

Psykoterafin nu självklar del av psykiatrin

SPFs riktlinjer för fortsatt utveckling

Svenska Psykiatriska Föreningen anser att patienter i behov av psykoterafi skall omfattas av samma krav på säkerhet och vetenskaplighet i omhändertagandet som andra sjuka. Dess styrelse har fastställt riktlinjer för fullföljande av den utveckling som inleddes i och med att man införde legitimation av psykoterapeuter och obligatorisk psykoterafiutbildning för alla blivande psykiatrer.

Psykoterafin har under det senaste decenniet i Sverige blivit erkänd som en medicinsk behandlingsmetod och självklar del av psykiatrin. Förr fanns viss tveksamhet eftersom en del oseriös verksamhet utspelades under namn av psykoterafi. En samhällelig reglering inleddes 1985, då man införde legitimation av psykoterapeuter. Året därpå kom nästa viktiga reform. Då infördes en obligatorisk utbildning i psykoterafi för alla blivande psykiatrer. Detta obligatorium har tagits emot mycket positivt av de berörda ST-läkarna. I en enkät [1] ville nio av tio som provat på kursen behålla obligatoriet. Kunskap, respekt och intresse för psykoterafi är nu förhärskande bland svenska psykiatrer.

Vad menas med psykoterafi? Ordet

Författare

ROLAND BERG

docent, ordförande i Svenska psykiatriska föreningens arbetsgrupp för psykoterafi frågor, Stockholm.

Arbetsgruppen för psykoterafi frågor hösten 1996

ROLAND BERG
KJELL ANDERSEN
SVEND OTTO FREDRIKSEN
BIRGITTA HEDENRUD
ÅSA NILSSONNE
JOHAN SCHUBERT

betyder psykologisk behandling och ut-säger inget om vad slags störning som behandlas (jämför farmakoterafi). Den är visserligen mest utvecklad inom psykiatrin, men psykoterafi blir alltmer en verksam behandling även inom andra medicinska specialiteter [2]. För 20 år sedan rådde ännu viss osäkerhet om psykoterafin hörde hemma inom sjukvården eller ej.

Legitimationshandlingens utformning klargör att psykoterafi är en medicinsk angelägenhet och således att den faller under sjukvårdshuvudmannens ansvar. Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) anser att patienter i behov av denna behandling skall omfattas av samma krav på säkerhet och vetenskaplighet i omhändertagandet som andra sjuka. Detta kunde tyckas självklart, men idag finns fortfarande på sina håll inom landstingspsykiatrin psykoterafi-enheter organiserade utanför chefsöverläkares insyn. Detta är enligt SPFs mening olämpligt.

När vi i fortsättningen nedan skriver »psykoterafi» menar vi psykologisk behandling med hälsomål. Det finns angelägen psykoterafiliknande verksamhet utanför sjukvården; kyrkans själavård, familjesamtal utan hälsomål, sociala stödsatser vid avvikande levnadssätt, »egenterapi» dvs exploration som delmoment i psykoterafiutbildningen etc.

För att undvika begreppsförvirring vid politiska diskussioner om resurstilldelning, ansvarsfördelning mellan olika huvudmän etc anser SPF att termen psykoterafi bör reserveras enbart för psykologisk påverkan med hälsomål (oavsett var den bedrivs). Nyssnämnda besläktade verksamheter kan exempelvis benämnas »psykologisk rådgivning».

Psykoterafi är psykologisk behandling med hälsomål.

I Sverige kan man få legitimation som psykoterafi efter godkänd utbildning inom en behandlingsform som har både

1. dokumenterade effekter på sjukdom/störning och

2. tillräcklig lärarstab inom landet för att möjliggöra en fungerande utbildning.

Dessa krav har bedömts uppfylla av fem metoder:

1. dynamisk individualterapi,
2. dynamisk gruppterapi,
3. beteendeterapi,
4. kognitiv terapi,
5. systemisk familjeterapi.

