

Det ska fan vara chef i psykiatrin

Om vårdpolitiken fortsätter att bedrivas med industrin som modell tvingas psykiatriska besök att bli allt kortare för att budgeten ska hållas. Utbildningen av nya medarbetare blir allt ytligare och patienterna får på sikt en sämre vård. Mot denna bakgrund går det inte att fortsätta att vara i ledningen för en psykiatrisk mottagning.

Psykiatrin är i blåsväder. Under de senaste åren har ekonomiska och vårdpolitiska krav ändrats vid flera tillfällen på ett sätt som medfört stor osäkerhet för vårdarbetet och vårdkvaliteten. Tjänstemän inom Stockholms läns landsting har formulerat olika kvalitetsmått och kvalitetsvariabler som alla måste uppfyllas för att de psykiatriska sektorerna ska tilldelas de medel som de budgeterats. Det kunde möjligen vara ett rimligt sätt att styra verksamheten men för att styrningen ska fungera måste då de olika måtten och variablerna vara desamma från år till år. Så har inte varit fallet. De som beslutar om vilka detaljer som ska styra vårdarbetets ekonomi har dessutom varken kunskap om dessa instrument eller förmåga att överblicka konsekvenserna av besluten.

För några år sedan hade tjänstemän förstått att en psykiatrisk funktions-skattning – GAF – kunde användas för att värdera effekten av behandling. GAF är en funktionsskattningsskala från 1 till 100 där ett lågt värde indikerar dålig psykisk funktion. Inom det psykiatriska arbetet är skalan ett värdefullt redskap för bedömning av patientens vårdbehov och för att följa sjukdomsförlopp och behandlingsresultat. Beställaren bestämde sig för att användandet av GAF skulle vara ett kvalitetsmått på vården och att alla patienter som kom till vården skulle skat-

tas med denna skala. Om för få skattningar gjordes skulle en viss del av budgeten frysas.

Bruket av GAF som ett redskap för att följa vårdförlopp är rimligt; att se användandet av skalan som ett tecken på gott eller produktivt vårdarbete är inte rimligt. Det här är ett exempel på hur ett psykiatriskt skattningssystem i vårdadministratörers händer får en annan innebörd än den avsedda.

Ett annat kvalitetsmått som man beslutat ska styra tilldelningen av pengar är hur god telefontillgängligheten är. Om telefontillgängligheten, mätt som »andelen samtal som besvaras inom fyra ringsignaler«, är för låg, kommer också en del av budgeten frysa inne. Poängen med det är att ingen ska behöva vänta på att få hjälp för psykiska besvär.

Konsekvensen av en mycket god telefontillgänglighet blir däremot att psykiatriska mottagningar med nödvändighet måste lägga så mycket tid på att svara i telefon och arbeta med akuta frågor att planerad verksamhet ibland blir lidande. Den tid det tar att beman- na jourtelefoner och planera för bedömningsbesök för dem som söker kommer att konkurrera med möjligheten till uppföljning för de patienter som besöker psykiatrin och för dem som söker hjälp. Om man svarar i telefon mindre snabbt än vad som krävs så kommer budgeten att minska, vilket på sikt leder till att personalmängden måste minska, med färre medarbetare som följd. Färre personer ska då göra samma arbete.

Genom åren har beslutsfattare inom landstingets beställarorganisation vid olika tillfällen satt flera olika liknande



»Ett annat sätt att se på saken är att de pengar som investerats i vården inte kommer samhället tillgodo«, skriver Daniel Frydman, som därför väljer att avgå som chef för en psykiatrisk mottagning.

parametrar som norm för kvalitet och produktion. Från år till år har då vårdarbetarna haft växlande direktiv och riktlinjer att rätta sig efter. Växlingen i sig har gjort det nödvändigt att från ett budgetår till nästa styra om arbetsordningen på psykiatriska mottagningar för att verksamhetens ekonomi ska gå ihop.

Betoningen har legat på den ekonomiska styrningen, kanske i tron att det skulle leda till en bra, eller till och med bättre vårdkvalitet för patienterna. Det är troligt att de snabba kasten hos beställaren snarare bidrar till att göra arbetsomständigheterna så osäkra att det måste ha konsekvenser för patienten.

Som medicinskt ansvarig överläkare för Södermalms psykiatriska jour- och öppenvårdsmottagning, med specialistvård för ångest och depression, har jag under de senaste två och ett halvt åren fått driva arbetet i enlighet med föränderliga riktlinjer. Varje gång ett nytt direktiv kommit har jag behövt



DANIEL FRYDMAN
specialist i allmän psykiatri, leg psykoterapeut, psykoanalytiker, Stockholm
ps-frydman@comhem.se

uppmåna medarbetarna på mottagningen att ändra eller lägga till ett arbetsmoment för att uppfylla beställarens krav. Eftersom kraven i sig handlat om olika saker, som var och en för sig varit rimliga, så har jag – ibland med viss tvekan – kunnat driva kraven i tron att de skulle komma patienten tillgodo i form av en säkrare och tydligare vård.

Vissa moment har ifrågasatts av medarbetarna just för att det tar så lång tid att utföra arbetsuppgifter som är administrativa. Det administrativa jobbet har tagit tid från patientarbetet samtidigt som kraven på en effektivisering också kommit. Effektivisering betyder här endast högre produktion, det vill säga fler patientbesök per tidsenhet.

Under innevarande mandatperiod har beslut också fattats om att delar av psykiatri i Stockholms län ska privatiseras. Privatiseringen har genomförts genom anbudsförloppet, och den producent som lagt det, enligt beställaren, bästa budet har fått upphandlingen av ett sjukvårdsområde. Stockholms sydöstra psykiatri har nu blivit upphandlad av Carema Hjärnhälsan, som därmed kommer att ansvara för öppenvården i Nacka, Haninge, Värmdö och Tyresö.

