

REPLIK TILL DANUTA WASSERMAN M FL, OCH JAN-OTTO OTTOSSON:

# Nollvision skapar nya tabun



■ Vi är glada över att vår ursprungliga artikel lett till en spännande debatt. Debatten handlar inte – som man kanske kan förledas att tro – om att ge upp preventivt tänkande och acceptera den nuvarande allvarliga situationen med ett stort antal onödiga, undvikbara dödsfall i suicid. Vi vill peka på riskerna med en nollvision.

Vården behöver visioner som ger möjlighet till rimliga realistiska målsättningar. Det är också viktigt att vi inte låter våra visioner påverka vår (vetenskapliga) begreppsbyggnad. Visioner innehåller ofta värderingar som kan riskera att grumla begreppsbyggnaden. Vi vill inte att människor tar sina liv. Vi vill göra något åt de förskräckliga suicidtalerna.

**Men är det rimligt** att låta en nollvision för självmord diktera vad som ska räknas som psykisk sjukdom? Sedan vi skrev vår artikel har många hört av sig och berättat att de har personlig erfarenhet av den typ av fall vi talar om. Fysiskt och psykiskt friska personer, fullt rationella och beslutskapabla, som vill ta sina liv.

Ska vi verkligen låta våra värderingar och politiska målsättningar omdefiniera dessa personer som psykiskt sjuka? Är en person som vill ta sitt liv per definition psykiskt sjuk? Har alla de uppemot 100 000 människor (inte patienter) i vårt land som varje år har suicidtankar en »människlig brist«, eller är denna existentiella fråga något som faktiskt kan tillhöra livet utan att behöva leda till döden?

**När Wasserman** och hennes kollegor i LT 21-22/2009 (sidorna 1492-3) menar att vi med vårt synsätt skulle bidra till uppgivenhet och att inget finns att göra känner vi att det

hela måste röra sig om ett missförstånd. Nationella suicidpreventiva centret, där Danuta Wasserman är chef, har gjort viktiga preventiva insatser. Men en nollvision riskerar att skapa nya tabun där alla tankar om och planer på suicid betraktas som utslag av psykisk sjukdom och mänskliga brister – vilket paradoxalt kan bidra till just det som inte var avsikten.

Det är viktigt, oerhört viktigt, att vår vision fokuserar på dem som har en psykisk behandlingsbar sjukdom och att vi satsar på prevention.

**Jan-Otto Ottosson** berikar och fördjupar diskussionen i LT 20/2009 (1403-4). Vi håller med om det mesta:

Nollvisionen minskar inte tragiken när en människa tar sitt liv.

Vi ser inga hinder för att med psykiatrisk tvångsvård hindra en psykiskt sjuk person från att ta sitt liv. Precis som Jan-Otto Ottosson påpekar så innebär det en nödvändig men tidsbegränsad inskränkning av denna patients autonomi.

Nollvisionen är oförenlig med självvalt livsstil.

Det finns »rationella« självmord. Ottosson visar hur svår gränsdragningen är men också att det finns en gräns. Som han säger, det finns personer som har en »genomtänkt, helgjuten och välmotiverad önskan om att ta sitt liv utan tecken på psykisk sjukdom«. Vi bör respektera dessa personers självbestämmande.

Ottosson ställer också den relevanta frågan: Om man inte har en nollvision, vad har man då?

Varför inte en vision om att inom 10 år halvera antalet suicid i vårt land? En målsättning som tar utgångspunkt i en analys av nuläget, som sätter upp ett precist mål och

som är helt realistisk. Vi ser ut att alla vilja förenas i kampen mot de höga suicidtalerna. Det är en viktig utgångspunkt för

**Herman Holm**  
psykiater, f d chef för psykiatri, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, numera utredare på Sveriges Kommuner och landsting  
Herman.Holm@skane.se

ett fortsatt samtal, och vi föreslår ett samlande nationellt möte för att kunna hitta en gemensam plattform.

**Nils-Eric Sahlin**  
professor i medicinsk etik, Lund, medlem i Statens medicinsk-etiska råd (SMER)  
Nils-Eric.Sahlin@med.lu.se

## Psykiatrins chefer och nya styrningsideal

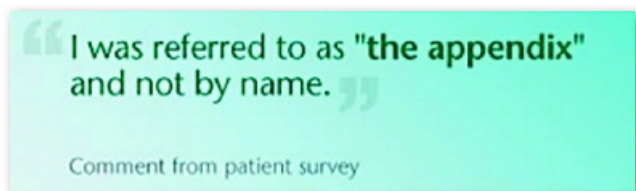
■ Daniel Frydman skriver i LT 20/2009 (sidorna 1337-8) att han som medicinskt ansvarig överläkare för en psykiatrisk jour- och öppenvårdsmottagning de senaste två och ett halvt åren har fått bedriva arbetet i enlighet med föränderliga riktlinjer. Arbetsmoment har ändrats eller lagts till enligt beställarkrav. Detta administrativa jobb har tagit tid från patientarbetet samtidigt med krav på fler patientbesök per tidsenhet; Frydman skriver: »Om vårdpolitiken fortsätter bedrivas med industrin som modell kommer psykiatriska besök tvingas bli allt kortare för att budgeten ska hållas.»

