

Ge ökad frihet för Stockholms husläkare och specialister i öppen vård

Ge större frihet åt husläkare (såväl privata som landstingsanställda) och andra specialister i öppen vård i Stockholm att själva forma sin verksamhet. Det skulle öka såväl läkarnas arbetsglädje som patienttillfredsställelsen. Sjukvården är idag alltför reglerad av ekonomer och tjänstemän på bekostnad av medicinskt utbildad personal.

TORE SÖDERMARK
privatpraktiserande läkare, Danderyd
tore.sodermark@mailbox.swipnet.se

II Trots stigande kostnader råder en viss ordning i sjukvårdsekonomin. Frågan är om det pris vi betalar i form av ore och vainsinne är i medicinsk mening rimligt. De senaste 25 åren har inneburit att makten alltmer förskjutits från medicinskt sakkunniga till ekonomer. Medicinskt utbildad personal förlorar möjlighet till egna initiativ och kontroll över arbets-situationen.

Makthavarna känner väl till att vetenskaplig forskning övertygande visat att sådana omständigheter ofta leder till psykisk stress och ohälsa. Det anses emellertid så viktigt med en detaljerad ekonomisk kontroll att samhället likväl fortsätter att sanktionera ett system som i medicinskt hänseende inte fungerar.

Planering utan medicinsk sakkunskap

Jag vill därför framföra följande synpunkter på planering av öppenvårdsmottagningar (såväl privata som landstingsdrivna) i Stockholms läns landsting:

Under vällovliga försök att öka tillgänglighet och kompetens har planeringen skötts av administratörer, ekonomer och tjänstemän som inte har medicinsk sakkunskap. Följden har blivit att besluten grundar sig på ekonomiska analyser och tyckande om vad som skulle vara rimligt från tjänstemännens synpunkt.

Sjukvård handlar inte om ekonomi utan om praktisk medicinsk verksamhet. För varje vårdutbildad människa framstår det som självklart att grunden skall vara en allmäknunnig läkare (eventuellt annan vårdutbildad person med intresse för utveckling, inte förvaltning) som får organisera sina medarbetare utifrån sitt sätt att se på praktisk läkekonst. Varje husläkare har med rätt stöd en sådan kreativitet och skaparlust och en sådan vilja att ta ansvar för de människor som ger henne/honom sitt förtroende.

I Stockholm har det blivit så att husläkarna föreläggs vårdavtal som bin-

der dem till händer och fötter och som dämpar lusten att »ge järnet för patienten«. Naturligtvis behöver varje läkare en ekonom vid sin sida för att resonera om kostnader m m, men läkaren måste få mer utrymme att påverka arbetssituationen. Ur patientens synvinkel bekräftas detta sakernas tillstånd av svårtillgängliga läkare och av alltför många läkarbyten och förtida avhopp.

Specialistbehandling i öppenvård

I nästa led i vårdkedjan bör det finnas läkare med specialistkompetens i andra ämnen än allmänmedicin. En människa som fått en diagnos som kräver specialistbehandling söker hellre öppenvård, då hon vill slippa hamna på sjukhus. Hon kanske vill ha en konsultation för en »second opinion«, vilket i vår kultur blivit allt viktigare. I dagens läge finns fortfarande erfarna specialister som arbetar med vårdavtal eller inom den »nationella taxan« och som hittills själva kunnat välja mottagningens läge.

Underskattar äldre läkare

Jag tror att de som planerar har underskattat betydelsen av denna viktiga kategori läkare (psykiatrer, barnläkare, öronläkare, gynekologer, invärtesmedicinare m fl). Dels vill man knyta deras verksamhet till ett speciellt geografiskt område, dels förefaller det som om man vill att husläkarna skall ta över även deras ofta mycket speciella arbetsuppgifter.

Man vill dessutom att landstingets tjänstemän i förvaltningen skall kunna bestämma vad som är lämplig medicinsk standard i specialistvård. Det finns även ett administrativt motstånd mot enmansmottagningar, som ofta är de mottagningar

som allra bäst tillgodoser den speciella kontinuerliga vård som bygger på förtroende mellan patient och läkare.

Beställarfunktionen fungerar inte

Högst upp i vårdkedjan finns sjukhusklinikerna med sin kostsamma, mycket specialiserade verksamhet, som verkligen kan göra »underverk«. Naturligtvis måste detta få kosta! Men tanken att man kan styra detta genom ett slags »beställarfunktion« är enfaldig och hämmande. Enfaldig i ekonomisk mening, då medicinsk utveckling och medicinska behov i relation till ett föränderligt diagnospanorama och nya behandlingsmetoder inte kan bestämmas på förhand. Läkarna behöver här mer makt att genomföra nödvändiga förändringar och utnyttja tillgängliga resurser. För närvarande händer det att operations-salar står tomma eller inte kan fungera på grund av att tjänstemän inte har »beställt« mer verksamhet.

Jag uppmanar människor i Stockholms läns landsting, sjuka och ännu

icke sjuka, att inför höstens val kräva av politikerna att ge större frihet för läkekonsten, konsten att genom empati och insiktsfull förståelse bidra till en läkningsprocess. Speciellt viktigt är att de erfarna läkare som vill etablera en mottagning även fritt får välja anknytning till »nationella taxan« eller vårdavtal.

Husläkarna behöver också större frihet att planera struktur och funktion på den verksamhet de bedriver i nära kontakt med patienterna och befolkningen. Det är självklart att husläkarna måste fås att trivas för att de skall stanna länge i sitt distrikt och på ett djupare sätt lära känna människorna där.