Psykoterafiutbildningen är en påbyggnadsutbildning och ingen fristående yrkesutbildning. Den legitimerade har därför även någon annan relevant yrkesutbildning i botten (vilken alltid skall anges). Utbildningen är treårig på halvfart (60 poäng). För tillträde krävs psykiater- eller psykologutbildning eller motsvarande kunskaper i psykologi, psykiatri, samtalsmetodik osv. För legitimation krävs att den sökande genomgår egen exploration. Av dagens ca 3 000 legitimerade psykoterapeuter är knappt 70 procent psykologer och 11 procent läkare [3].

Samhällsregler hindrar att behovet täcks

Intresset för psykoterafi är stort bland svenska psykiatrer men bromsas för närvarande av mycket små möjligheter att praktiskt utöva psykoterafi. 1981 skrev en arbetsgrupp inom Socialstyrelsen att det ter sig »angeläget att psykiatrer i så stor utsträckning som möjligt skaffar sig fullständig psykoterafiutbildning ...» [4]. I praktiken går myndigheternas åtgärder i motsatt riktning. Offentliga läkartjänster i Sverige inriktade på psykoterafi är sällsynta (och blir successivt ovanligare). Rätten att etablera sig som privat psykiaterpsykoterafi inom det statliga försäkringssystemet har stoppats.

Psykoterafikunniga läkare behövs men hindras av nuvarande samhällsregler.

SPF ser med oro på denna utveckling och föreslår följande fyra åtgärder:

Specialistläkartjänster med inriktning på psykologisk psykiatri bör införas. Med »psykologisk psykiatri» menar vi här tillämpningen av psykologisk

förståelse när det gäller såväl psykiska sjukdomars uppkomst och vidmakthållande som dessa sjukdomars psykosociala konsekvenser liksom i behandlingen, inklusive psykoterapi, samt psykologisk medvetenhet i det egna patientarbetet. Den psykologiska psykiatri betraktar människan som personlighet och samhällsvarelse, och betonar det för individen unika, hennes livshistoria, hennes förväntningar och erfarenheter såsom betydelsefulla för beteendet.

Idag vilar ansvaret för ST-utbildningen på chesföverläkarna, som sällan är psykoterapeututbildade. De kan antas ha kompetens att organisera och genomföra övrig psykiaterutbildning men inte den viktiga psykoterapidelen. Om chefsöverläkaren saknar denna kompetens skulle tillskapandet av nyss föreslagna tjänster för psykologisk psykiatri ge ett viktigt resurstillskott. Om således en rimlig andel av specialistläkartjänsterna förenas med krav på legitimation som psykoterapeut uppnås den tredubbla vinsten att sjukvårdens kvalitet förbättras, att utbildningen av framtida psykiatrer förbättras och att en möjlighet att utöva yrket öppnas för dessa läkare. SPF anser att det måste vara tillsynsmyndighetens ansvar att bevaka att varje psykiatrisk behandlingsenhet har denna kompetens företrädd bland de medicinskt ansvariga.

Specialistläkartjänster för psykologisk psykiatri bör skapas.

SPF anser det angeläget att läkare även fortsättningsvis kan bedriva psykoterapi i privat form. Psykoterapeututbildade psykiatrer har hittills i stor utsträckning arbetat deltid privat och från den basen tillfört den offentliga sjukvården sin kompetens som lärare. Detta arrangemang har möjliggjort att dessa läkare kunnat behålla och utveckla sin kompetens, vilket kommit den offentliga psykiatri till godo. Därför anser SPF det viktigt att staten tillsammans med landstingsförbundet återskapar möjlighet för nyetablering som privatläkare med psykoterapiinriktning. Det är i så fall viktigt att det ställs långsiktigt bindande garantier så att intresserade läkare vågar göra den stora utbildningsinvestering det här handlar om.

Öppna möjligheten att kombinera privat och offentlig verksamhet!

Dagens offentliganställda psykiatrer hindras ofta från att bedriva psykoterapi på grund av den akuta arbetsbelastningen på sjukvårdsenheten. Att låta detta pågå är farligt; som att äta upp kommande vårs utsäde under vintern.

