

Nära vård och hälsa

Stab, Enhet Avtal

Frågor och svar från Informationsmöte 3/10 gällande utredning tilläggsuppdrag sexologisk mottagning Barnmorskemottagning

Fråga 1:

Sexologer kan hantera dom komplexa frågeställningarna för att vi har utbildningen att göra det. Det är inte (bara) att vi "inte har någonstans att skicka vidare" patienter, utan handlar om att vi är lämpade att hantera dem.

Svar:

Sexologer verksamma inom tilläggsuppdraget rekommenderas fortsatt kunna ta emot och behandla en bred sexologisk problematik. I utredningen framkom dock att sexologer inom tilläggsuppdraget i vissa fall tar emot patienter med svår problematik, tillhörande specialiserad vård, vilket motiverades av avsaknad av mottagare på annan vårdnivå. Det är en av förklaringarna till de långa sexologiska kontakter som uppföljning visat. Utredningen ser behov av sexologisk vård på specialistnivå för de med svårare sexuell problematik eller sjukdom och välkomnar en översyn av hur sexologisk kompetens kan stärkas och integreras i sjukhusbaserad specialistvård.

Fråga 2:

Varför anger ni endast exempel på KBT på inslag av psykoterapi och inte inslag av PTD eller Affektfokuserad terapi?

Svar:

Vid sexologutbildningen (Mastersprogrammet i sexologi) vid Malmö universitet ges kliniska kurser i sexologi. I de kurserna lär man ut samtal om sexuella svårigheter, vilka ska baseras på psykoedukation och normaliserande. Dessa samtal kan ha inslag

av Kognitiv Beteendeterapi (KBT), Acceptance Commitment Therapy (ACT) och Mindfulnessbaserad terapi (MBT). Det kan finnas fler psykoterapeutiska metoder men det som anges är vad som framkommit från källor i arbetet med utredningen.

Fråga 3:

I allt som har sagts här har ingen hänsyn tagits till att vi sexologer samarbetar med andra yrkesgrupper. Till exempel har vi teamet i Kristianstad där jag själv ger samtalsstöd och min kollega som är BM gör den fysiska delen. Liknande samarbeten finns hos andra sexologer inom regionen, också mellan cancervård, psykiatrisk vård, uro, beroendevård med flera, där vi sexologer hanterar den SEXUELLA delen av patientens problematik. Detta har INTE tagits hänsyn till!

Svar:

Utredningen välkomnar samverkan och behandling i tvärprofessionella team för de patienter som behöver det och om förutsättningarna finns. Utredningen ser inte att någon rekommendation hindrar detta arbete från att fortsätta, förutsatt att behandling sker enligt gällande gränssnitt för vård på primärvårdsnivå.

Fråga 4:

Har ni gjort en risk- och konsekvensanalys av förslaget om läkarremiss till sexologisk vård? Exempelvis svårigheten att få läkartid som ger en flaskhals i vårdkedjan, samt att personer avstår från att söka sexologisk vård då tröskeln höjs? Detta medför färre och inte fler ögon på bakomliggande orsaker till sexuella problem. I nuläget möts dessa patienter av professionella sexologer som hänvisar vidare till läkare vid behov.

Svar:

Den analys som genomfördes gällande just rekommendation om läkarremiss, avvägde noga risker och konsekvenser. Det kan bli så att trösklarna höjs för vissa patienter vilket är en risk, men patientsäkerhetsaspekten vägde i slutändan tyngst.

Fråga 5:

#5 är oacceptabelt ur patientsäkerhetssynpunkt och sekretessynpunkt.

Svar:

Den analys som genomfördes gällande just rekommendation om läkarremiss, avvägde noga risker och konsekvenser. Utredningen kom till slutsatsen att läkarremiss stärker patientsäkerheten.

Fråga 6:

Och hur säkerställer man LÄKARENS kompetens inom sexualitet? Det är OACCEPPTABELT att utsätta patienter, där sexualitet redan kan vara mycket svårt att tänka/känna kring, att behöva outa sig för en läkare som inte har med saken att göra!

