näst största området.

I flera inkomna klagomål framkom att patienter upplevde en lång väntetid till psykolog eller annan samtalskontakt. Vid beslut om psykoterapi vid depression bör inte väntetiden överstiga fyra veckor enligt regional riktlinje²⁰. Om besök till läkare kunde tillgodoses påbörjades medicinering med antidepressiva läkemedel men patienterna upplevde att förbättringen försenades då inte samtidigt samtalsstöd var möjligt.

En anmälare berättade att specialistvården remitterat hen till vårdcentralen för samtalsstöd efter svår sjukdom. Vid ett första besök hos psykolog bedömdes hen vara i behov av samtalsterapi. Samtalen hann inte starta förrän psykologen slutade kort därefter och patienten fick inte någon

²⁰ Västra Götalandsregionen, RMR/Depression-läkemedel

information om vårdcentralen kunde rekrytera någon psykolog. Mer än sex månader senare hade patienten fortfarande inte fått någon kallelse till samtal.

I detta fallet och i andra har patienter berättat att de har känt sig tvingade att söka privat psykolog. En patient uttryckte sig så här: "Att få hjälp vid psykisk sjukdom har blivit en klassfråga, den som har råd att betala får hjälp, andra patienter går under när vården inte lever upp till sitt uppdrag".

Tillgängligheten till läkare upplevdes också som ett problem, speciellt då behov fanns av att träffa läkare med kort varsel till exempel vid en försämring i det psykiska måendet eller behov av att ändra medicineringen. Patienter berättade att sjuksköterska på vårdcentralen inte bedömde besvären som akuta vid samtal och en patient fick uppsöka psykiatrisk akutmottagning.

"Patienten upplevde stress och utmattningsproblematik som hen misstänkte var arbetsrelaterade. Patienten önskade därför få en utredning av dessa problem och kontaktade sin vårdcentral. Beskedet från vårdcentralen var att de inte klassade patientens problem som akuta och att hen därför erbjöds tid om cirka en månad. Patienten anser att detta är en orimligt lång väntan."

Enligt den medicinska riktlinje som finns inom Västra Götalandsregionen ska patienter med misstänkt utmattningssyndrom erbjudas tid till primärvården inom en vecka, vid uppenbar kris eller suicidtankar ska snar läkartid ordnas²¹.

Två patienter gav uttryck för att de trodde sig få sämre vård på grund av att de led av psykisk ohälsa och inte en fysisk sjukdom.

Synpunkter om brister i kontinuitet gällde nästan uteslutande att patienterna fick träffa olika läkare. Patienter med långvarig psykisk ohälsa vid depression och utmattning beskrev att de inte hade någon fast läkarkontakt och att de fick träffa olika läkare vid varje besök. Det gjorde att patienterna inte upplevde att de fick tillräckligt med tid att prata om sina besvär, att de inte kände sig lyssnade till och att det fick negativa konsekvenser för behandling och tillfrisknande. Patienter upplevde att läkaren hade för kort tid och inte hann sätta sig in i patientens problematik.

Enligt Patientlagen (2014:821) ska patienten informeras om fast vårdkontakt och en sådan ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Enligt samma lag ska patienten kunna välja fast läkarkontakt²².

Bristande kontinuitet och nya läkare vid varje besök upplevdes i flera klagomål vara en orsak till att den medicinska bedömningen ändrades utan kommunikation med patienten vilket ledde till att behandling avbröts eller tidigare långtidssjukskrivna patienter bedömdes ha full arbetsförmåga.

²¹ Västra Götalandsregionen, RMR/Utmattningssyndrom.

²² [Patientlag \(2014:821\)](#)

Oklart vårdansvar och brister i sammanhållen vård

Vissa patienter beskrev hur en otydlighet i vårdansvar orsakade flera olika problem, till exempel med läkemedel och sjukskrivning. Om patienten hade psykisk ohälsa ihop med en somatisk sjukdom fanns det en upplevelse av att sjukvården inte såg hela människan, att diagnoserna behandlades var och en för sig och att det i sig var en bidragande orsak till att förbättring uteblev.

