Förföljelsen av psykiatrin – nya påhopp

Återigen en kritisk debattartikel om psykiatri i DN (under augusti) baserad på en Socialstyrelseutredning och författad av icke-psykiatrer. Miltonpengarna når inte de psykiatriska patienterna (underförstått »bortslarvade«). Om förtrogenhetskunskap är viktigt inom något område måste det vara psykiatri.

Likt forna tiders upptäcktsresande studerar sociologer, jurister och blivande urologer psykiatrin iförda mentala khakikortbyxor, hängslen och tropikhjälm, med självklar utgångspunkt i vår primitivitet och den egna herrefolkstillhörigheten. Utgångspunkterna är retoriska, inte vetenskapliga, och vi lever i den bästa av världar där de svaga är goda och de välutbildade onda (vilket giftmördaren C J L Almqvist beklagade).

Sveriges farligaste jobb är mentalskötarens, men enligt SoS »finns det inga farliga människor, bara farliga möten«. Ansvaret för våldet i sådana »möten« läggs därmed på professionen, för »det ingår i jobbet att kunna undvika våld«.

Ett annat exempel på hur illa man vill oss på SoS är att man räknade grovt fel när man utvärderade rättspsykiatrins vårdresultat för några år sedan, varpå man skrev en hårresande debattartikel i DN om vår inkompetens. Någon rättelse infördes aldrig, de som skrev artikeln har fått ännu finare titlar, och SoS har inte kompletterat medarbetarstaben med någon kompetent person för att undvika framtida misstag av samma slag.

Återigen en kollega (Werkö) som på framträdande debattplats i LT tycker att psykiatri är intressant (»lyskraft«), men skyller psykiatrins aktuella situation på att de akademiska företrädarna inte visat ledarskap.

Jag och många av mina kolleger har försökt men inte lyckats – ett massivt motstånd från politiker och vårdgrannar (främst socionomer) i kölvattnet av den antipsykiatriska vänstervågen/68-rörelsen, patientföreningar som tycker ännu mer illa om oss, förakt för den medicinska kunskapstradition inom vilken vi verkar (åtskilliga läkemedelsfria psykosavdelningar har inrättats på initiativ av självfulla politiker – vem har hört talas om skalpellfria operationsavdelningar?), inget solidariskt stöd från somatikerna.

I samma nummer av LT beskrivs »utvecklingen« av den medicinska undervisningen i Lund som en framgångssaga med mycket turbulens under resans gång. Min uppfattning är att de läkare som nu får sin utbildning i Lund inte ges förutsättningar att hantera psykiatriska patienter och inte kommer att kunna utveckla en sådan förmåga under den fortsatta utbildningen. Det har jag och andra representanter för psykiatrin i Lund framfört och givit goda skäl för – utan att bli hörda. Resultatet: nyrekryteringen blir ännu svårare till vår bristdisciplin.

Socialstyrelsen har till slut, efter år av förnekande, insett att vi har en svår psykiaterbrist i Sverige – sedan en kollega genom fritidsarbete visat att så är fallet och fått detta publicerat i Sjukhusläkarens psykiatrinummer.

Sedan länge återbesätts inte kliniska professurer i psykiatri – det finns inte personer som motsvarar kompetenskraven. I Lund utannonserades ett lektorat i psykiatri – ingen av de sökande kunde acceptera de villkor för undervisningen och för de övriga delarna av tjänstgöringen som fakulteten erbjöd.

Klockan har passerat midnatt. Utsädet är uppätet. Vi kommer inte att kunna återställa svensk psykiatri till en rimlig professionell nivå utan hjälp utifrån. Om man vill ha nya kliniska professorer i psykiatri i Sverige kommer de att prata engelska – de kommer inte att kunna ha egna patienter och förstå svensk sjukvård inifrån.

Leveranstiden från inledda doktorandstudier till professorskompetens i ett kliniskt ämne är sällan mindre än 15 år. Så framåt 2025 kan vi börja besätta professurerna med svensktalande, om vi rekryterar utländska professorer omgående. Det kommer vi givetvis inte att göra.

Vem som bär ansvar för all denna idioti? Inte är det de pensionerade fakultetsprofessorerna i psykiatri.