Frydman beskriver ett kvalitetsmått som ska styra tilldelningen av pengar; telefon-tillgänglighet. Om telefon-tillgängligheten, mätt som »an-

delen samtal som besvaras inom fyra ringsignaler«, är för låg kommer också en del av budgeten att frysa inne.

**Kvalitetsmått avseende patienttillfredsställelse** har tagits fram av forskningsstiftelsen Pickerinstitutet, som är en ledande aktör inom internationell hälsovård. Avsikten med att använda just telefon-tillgänglighet som mått är att få större variation mellan vårdgivare, och möjlighet att rangordna dem, än om man till exempel frågar hur nöjda patienterna är med läkarbesök [1].

**För att förstå** vad som pågår har jag läst en kritisk analys av New Public Management (NPM), en samlingsbeteckning för den nutida form av förvaltning av offentlig verk-



Citat från Pickerinstituttets webbplats [4]. Institutet grundades i Boston 1986 av Harvey Picker (1915–2008) för att tillvarata patientperspektivet efter erfarenheter han fick av hur patienter bemöttes vid hustruns sjukdom. Begreppet »patientcentrerad vård« myntades här och har sedan 1990-talet fått inflytande inom vårdsektorn.

samhet som används i Sverige [2].

Enligt analysen är syftet med många nya styrmetoder inte bara besparingar utan också att minska de professionellas handlingsfrihet eftersom dessa inte anses bemöta patienterna med respekt. Problem med vårdpersonalens attityd gentemot patienterna diskuterades i en av Landstingsförbundets utredningar: »Sjukvårdens sätt att se på patienterna är nedsattande. I andra sammanhang får man en vara eller tjänst som man har beställt« [3].

**Enligt Eva Bejerot**, författaren, till ett av kapitlen i NPM-analysen, diskvalificeras vårdgivarnas talan i frågan om på vilket sätt sjukvårdens organisation och styrning

borde förändras av ett sådant ifrågasättande av viljan att bemöta patienten med respekt [2].

Man får alltså se kvalitetsmättet »telefon tillgänglighet« i ett större sammanhang. I vår tid har normerna för vad som är ett gott medicinskt arbete förskjutits från läkarprofessionen till ett nätverk där läkare bara är en av flera parter [2]. Då jag den 9 maj gick in på Pickerinstitutets webbplats möttes jag överst av kommentarer ur patientenkäter som »I was referred to as 'the appendix' and not by name« och »Not everybody wants the whole waiting area to know their name, age, address and the nature of their complaint« [4]. Ett av NPM:s ideal är att tillvarata »kundperspekti-

vet« bättre än vad de professionella gör [1].

Efter att ha läst om NPM har jag insett att jag – och förmodligen även andra läkare – behöver veta mer för att förstå orsakerna till de förändringsriktlinjer som Frydman skriver om.

**Förstår inte tjänstemännen** de praktiska konsekvenserna för verksamheter av att använda (vissa) mått som Pick-

er institutet utvecklat eller har de drabbats av »perverterad Pickerism«? Hur kom det sig att andra anses tillvarata patientperspektivet bättre än vi? Vi läkare har fått mer att tackla än förändringen i själva patient-läkarkontakten [5,6].

**Ann Gardner**  
överläkare, med dr,  
Stockholm  
Ann.Gardner@ki.se

#### REFERENSER

1. Bejerot E, Hasselbladh H. The construction of the dissatisfied patient. The second International Conference on Critical Management Studies, July 11-13 2001; University of Manchester, England.
2. Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson RÅ, redaktörer. Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård. Lund: Academia Adacta; 2008.
3. Vägval – Hälso- och sjukvårdens

övergripande strukturer och framtiden. (Projekt och appendix). Stockholm: Landstingsförbundet; 1991.

4. Picker Institute Europe. <http://www.pickereurope.org/>
5. Magnusson C. Den desillusionerade doktorn. Om läkarrollens kris i vårdens omöjliga uppgift. Läkartidningen. 2005;102:2404-5.
6. Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ. 2001;322:1073-4.