Flera patienter som hade blivit remitterade till psykiatriläkare inom specialistvården eller från specialistvård till primärvård upplevde en oklarhet om vårdansvaret. Väntetiden till läkare hade i dessa fall varit lång och patienterna upplevde att de hamnade i ett tomrum där det inte varit tydligt vem de skulle vända sig till vid behov av hjälp. Ibland fanns det också en bristande samsyn om var patienten skulle få sin vård och patienten upplevde sig bollad mellan olika vårdgivare.

”Patienten sökte sin vårdcentral för fyra månader sen och fick akut krishjälp. Sedan bedömdes det att patienten behövde mer psykiatrisk hjälp och en remiss skickades till en psykiatrisk mottagning. Remissen blev återsänd till vårdcentralen med motivering att de inte kunde hjälpa patienten med dennes problem. Därför har vårdcentralen skickat remissen till annan mottagning. Patienten har nu frågor kring vårdgarantin och om den gäller för psykisk sjukdom.”

I två fall hade remisser skrivits till psykiatrin då patienten behövde samtalsstöd i samband med en livskris. Patienterna hade fått akut hjälp på vårdcentralen men blev efter tio samtal nekade förlängt stöd med hänvisning till att vårdcentralen inte fick ge fler samtal enligt rådande riktlinje trots att psykolog bedömde att samtalen behövde fortsätta. I de riktlinjer som finns inom primärvården i Västra Götalandsregionen finns beskrivet att olika typer av samtalsterapi ska ges som korttidsbehandling och enligt information av chefläkarenheten på Närhälsan finns det inget tak vid tio gånger och samtal kan fortsätta efter medicinsk bedömning om behov finns.

Läkemedel

Flera patienter har klagat på att byte av läkare gjort att tidigare plan och ordination av läkemedel inte längre har följts. Medicinering mot till exempel sömnbesvär eller ångest har avbrutits tvärt med hänvisning till att medicinering är beroendeframkallande och patienterna har upplevt att ingen alternativ hjälp har erbjudits. I ett fall hade behandlingen pågått i flera decennier innan den avslutades. Patienter upplevde en brist på delaktighet och information då ändringen skedde.

”Patienten har bytt läkare och upplever nu att hen inte längre får någon hjälp. Läkemedel mot sömnbesvär skrivs inte ut alls längre och patienten har en svår situation i vardagen då hen inte kan sova. Patienten har efterfrågat remiss till psykiatri för att kunna bli hjälpt men upplever att läkare på vårdcentralen inte vill hjälpa patienten vidare utan endast nekar läkemedel och lämnar risk för missbruk som orsak för det.”

Det fanns inkomna klagomål som handlade om patient eller närståendes upplevelse av att läkare inte hade tillräcklig kunskap om läkemedel vid psykisk ohälsa. Ett exempel gällde en patient som hade frågor om att fortsätta med sin antidepressiva medicinering vid graviditet och fick vänta länge på råd om ordination som sedan visade sig vara fel.

En patient fick inte rätt dosering då stora doser psykofarmaka skrevs ut utan noggrann uppföljning eller kontroll av patientens alkoholvanor. Flera patienter upplevde att läkare inte ville fortsätta skriva recept för medicinering som hade blivit ordinerad av specialistvården.

Nekad behandling

Fem ärenden gällde nekad behandling. Patienterna hade upplevt att den medicinska bedömningen inte motsvarade deras behov av samtal med psykolog eller om remiss till specialistpsykiatri. I något ärende delade inte läkaren den bedömning som psykologen gjort att patienten behövde ytterligare samtalsstöd. Bedömningen gjordes i det fallet av läkare som inte hade träffat patienten. Vården svarade patienten att antal samtal med terapeut är maximerat till tio för att tillgodose behovet av psykoterapi hos dem som väntar i kö.