SPF anser att varje specialistläkare i psykiatri med psykoterapeutlegitimation bör tillförsäkras en faktisk möjlighet att också bedriva psykoterapi inom tjänsten åtminstone 10 procent av arbetstiden.

Ge landstingspsykiatrer faktisk möjlighet att bedriva psykoterapi!

Staten bör tillsammans med sjukvårdshuvudmännen skapa regler innebärande att färdiga specialister liksom ST-läkare mot slutet av sin specialiseringsutbildning ges rätten att med bibehållen lön genomgå legitimationsgrundande psykoterapeututbildning.

Ge psykiatrer rätt att utbildas till psykoterapeuter!

Grundutbildning i psykoterapi till alla psykiatrer

När den obligatoriska orienteringsutbildningen i psykoterapi för blivande psykiatrer infördes var bakgrunden härtill den förändrade psykiatrins behov. Detta utvecklades i »Framtida specialistutbildning i allmän psykiatri», 1981 [4]. Där skrivs »... den kompetens som specialistutbildningen leder fram till skall vara en allmän minimikompetens som är relaterad till verksamheten inom primärvård och läns sjukvård.» »... den psykiatriska specialisten måste ha en sådan psykoterapeutisk kompetens att psykiatri kan utvecklas enligt fastställda principer så att den psykoterapeutiska behandlingspotentialen kommer till sin rätt.» Utbildningen måste leda till »... medvetenhet om den egna psykologiska reaktionen på patienten och innebörden av det ömsesidiga samspelet med patienten. Denna medvetenhet erfordras för att dialogen/samspelet med patienten både skall bli meningsfullt och få ett terapeutiskt värde. En medvetenhet om egna reaktioner i arbetssituationen och effekten av det egna beteendet i samspel med patienten, förebygger tendensen att avskärma sig eller psykologiskt dra sig undan i en patientkontakt eller förebygger uppkomsten av en alltför stark bindning till patienten.» »Indikationerna för psykoterapi och valet av terapiform måste föregås av adekvat diagnostik av patientens psykiska störning samt bedömning av resurser och svagheter i personlighetsutrustningen.» »För att delegationsmöjligheterna till andra personalgrupper konstruktivt skall komma till sin rätt måste psykiatern bli en kunna avgöra vilka psykoterapeutiska behandlingsuppgifter som lämpligen kan delegeras.» »Det bör påpekas att här uppställda behörighets-

grundande krav på psykoterapikompetens hos psykiatriska specialister hänförs till de krav som den psykiatriska vården ställer.»

Det finns således tre tunga skäl för att alla psykiatrer får en god grundutbildning i psykoterapi:

- behov av kunskap om läkare-patientrelationens dynamik,
- behov av teoretiska kunskaper för att kunna leda det psykiatriska arbetet inklusive psykoterapi,
- behov av en grund för egen utbildning till psykoterapeut.

Vi vill här vidareutveckla dessa tre perspektiv.

1. Kunskap om läkare-patientrelationens dynamik. Psykiatrisk personal utsätts för särskilda svårigheter som att motivera psykotiska patienter till behandling, bedöma självmordsrisk, särskilja patientens behov från ovidkommande krav från omgivningen osv. Allt detta kräver god kunskap om överförings- och motöverföringsfenomen. Utan den kunskapen ökar risken betydligt för exempelvis utbrändhet, integritetskränkande utlevelse av privata behov eller ett kyligt oempatiskt beteende. En stor andel av den psykiatriska öppenvården utgörs av långtidsärenden där motivation, samarbete, anpassning och sociala färdigheter är i fokus. Grundkunskap om stödterapiens dynamik är oundgänglig för psykiatern. Orienteringsutbildningens främsta syfte är inte att utbilda psykoterapeuter utan mer att bibringa inblick i de viktiga överföringsfenomenen i läkare-patientrelationen. Den psykologiska förståelsen hör hemma i varje vardagsmöte, inte bara i den specifika psykoterapin. Den skall tillämpas vid ordination av farmaka, vid arbete med behandlingsföljksamhet, vid bedömning av självmordsrisk osv. För detta erfordras psykologisk teori som beaktar människans såväl medvetna som omedvetna och icke-rationella motiv för tankar, känslor och handlingar.