Värna utbudet av psykoterapi

För närvarande finns en misstro på tjänstemannanivå mot den djupare medicinska erfarenheten (läs: äldre aktiva privatpraktiserande läkare), och framför allt bör man även värna om det taxebundna utbudet av psykoterapi och psykoanalys, eftersom nuvarande makthavare inte rimligen kan förstå vikten av fördjupad analys och läkning av komplicerade medicinska och psykologiska konflikter.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan sägas att de som bestämmer borde ge större frihet för såväl privata som landstingsanställda husläkare att utforma sin verksamhet i distriktet.

Större frihet bör också ges till andra specialister att välja var och med vilken försäkringsanslutning de vill vara verksamma, och även på så sätt åter ge möjlighet till ersättningsetablering när nuvarande praktiker går i pension. Annars kommer denna viktiga funktion att dö ut.

Vidare bör större utrymme ges till psykoanalys och psykoterapi inom försäkringen. Annars är risk att den psykologiska förståelsen för sjukdom och sjukdomsframkallande faktorer försämras.

Litteratur

Ottosson JO. Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med SBU, 1999.

Johannisson K. Placeboeffekten – ett historiskt-kulturellt perspektiv. I: Boström H, Dahlgren H, red. Placebo. SBU-rapport 154. Stockholm: Liber i samarbete med SBU, 2000.

Metadon, men inte naltrexon, är dokumenterat verksamt

Mats Berglund och medarbetare har i två inlägg [1, 2] fört en argumentation som skapar intryck av att psykosocial behandling av heroinberoende är verksamt utan samtidig farmakologisk terapi, och att naltrexon är ett rimligt alternativ till metadonunderhållsbehandling (MMT). Båda dessa slutsatser står i strid med tillgängliga internationella värderingar, framför allt från National Institutes of Health (NIH) i USA [3] och National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD) i Australien [4].

MARKUS HEILIG

FoUU-chef, psykiatrik vid Huddinge Universitetssjukhus
markus.heilig@neurotec.ki.se

II En uppmärksam läsare ser att den svenska SBU-rapporten [5] är väsentligen samstämmig med de internationella värderingarna. Begränsningen är att den inte är lika tydlig i budskapet och därmed lämnar ett olyckligt utrymme för omtolkningar.

Väljer selektivt

Berglund har tidigare hänvisat till data som skulle funnits om studier förelegat, och stöder nu vetenskapligheten i sina resonemang på att han avser att publicera sig i referentgranskade tidskrifter. Han väljer dock mycket selektivt bland analysätten, och lägger bl a ihop studier med uppföljningslängder m m som av en Cochrane-grupp nyligen bedömts vara alltför heterogena för att tillåta detta [6]. Berglund går så långt att han ifrågasätter om metadonunderhållsbehandling (MMT) verkligen har positiva hälsoeffekter utöver kvarstående i behandling, något som samstämmigt fastslagits av SBU-rapporten [5], Socialstyrelsen [7], NIH [3] och andra. Den viktigaste effekten av MMT är förstås reducerad mortalitet.

Skillnaderna är stora

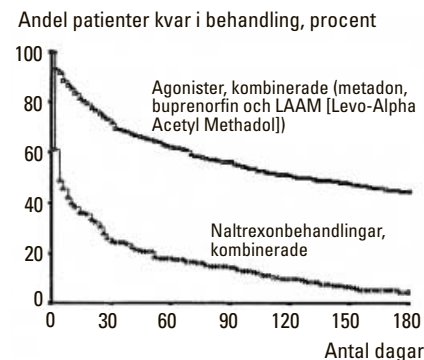
Sammantaget är det svårt att värja sig för intrycket att andra attityder än ett evidensbaserat synsätt styr argumentationen. För att återföra diskussionen till rimliga proportioner behövs lyckligtvis inga svårtillgängliga detaljer.

Det räcker med en enda figur ur det nyligen avslutade NEPOD-projektet, vars stora patientantal gör resultaten mycket robusta. De behandlingar som representeras av kurvorna i Figur 1 kan knappast vara lika rimliga att erbjuda patienterna.

Konklusioner

MMT har förvisso ett antal begränsningar, varför vi arbetar aktivt för att utveckla alternativa eller kompletterande behandlingsformer. Till dess att sådana utvecklats och vunnit ett hållbart vetenskapligt stöd måste man dock, i enlighet med NIH-rekommendationerna, konkludera:

- MMT har den överlägsna dokumentationen för effektivitet vid heroinberoende, med avseende på intermediärvariabeln retention, men också för morbiditet och mortalitet.
- När patienter med etablerat beroende inte blir hjälpta av annan metodik och förvägras MMT resulterar detta i en stor och oacceptabel morbiditet och mortalitet.
- Evidensbaserad psykosocial behandling vid heroinberoende är ett mycket viktigt komplement till, men inte ett alternativ till MMT.
- För naltrexon har effekt hittills inte kunnat påvisas bortom högst sex månader, vilket kliniskt gör att prepara-



Figur 1. Poolad analys ur referens [4] av heroinberoende individer i aktivt missbruk varav 573 inkluderats i behandling med full eller partiell agonist, medan 186 individer erhållit naltrexon-behandling, inledd med sedvanlig avgiftning, snabbavgiftning under narkos, eller snabbavgiftning under sedation.

Fler inlägg i frågan välkomnas

red