”Patienten har en del psykiska besvär och har nu gått på samtalsbehandling hos en psykolog. Psykologen och patienten själv anser att patienten behöver fler behandlingar. När patienten vänder sig till sin vårdcentral och ber om ytterligare en remiss ska sköterskan fråga läkare om detta. Sedan ringer sköterskan upp patienten och meddelar att det blir ingen mer remiss. Enligt läkaren, som aldrig träffat patienten och aldrig pratat med patienten, finns ingen anledning till fler behandlingar eftersom patienten nu är frisk. Patienten har frågor kring detta. Hur kan läkaren bedöma detta då han aldrig träffat patienten och behandlande psykolog anser att det behövs fler behandlingar.”

Diskussion och reflektion

Patientnämndernas huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomål besvarade. Patientnämnderna ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar²³.

I de klagomål som ingår i denna rapport framträder vissa problemområden mer tydligt som tillgänglighet och kontinuitet, bemötande, delaktighet och information under kategorin bemötande. Dessa områden regleras av Patientlagen (2014:821) som har till syfte att stärka patientens ställning och främja delaktighet och självbestämmande. Problem i sjukskrivningsfrågor var också tydligt beskrivet av många patienter.

Ett gott bemötande

Att känna förtroende för den personal man som patient möter i hälso- och sjukvården är viktigt och särskilt viktigt för en människa med psykisk ohälsa. Att kunna berätta om det psykiska måendet kan många gånger vara svårt och upplevas utlämnande. Brister i bemötande kan allvarligt skada förtroendet för vården och det finns i patientnämndens ärenden beskrivet att patienter har undvikit vården under en lång period efter att de upplevt ett dåligt bemötande. För en ohälsa som inte kan diagnosticeras genom röntgenundersökning eller provtagning är många gånger samtalet det viktigaste verktyget. En god kommunikation är en nödvändighet för att patienten ska känna sig delaktig och lyssnad på.

Regeringen har 2018 gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram och sprida ett målgruppsanpassat utbildningsmaterial om bemötande i hälso- och sjukvården av patienter med psykisk ohälsa. Utbildningsmaterialet ska rikta sig till personal inom verksamheter i hälso- och sjukvården som möter denna patientgrupp²⁴.

I de vårdriktlinjer som finns på Västra Götalandsregionen sida Vårdgivarwebben beskrivs mötet mellan patienten och den som vårdar som kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet och som grunden för all god vård. Där finns också beskrivet hur personcentrering kan vara ett sätt att uppnå målet att skapa bästa möjliga hälsa och vård på lika villkor för alla.

Personcentrering

Sedan 2015 finns ett beslut inom Västra Götalandsregionen att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt vilket på sikt ska implementeras i alla verksamheter. Att arbeta personcentrerat innebär att patienten är en medskapare av vården snarare än en passiv mottagare av vård. Patienten är i vårdsituationen först och främst en medmänniska och person och vården skapas när det är möjligt i ett partnerskap mellan patienten och de professionella inom vård och omsorg²⁵.

²³ Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

²⁴ <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/06/battre-bemotande-i-sjukvarden-for-personer-med-psykisk-ohalsa/>

²⁵ <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>

I en nyligen utkommen rapport från Vårdanalys beskrivs personcentrering handla om att utgå från patientens resurser, behov och preferenser, inte bara i den direkta kontakten mellan patienten och vården utan i alla steg. Arbetssättet är ett etiskt förhållningssätt och är på det viset ett mål i sig, men även ett medel för att uppnå andra värden så som större kvalitet och effektivitet.²⁶

I många av denna rapporters klagomålsärenden kan förmodas att de helt skulle kunnat undvikas om vården varit fullt ut personcentrerad.

God samordning och kontinuitet

I patienter och närståendes berättelser till patientnämnden kan utläsas att bristen på kontinuitet fick en stor och negativ påverkan på patientgruppen med psykisk ohälsa. Patienterna upplevde att läkaren inte hade tillräckligt med tid att både läsa igenom tidigare journal och lyssna på patienten, att de inte fick möjlighet att berätta sin historia. Detta gjorde att läkaren inte hade tillräcklig kännedom om patienten. En patient med somatisk sjukdom beskrev att läkaren inte hann sätta sig in i patientens situation och därför inte fick en helhetssyn.