I Caremas avtal med beställaren ingår att man där ska bedriva psykiatrisk öppenvård med en produktionsvolym som kraftigt överstiger den som är normen för tillfället. I avtalet sägs också att en viss, specificerad, andel av alla öppenvårdsbesök ska vara läkarbesök, samtidigt som Carema också avtalat bort ansvaret för utbildningen av nya psykiatrer. Det betyder att Carema Hjärnhälsan inte kommer att ha ST-läkare som kräver handledning (handledning är »produktivtetsminskande« eftersom den tar tid från patientbesök) och dessutom lovar att en stor del av besöken på deras mottagningar ska gå till specialister i psykiatri.

I den övriga psykiatriska vården ingår handledning och undervisning som ett naturligt inslag i verksamheten, ett

»Personalens upplevelse av mening i sitt arbete kommer att minska, stressen öka och patienterna kommer till sist att bli lidande om tjänstemännens detaljstyrning och politikernas vårdideologiska svängningar fortsätter att driva vården runt, runt.«

inslag som är en mycket viktig förutsättning för att garantera bra psykiatrer för framtiden.

Eftersom endast direkt patientarbete är produktivt och meningsfullt i beställarens ögon har Carema genom detta avtal kommit att visa att de kan »producera« mer vård än den offentliga sjukvård som man konkurrerar med. Dessutom har man erbjudit ett lägre pris för denna vård, ett pris som nu är normgivande vid avtalsförhandlingar med övriga vårdgivare. Det verkar också som att Caremas vårdvolym kommer att »normera« arbetet på de offentliga mottagningarna.

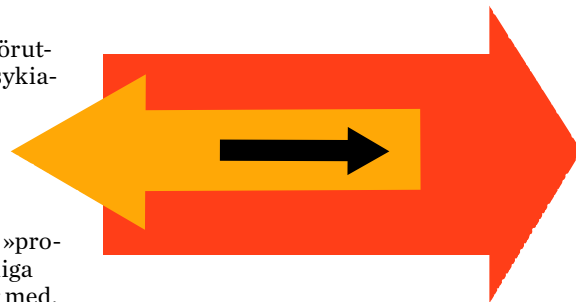
Det blir svårt att behålla tron på att förändringarna fortfarande kommer att kunna motiveras utan att man schackrar med vårdetiska principer. Det går inte att se att arbetet kan fortsätta ha samma höga kvalitet som det hittills haft. I stället kommer det att handla om att »bedriva vård« för ett fåtal och att »handlägga« de flesta ärenden som passerar mottagningen.

Personalens upplevelse av mening i sitt arbete kommer att minska, stressen öka och patienterna kommer till sist att bli lidande om tjänstemännens detaljstyrning och politikernas vårdideologiska svängningar fortsätter att driva vården runt, runt.

En sista problematisk punkt, som kanske är den viktigaste, måste också tas upp. Den handlar om hur vi nu tvingas tänka på vården i produktionsstermer, som om det är varor vi tillverkar i en fabrik och inte sjukvård som bedrivs. I alla sjukvårdssammanhang utförs handlingar mellan en person som ber om hjälp och en person eller en organisation som har kunskaper om hur hjälpen kan se ut.

Sjukvård är och kommer att förbli en verksamhet som inte bara sker rent tekniskt och inte heller i full hierarkisk symmetri. Sjukvårdsarbete är arbete som å ena sidan sker i relationen mellan patienten och vårdaren, och å den andra mellan en behövande och en som ger. Det är inte som en produktionshandling vilken som helst.

För personalen innebär varje möte med en patient en personlig »investering« som kräver intresse och engagemang. Om man får kravet på sig att ta emot väldigt många besök under en given tidsrymd finns stor risk att förmågan att också lägga till det extra, som engagemanget bidrar med, försvinner. Däri-



»Som medicinskt ansvarig överläkare för Södermalms psykiatriska jour- och öppenvårdsmottagning... har jag under de senaste två och ett halvt åren fått driva arbetet i enlighet med föränderliga riktlinjer.«

Illustration: Airi Iliste

genom förlorar patienten en del av den kontakt som också behövs för att få bot eller lindring för sitt lidande.

Mot bakgrund av allt detta ser jag inte hur det ska gå att fortsätta ledningsarbetet på en psykiatrisk mottagning. Jag har därför sagt upp mig, jag kan inte korrumpas mig mer. Om vårdpolitiken fortsätter bedrivas med industrin som modell kommer psykiatriska besök tvingas bli allt kortare för att budgeten ska hållas. Utbildningen av nya medarbetare kommer att bli allt ytligare; patienterna kommer på sikt få en sämre vård. Det gäller framför allt de personer som inte har ett helt väldefinierat lidande och där de evidensbaserade metoderna inte har önskad effekt.

Det jag skulle önska är att vi får en psykiatri vars styrning baserar sig på innehållet i samtal som måste föras mellan alla de som har intresse av en väl fungerande psykiatrisk vård. Till dessa hör såväl psykiatrer och annan vårdpersonal, representanter för brukare och anhöriga och naturligtvis politiker och samhällsaktörer i stort.

Som det nu är, har administrativa krav fått alltför stor plats, och genom denna obalans hindras allt gott samarbete och mycket bra vårdarbete. Detta leder troligen till sämre resultat än önskat. Ett annat sätt att se på saken är att de pengar som investerats i vården inte kommer samhället tillgodo. Mot denna bakgrund går det då inte att fortsätta vara i ledningen för en psykiatrisk mottagning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Fler debattinlägg på sidan 1403.