2. Teoretiska kunskaper för att kunna leda det psykiatriska arbetet inklusive psykoterapi. Psykiatern har samhällets uppdrag att leda utredning och behandling av psykiska störningar. Psykiaterutbildningen är en specifik yrkesutbildning syftande till just detta uppdrag. Psykisk ohälsa, precis som många andra sjukdomar, kräver både ett biologiskt, ett psykologiskt och ett socialt perspektiv. Behandlingen är en medicinsk specialitet som, liksom andra specialiteter, skall ledas av läkare. Psykiaterutbildningen skall därför vara tillräckligt omfattande när det gäller psykologisk psykiatri. Eftersom psykologisk diagnostik och olika slag av psykoterapi utgör grundpelare i vardagsarbetet är det oundgängligt att psykiatern

ANNONS

ANNONS

har tillräckliga teoretiska kunskaper om detta för att kunna leda arbetet och identifiera eventuella brister i omhändertagandet av patienterna. Förr höjdes ibland röster mot läkarledning inom psykiatri; läkarna har kritiserats för biologisk enögdhet. Den obligatoriska orienteringskursen i psykoterapi rättade till de allvarligaste bristerna på den punkten, men mer behöver göras. Enbart utifrån ICD-10 eller DSM-IV kan inte avgöras om indikation (för explorativ psykoterapi) föreligger eller ej. Syndromdiagnosen måste kompletteras med psykologisk diagnostik (innefattande indikation för psykoterapi) varefter man kan välja terapiform. Med sådan diagnostik kan behandlingen bättre planeras, överförings- och motöverföringsproblem förutses och hanteras och ett välgrundat val av terapimetod göras. Psykiatern måste också veta när psykoterapi är olämplig eller rent av kontraindicerad.

Den beskrivna diagnostiken förutsätter kompetens på området. Bristande egen erfarenhet av långtidspsykoterapi gör det svårt för läkaren att bemästra denna del av diagnostiken. Det är därför angeläget att psykiatrer ges möjlighet att upprätthålla kompetensen genom sådana långtids terapier.

3. Lägga grund för egen utbildning till psykoterapeut. Förr fanns uppfattningen att psykoterapi och läkemedelsbehandling skulle utesluta varandra. Idag finns emellertid vetenskaplig dokumentation om positiv interaktion mellan de två behandlingsprinciperna. Detta gäller bl a för schizofrenier, depressioner och ångestsjukdomar. För patienten är naturligtvis idealet i sådana fall en psykiater med egen kompetens i båda behandlingsprinciperna.

Den vanligaste formen för psykoterapi, men den som ofta glöms i diskussionerna, är långtids-, stödjande psykoterapi ofta kopplad till medicinering. Både dynamisk och kognitiv terapi tillämpas i dessa sammanhang [5-7].

Alla kliniskt verksamma läkare begagnar basal psykoterapeutisk kunskap för att hjälpa patienter ur tillfälliga svackor och kriser. Därutöver används stödjande psykoterapi för att förhindra försämring vid kronisk funktionssvikt. Så definierad är stödterapi en av psykiaterns vanligaste arbetsuppgifter. Varje läkare i kontakt med patienter och anhöriga ställs inför sådana uppgifter. De hjälpsökande utgår med all rätt från att vi skall vara utbildade i detta.

Den obligatoriska kursen bör förbättras

Det bör alltså noteras att en kliniskt verksam psykiater inte kan välja bort psykoterapi. Arbetets natur är sådan att vare sig läkaren trivs med psykoterapi eller ej så är det ofrånkomligt med långa

samtalskontakter och emotionellt laddade situationer i patientarbetet. Psykiaterns val står alltså endast mellan att utföra psykoterapi bra eller dåligt. Ur skyddsaspekt för både patient och läkare borde det vara självklart att ge psykiatern den utbildning som krävs.