Beslut har tagits i Västra Götalandsregionen att alla vårdcentraler ska ha funktionen vårdsamordnare psykisk ohälsa²⁷. En vårdsamordnare arbetar med att ge ett samordnat, strukturerat omhändertagande, en aktiv uppföljning av förlopp och behandling av patienter med psykisk ohälsa. Detta innefattar patienter med lindrig till medelsvår depression, ångestsyndrom samt stressutlöst psykisk ohälsa.

I de ärenden som ingår i analysen förekommer endast en gång information om att patienten hade haft kontakt med vårdsamordnare psykisk ohälsa. Det framgår inte om patienterna haft kunskap om funktionen funnits på deras vårdcentral.

I forskning om vårdsamordnare som har presenterats under året framkommer att de patienter som hade kontakt med en vårdsamordnare både tillfrisknade fortare och i större utsträckning och återvände till arbetet snabbare, än patienter i kontrollgrupp²⁸.

I många av de ärenden som ingick i analysen kan man anta att en kontakt med vårdsamordnare hade kunnat ge patienterna en känsla av samordning och trygghet. Bristen på fasta läkare inom primärvården får särskilt stor effekt hos patientgrupper med större behov av kontinuitet, så som personer med psykisk ohälsa.

Sjukintyg i tid

I patientnämndens ärenden beskrivs hur brist på kontinuitet är en stor anledning till de problem med sjukintyg som patienterna har beskrivit. Att inte sjukintyget skrivs i utlovad tid eller inte kompletteras när det efterfrågas kan få mycket stora konsekvenser för en patientgrupp som många gånger redan är utsatt. Att sjukvården tar detta problem på allvar är viktigt och handlar

²⁶ Vårdanalys, rapport 2018:8 Från mottagare till medskapare

²⁷ <https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-wardcentral/nyheter---vardval-wardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa-ska-inforas-i-hela-vgr---ny-utbildning-varen-2019>

²⁸ <https://sahlgrenska.gu.se/forskning/aktuellt/nyhet/vardsamordnare-pa-wardcentraler-ger-snabbare-aterhamtning-vid-depression.cid1552178>

om respekt för den enskildes situation. När upprepade besök eller kontakter krävs för att inte läkaren finns kvar och kan komplettera intyget blir det inte bara en olägenhet för patienten utan tar också resurser i bruk av sjukvården.

I patientnämndens ärenden finns inga klara svar från vårdgivaren om vilka lösningar som finns eller vilka åtgärder som vidtas för att säkerställa att patienterna alltid får ett riktigt utfärdat sjukintyg i tid, om beslut om ett sådant är taget.

Exempel finns, både i Västra Götalandsregionen och i landet, på vårdcentraler som gett andra yrkesgrupper delegering att utfärda en sjukskrivning upp till 14 dagar i primärt syfte att avlasta läkarna. Försäkringskassan kräver efter det intyg från läkare. I exemplen kan en psykolog sjukskriva en patient kortvarigt i samband med en akut krisreaktion²⁹. En vårdgivare menar att det är ett sätt att bäst nyttja den kompetens som finns på vårdcentralen³⁰. Patienten kan vid detta exempel söka vård hos psykologen utan remiss från läkare. Delegationen har inte varit okontroversiell och kritik har riktats, framför allt av läkargruppen, mot överföringen av dessa arbetsuppgifter.

Patientnämnden kommer att fortsätta följa utvecklingen gällande första linjens vård för patienter med psykisk ohälsa och utvecklingen av personcentrerad nära vård.

En kontakt med patientnämnden är en möjlighet för patienter och närstående att göra sin röst hörd. Anmälarens muntliga berättelse eller skrivna historia tas emot utan att dömas, graderas eller värderas.

Det är anmälarnas berättelser och utredarnas iakttagelser som ligger till grund för den återföring som görs till vårdgivare och till politiker.

Patientnämndens ärenden ger inte en bild av hur sjukvården i stort fungerar men visar på patienters upplevelser då de inte har varit nöjda i kontakten med vården. På det viset kan deras berättelser ge en vägledning i på vilka sätt sjukvården kan förbättras och anpassas efter människors behov.

²⁹ [Läkartidningen. 2017;114: ELW3](#)

³⁰ [Psykologtidningen 2018/05/14](#)