Svar:

Den sexuella hälsan är en del av den allmänna hälsan och att fråga och utforska sexuell hälsa ingår i en läkares uppgifter. Få läkare är sexologer, men i läkarens grund- och specialistutbildning ingår sexualitet och sexologi på olika sätt, till exempel fysiologi, sexualfysiologi, hur sjukdom, behandling och läkemedel kan påverka sexuell hälsa och funktion. Socialstyrelsen har nyligen publicerat ett samtalsstöd "Samtal om sexuell hälsa" som tydliggör detta uppdrag. Läkare har också kompetens att genomföra fysiska undersökningar, ordinera prover, tolka provsvar och värdera huruvida pågående behandling kan påverka den sexuella hälsan och funktionen.

Fråga 7:

Om medicinska rådgivare på BMM ska ha mer aktiv roll behöver de vara sexologiskt utbildade. Annars tillför deras insyn ingenting. De är gynekologiskt kunniga, men inte sexologiskt kunniga. Hur har ni tänkt kring detta?

Svar:

Enligt Förfrågningsunderlaget för barnmorskemottagning ska verksamhetschefen, om denne inte är specialistkompetent läkare inom obstetrik och gynekologi, tilldela det medicinska ansvaret

någon med sådan specialistkompetens för att säkerställa hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Utredningen rekommenderar mer insyn utifrån aspekter som rör patientsäkerhet och kvalitet vilket motiveras av vad som framkommit i uppföljning av tilläggsuppdrag sexologisk mottagning.

Fråga 8:

Hur ser ni på risken att patienter stigmatiseras och inte längre söker vård för sina problem med era förslag i uppdragets på avgränsningar (de sex punkterna) på sexuella problem som ska hänvisas till psykiatri?

Svar:

Risk för stigmatisering har vägts mot aspekter som gäller patientsäkerhet. Utredningen har övervägt risker och konsekvenser och anser att det är nödvändigt att följa de regionöverripande överenskommelser som finns gällande vårdnivå för olika typer av symtom och diagnoser.

Fråga 9:

Har det förts några diskussioner gällande dokumentering efter ett patientmöte? I PMO står det ofta bara en mening och resterande anteckningar har förts för hand och kallats för arbetsanteckningar.

Svar:

Journalföring ska ske enligt Patientdatalagen (2008:355) (PDL).

Se kapitel 3.

Arbetsanteckningar kan inte anses uppfylla

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Fråga 10:

Detta bygger ju helt på att läkaren frågar patienten om hens sexuella hälsa, hur ska ni kvalitetssäkra den delen av vårdkedjan, då de flesta av läkarna inte har någon formell sexologisk utbildning och vi vet att denna fråga inte regelmässigt ställs, samt att patienter inte främst söker läkare för sina sexuella problem. Ni stänger dörren helt för våra

patienter. Jag tänker också att ni stigmatiserar flera patientgrupper som på intet sätt hör hemma i psykiatrin. Vart vänder transpersoner sig, de nämns inte alls? Så många frågor...

Svar:

Den sexuella hälsan är en del av den allmänna hälsan och att fråga om sexuell hälsa ingår i läkares uppgifter. Få läkare är sexologer men i läkares grund- och specialistutbildning ingår sexualitet och sexologi på olika sätt, till exempel fysiologi, sexualfysiologi, hur sjukdom och läkemedel kan påverka sexuell hälsa och funktion. Socialstyrelsen har nyligen publicerat ett samtalsstöd "Samtal om sexuell hälsa" som ytterligare tydliggör detta uppdrag. Transpersoner kan precis som andra få sexologisk behandling inom tilläggsuppdraget för rekommenderade symtom och diagnoser. Om könsdysfori är sökorsak ska dock patienten enligt gällande regionala riktlinjer hänvisas/remitteras till specialiserad vård.

Fråga 11:

Det är märkligt att utredningen för fram att sexologer utan medicinsk grundutbildning inte ska kunna arbeta med vulvapatienter. Dessa patienter har ofta psykosexuell problematik och blir undersökta av läkare på inrådan av oss. Det är inte konstigare än att vi kan arbeta med potensproblematik utan att vara andrologiskt utbildade.

Svar:

Nationella riktlinjer syftar till jämlik vård och redogör för vård och behandling som bygger på evidens och som ska erbjudas patienter med en specifik diagnos. För provocerad vulvodyni finns nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. Inom tilläggsuppdraget ska basbehandling och fortsättningsbehandling kunna erbjudas inom tilläggsuppdraget och då bedömer utredningen att sexologen bör ha medicinsk grundutbildning för att kunna utföra det som ingår i behandling på bas- och fortsättningsbehandling enligt nationella riktlinjer.