Sten Levander
professor emeritus,
allmänpsykiatri (Sverige) och
rättspsykiatri (Norge), numera
Sjöbo vid en kvarndamm
apt.programs@telia.com

Vinst i vården:

Fyra reparationsförslag

Är den offentliga sjukvården havererad? Ja, delvis. I mitt inlägg i LT 34/2007 (sidan 2358) tar jag fram några exempel som en reaktion på tre inlägg av kollegerna Bertholds, Halldin och Järhult.

Ett konstaterande var att de inte ser med samma ögon som medborgarna. Dessa ser haveriet, och just därför garderar sig många med privata försäkringar. Jag pekade på två åtgärder: Börja gynna skötsam personal och börja skriva bra avtal med det privata, vilkas genomförande ständigt måste kontrolleras. Mitt inlägg har nu gett svar från kollegerna Bertholds och Järhult (LT 36/2007, sidorna 2532-3).

Bertholds påpekar att han hade föreslagit effektiviseringar, och bra är det. Men här är det som med vädret – mycket tal och inget konkret. Lönekriteriet skötsamhet berör han inte.

Men Järhult ser inget haveri alls. Från sin övergripande position avfärdar han t ex en mängd fotdeformerade reumatiker, vilka efter åratals väntan nu får hjälp, såsom i sammanhanget anekdotiska. Han tycks tro att vi i stort tar hand om våra prioriterade grupper. Det är fel. Vi tar hand om »dubbel F«, akuta fall och bl a tumörer. En »enkel F« är ofta en nitlott som kan placera en patient i en lång, lång kö. Han saknar insikt om sjukvården och medborgarnas verklighet. En bisak är att han inte heller håller med mig om att skötsamhet skall gynnas. I konsekvens med att allt är bra behöver han inga förändringar.

Jag ökar därför på exempelsamlingen: Väldigt många patienter med höftfraktur utan medicinska kontraindikationer får vänta på operation alldeles för länge. Den kan bli flera dygn trots att sjuklighet och dödlighet ökar med tiden. Socialstyrelsen, som nöjt sig med en 24-timmarsgräns, har särskilt kritiserat Malmös väntetider. Vanvården – det enda ord som passar – är emellertid ett nationellt fenomen (Rikshöft), och ju större sjukhus, desto farligare tycks det vara. Senaste redovisning från Region Skåne visar inte på några avgörande framsteg trots SoS-kritiken. Detta är ingen resursfråga utan beror på attityder trots att denna

stora grupp har maximala prioriteringskriterier. Borde inte det få kallas haveri?

Vår kollega Järhult talar om alla våra internationellt sett goda resultat. Men hur är det för alla dem som inte ens kommer in i vården och alltså är resultatlösa? Ett exempel, handkirurgiska kliniken i Malmö har flera tusen bedömda remisser i sin kö. Här finns många långtidssjukskrivna med bagatellåkommor, operativt sett, och dessutom en del med fel remissdiagnoser. Allmänt sett kan många köande inte ens räkna med att någonsin bli åtgärdade, och i regel saknas mekanismer för att fånga upp eventuella försämringar. (Ingen har väl trott att det skulle bli så här illa.) Borde inte det få kallas haveri?

Här är fyra nya reparationsförslag:

- Järnridån mellan Försäkringskassan och sjukvården öppnas. Idag får kassan inte köpa vård utan tvingas betala ut pengar i väntan på vårdinsats. I ett aktuellt Region Skåne-exempel tvingades en kvinna vara sjukskriven på halvtid i två år i väntan på en meniskoperation, som vanligen tar 30–40 minuter. Två veckor efteråt var hon frisk. Tillåt vårdköp i vissa fall. (Regeringens färska idéer för kassan tycks inte ta bort hindret.)
- Allmänläkare som skaffar sig extrakompetens i psykiatri eller geriatrik får ett ordentligt lönepåslag så länge som de åtar sig att sköta sådana patienter.
- Barnavårdscentralen får nya uppdrag. För det krassliga barnet är den akuta sjukvården på många sätt inte så bra. Det blir lätt timmar på akuten, och där kan riktigt sjuka barn bli undanträngda. Det saknas något mellan egenbehandling och sjukvården. Utökas BVC stort – kvalitativt och kvantitativt – kan dess specialutbildade sjuksköterskor få ta hand om krassliga barn och ska, när de så bedömer, få lov att sända in till akut- eller specialistmottagningar. De känner ju familjerna. De kan allmänt avlasta sjukvården – främst distrikts-, barn- och öronsjukvården. Men resurserna skall vara så väl tilltagna och instruktionerna så klara att det inte är minsta risk att BVCs traditionella verksamhet – det förebyggande – trängs undan.
- Anställda under jourtjänst skall kunna vara konsulter. Många kolleger anser jourtjänst tung och vill delta mer sällan eller vill rent av slippa den. »Betaljour« är ett sätt att göra det möjligt, men denna timanställning belastar emellertid både övertids- och veckoarbetsmåttet och dygnsvilan. Konsultalternativet påverkar inte heller den vardagliga kontinuiteten, som det klagas mycket på, tvärtom. Skattemässigt kan kombinationen konsultarbete och anställning vara problematisk, men det kan lösas om den politiska viljan finns.