Förslag till förbättringar av den obligatoriska orienteringskursen.

Dagens obligatoriska orienteringskurs infördes 1986 och omfattar:

1. Teori 120 timmar = 15 dagar fördelade över tre terminer, centralt i Socialstyrelsens regi.

2. Självstudier 3 000–4 000 sidor.

3.Handledning på eget fall 60 timmar individuellt eller 120 timmar i smågrupp på egna arbetsplatsen.

Denna utbildning har tagits emot mycket väl, och många elever som från början varit fientliga mot psykologi och psykoterapi har genom kursen kraftigt ändrat inställning. Många har blivit nyfikna på terapiutyrket. På sex punkter anser dock SPF förbättringar vara nödvändiga.

1. Utbildningen är för kort. Den obligatoriska orienteringskursen för blivande psykiatrer skall bl a utgöra grund för tillträde till statlig terapeututbildning. Den skall därmed motsvara den gamla »steg 1». Den utbildningen omfattade 240 lektionstimmar katedralundervisning. När orienteringskursen för psykiatrer skapades prutade man av ekonomiska skäl ner till dagens 120 timmar. De flesta var bekymrade över denna nerbantning.

Förläng obligatoriet till 180 timmar!

De gångna tio åren bestyrker att ramen är för snål. Deltagare liksom lärare är nära nog i varje enskilt undervisningsmoment besvärade av tidsnöden. Det är Svenska Psykiatriska Föreningens mening att staten och landstingsförbundet bör omförhandla kursen för att utvidga den till behövliga 180 lektionstimmar. Timmarna bör liksom hittills fördelas över tre terminer, således med åtta undervisningsdagar per termin.

2. Handledningen bör förbättras. I dagens bestämmelser om psykoterapihandledning för blivande psykiatrer finns inget utsagt om kvaliteten på handledaren. Inte heller ställs något krav på att läkaren skall tillgodogöra sig handledningen. I normal psykoterapihandledning kontrolleras att eleven utvecklas, tillgodogör sig och förbättrar sitt patientarbete. Så icke i denna ST-läkarnas obligatoriska handledning. Det räcker alltså formellt att sitta på timmarna, ST-läkaren behöver ingenting ha förstått. Detta är anmärkningsvärt utifrån ett konsumentskyddsperspektiv.

Inför krav på godkänd handledning!

SPF anser att godkänd handledning bör vara ett krav och att handledaren skall vara behörig så att godkänd handledning också är meriterande för tillträde till statlig psykoterapeututbildning. Det är exempelvis inte tillräckligt att handledaren enbart är legitimerad psykoterapeut, handledaren måste också ha godkänd handledarutbildning. Den exakta utformningen av dessa regler görs lämpligen i samråd med avnämarna, dvs de statliga psykoterapeututbildningarna.

3. Behov av samordning teori-praktik. I vanliga psykoterapiutbildningar sammanvägs deltagarens teoretiska och praktiska prestationer vid examination. Samråd sker mellan olika lärare. Detta förekommer inte i den obligatoriska kursen, vilket är en brist. Bakgrunden är ekonomiska överväganden. Det kostar pengar att låta olika handledare och kursgivare samråda. Det är SPF:s uppfattning att sådan samordning bör införas. Med tanke på de ekonomiska samhällsproblemen vill dock SPF betona att förändringen under punkt 2 är högre prioriterad.

4. Behov av inläsningstid. Samhället förändras. Dagens ST-läkare är medelålders, de flesta är föräldrar, många är ensamstående. Med detta följer att man måste inse att studierna skall ske på arbetstid, fritiden är inbokad av livets alla andra krav. I arbetstiden skall ingå nödvändig inläsningstid. På sina håll har rapporterats konflikt med klinikledningen, som prioriterat akut sjukvårdsproduktion framför undervisningsuppdraget. Problemet är rimligen generellt för flertalet kliniska specialiteter.

Ställ krav på utbildningsenheterna!