Gynna skötsamhet, främja allmänläkares extrakompetens, skriv bra privatavtal, prioritera prioriterade, tillåt vårdköp, inför jourkonsulter och reformera BVC.

Johan Fischer
f d överläkare i anestesi, Nyhamnsläge;
fackligt aktiv 1968–1998;
landstingsledamot (m) i F-län 1998–2003
johan.fischer@olfactorius.se

SLUTREPLIK 1:

Belöna ekonomiskt resultat i demokratiskt prioriterad vård

■ Inte en enda förespråkare av vinstdriven vård bemöter, vare sig i de senaste tre debattinläggen i LT 37/2007 (sidorna 2614-7) eller i tidigare publicerade repliker, mitt huvudargument: Såväl kontrollerade studier som erfarenheter världen över visar att efterfrågestyrd vård med prestationsbaserad ersättning är såväl kostnadsdrivande som relativt ineffektiv.

Att diskutera läkaretik, privatisering av ambulanssjukvården (en verksamhet som ju knappast kan utsättas för efterfrågestyrning) eller huruvida planekonomi ger hög kvalitet i vården må vara intressant, men besvarar inte den ställda frågan: Varför skall vi införa ett ersättningssystem som leder till en dyrare och mindre effektiv vård?

Mitt förslag kvarstår: Skapa nya ekonomiska incitament baserade på områdesansvar, som belönar resultat istället för »produktivitet« inom prioriterad – genom demokratiskt fattade beslut – vård, inte efterfrågestyrd.

Eric Bertholds
överläkare, Skövde
eric.bertholds@vgregion.se

SLUTREPLIK 2:

Fegt att i det offentliga samtalet dölja konflikten mellan efterfrågan och kostnader

■ Fischer har retirerat från ursprungsinlägget [1]. Nu är offentliga vården bara »delvis havererad«. Inte ens det är en adekvat beskrivning av ett sjukvårdssystem som får topplaceringar i internationella resultatjämförelser. Som medarbetare kan vi vara stolta men inspireras att lösa de problem som finns, bl a köer.

Överdrifter á la Fischer leder till förhastade sjukvårdspolitiska omvälvningar. Hatpropagandan mot det offentliga har bidragit till att människor skrämts upp och tecknar privatförsäkringar.

Det är fegt att i det offentliga samtalet dölja konflikten mellan efterfrågan och kostnader. I alla fall om man förordar skattefinansierad jämlik vård efter behov – och det har ju blivit läpparnas bekännelse också för Fischers parti.

»Gynna skötsam personal«? Är det ett auktoritärt bestämt uppförande saken gäller tycker jag inte Fischers förslag hör hemma bland vuxna. Gäller saken individuell belöning för medicinska insatser? Internationellt varnas för »payment for performance« kopplat till enskild doktor [2], och riskerna speglas i Läkartidningen [3].

Solidariskt arbete i en gemenskap för att förbättra omhändertagande och medicinska resultat, och inte minst klara den svåra etiken, räcker som drivkraft för mig. Att dingla med moroten jämt och ständigt och inte tro på att läkare kan göra något bra utan guldpengar avslöjar mest förslagsställarnas människosyn eller facklig trångsynthet.

Bengt Järhult
distriktsläkare, vårdcentralen i Ryd/
Kronobergs FoU-enhet, Växjö
bengt_jarhult@hotmail.com

REFERENSER

1. Fischer J. Dags att reparera vårt Offentliga haveri. Läkartidningen. 2007;104:2358.
2. Davis K. Paying for care episodes and care coordination. N Engl J Med. 2007;356:1166-8.
3. Ramel B. Betalt för resultat. Läkartidningen. 2007;104:2404-8.