Det är SPF:s uppfattning att bättre kontroll av utbildningsenheterna och undervisningen är nödvändig. Enheter som inte förmår tillgodose undervisningen av specialistläkare skall inte heller ha sådana undervisningsuppdrag. SPF avser att bevaka detta.

5. Tillgång till litteratur. Från många håll rapporteras att enheterna inte uppdaterar sina bibliotek. Kursdeltagarna kan inte låna modern litteratur inom psykoterapiområdet eftersom sådant över huvud taget inte köps in. Industrin sponsrar till någon del biologisk-farmakologisk litteratur. Något motsvarande för den psykologiska psykiatri finns inte. Både från utbildnings- och sjukvårdssynpunkt är utvecklingen ägnad att oro. Även detta

blir därför föremål för föreningens skarpa uppmärksamhet i fortsättningen. Specialistutbildningen skall rimligen erbjuda tillgång till modern vetenskaplig litteratur.

Innehållet måste bevakas.

Bevaka teoretisk bredd
i obligatoriet!

6. Innehållet måste bevakas. Det viktigaste målet för utbildningen är att ge kunskap om läkare-patientrelationens dynamik, inte att starta en psyko-terapeututbildning. För att kunna tillgodosätta sjukvårdens behov av psykiatrer i ledningsfunktion med kompetens i psykologisk psykiatri är det viktigt att denna obligatoriska utbildning, oberoende av teoretisk inriktning, också innehåller ett betydande inslag kring läkare-patientrelationens dynamik.

Otillräcklig utbildningsvolym

Behovet av psykiatri överstiger kraftigt tillgången. Finska Medicinalstyrelsen uppskattar att minst 2 procent av den vuxna befolkningen kan antas behöva psykiatri [8]. Detta skulle för Sveriges del betyda ca 140 000 vuxna personer. För närvarande går i verkligheten knappt 30 000 personer (alla åldrar inräknade) i psykiatri [3]. Förekomsten av terapeuter är geografiskt ojämn med anhopning i universitetsstäder. I storstadsområdena finns runt 60 terapeuter/100 000 invånare, vilket inte ens det täcker efterfrågan. På många håll i landet finns endast 10–15 terapeuter/100 000 invånare. Flertalet legitimerade psykiatrer arbetar dessutom ganska lite med psykiatri. I landstingstjänst arbetar de mest utifrån sin grundutbildning, inte utifrån sin expertis som psykiatrer. Realistiskt används nog högst en tredjedel av den samlade potentialen till just psykiatri.

Det finns anledning att tro att kunskapen om psykiatriernas möjligheter under de kommande decennierna sprids både bland psykiatrens personal och till allmänheten. Därmed kommer krav på modern behandling att tvinga fram samhällsatsningar på psykiaterutbildning av helt annan omfattning än vad vi ser idag. Bristen på utbildning i psykiatri och felanvändningen av befintliga psykiatrer bör åtgärdas.

Psykiaterutbildningen byggdes initialt upp i två steg. »Steg 1» skulle dels vara en förberedelse till »steg 2», dels en färdig utbildning i psykologiska aspekter på allmän psykiatri. Den senare funktionen hoppades man skulle på-

verka vårdklimatet i institutionsvård etc. Som den s k Översynsutredningen [9] kunde visa uppfylldes ingetdera målet. Dessutom missuppfattade många steg 1 som en kompetens att bedriva psykiatri under handledning, vilket aldrig var avsikten. Utbildningen omorganiserades därför så att staten ansvarar för en sammanhållen psykiaterutbildning (motsvarande målbeskrivningen för gamla »steg 2»). Behovet av allmän utbildning i psykologisk omvårdnad skiljer sig inte i princip från andra utbildningsbehov på grundnivå inom sjukvården, och ansvaret för detta överlämnades i konsekvens därmed till landstingen.

Resultatet har inte blivit så bra som man hoppades. Många landsting har trots nämnda negativa erfarenheter fortsatt med något slags »steg 1»-utbildningar med oklara mål. De som genomgått dessa studier har missuppfattats som en psykiaterutbildning, och det är inte ovanligt att vårdansvariga faktiskt tror att bemanning med sådan »steg 1»-personal skulle kunna möta befolkningens psykiaterbehov. Det händer att patienter därigenom, utan att själva veta om det, undandras från verklig psykiatri. Det är angeläget att landstingen å sin sida fullföljer utredningens tankar och fokuserar på utbildning i psykologisk omvårdnad och tydliggör att detta inte är psykiatri och att staten å sin sida enligt samma uppdelning verkligen bygger ut den egentliga psykiaterutbildningen i enlighet med behoven.

När den statliga psykiaterutbildningen startades 1978 var målet en snabb utbyggnad till samtliga universitetsorter. Ännu 1996 bedrivs den emellertid endast i Stockholm, Umeå och Lund. Man tar för närvarande in 48 elever/år i landet. Av historiska skäl är dessa tre utbildningar samtliga baserade på psykodynamisk teori. På senare tid har en betydande utveckling skett av vetenskapligt väldokumenterade psykiatrier utgående från andra teorisystem. Särskilt den kognitiva terapin har tillvunnit sig ett stort intresse. I en nyligen genomförd enkät till svenska psykiatrer svarade 16 procent att de redan tillämpade kognitiv terapi, trots att någon statlig utbildning på området ännu inte startats. Det är Svenska Psykiatriska Föreningens mening att staten snarast bör dels starta psykiaterutbildning i Göteborg, dels inrikta någon av de statliga psykiaterutbildningarna mot kognitiv terapi.

Skapa en statlig kognitiv
terapeututbildning! Skapa
en statlig utbildning i Göteborg!

Ekonomisk kortsyn

Två pågående utvecklingar kan särskilt drabba psykiatrin: ekonomisk tankning och standardiseringen i vården. Erfarenheten visar att ekonomisk styrning gynnar kortsiktiga åtgärder. Psykiatri syftar till mer än symtomdämpning, den vill också öka individens autonomi och långsiktiga förmåga att skapa sig ett värdigt liv och minska risken för insjuknande vid nästa livskris. En standardiserad sjukvård som bygger på symtomdiagnostik och symtombehandling utifrån centralt fastställda diagnos- och terapimallar missgynnar patienter i behov av psykiatri med sin mer individuella utformning.

Bevaka den kvalificerade
psykiatrin i den krympande
sjukvården!

Särskilt utrymmet för långtidspsykiatri kan bli alltför litet. Det är viktigt att slå fast att såväl korttids- som långtidspsykiatri är värdefulla men för olika patientkategorier. Risken är att man inför styrmedel med effekten att man prioriterar korta insatser på bekostnad av längre med svåra konsekvenser för de allvarligt psykiskt störda. Det är Svenska Psykiatriska Föreningens åsikt att de skisserade problemen kontinuerligt behöver uppmärksammas.

Referenser

1. Berg R. Entydigt svar i enkät: Behåll psykiaterutbildningen i psykiaterutbildningen. Läkartidningen 1991; 88: 3251-2.
2. Kissane DW. Psychotherapy for physical disorders. Current Opinion in Psychiatry 1993; 6: 332-6.
3. Brinck U. Psykiatrer – vad gör de? Rapport från Socialstyrelsens inventering i april 1995. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996; PSYKIATRI-uppföljningen 1996: 2.
4. Socialstyrelsen. Framtida specialistutbildning i allmän psykiatri. SoS:NLV 100/78-7-101, 1981.
5. Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. Am J Psychiatry 1989; 146: 1274-9.
6. Berg R. Stödterapi. Psykiatris fula ankunge. Läkartidningen 1994; 91: 251-3.
7. Berg R. Stödterapi i praktiken. Tekniska tumregler för effektiv psykiatri. Läkartidningen 1994; 91: 254-60.
8. Finska medicinalstyrelsen. Betänkande avgivet av Psykiaterutbildningskommissionen. Kommittébetänkande 1989:44. Helsingfors: Statens tryckcentral, 1989.
9. UHÄ, Högskolans psykiaterutbildning. Förslag till förändringar. UHÄ-rapport 1985:14, 1985.