

Psykiatrisk vård – ständig slagpåse?

Planerna i Region Skåne att privatisera delar av den psykiatriska vården är ett hot mot undervisningen och forskningen i ämnet. Vad göra? Vänta – för allt i världen, vänta! Håkan Westling anser att privatiseringsplanerna just nu skulle vara en rejäl käpp i hjulet för strävandena att förbättra situationen.

Region Skåne planerar man nu för att privatisera delar av den psykiatriska vården. Bo Ahrén, dekanus för medicinska fakulteten i Lund, varnade häromdagen (Sydsvenskan 14 oktober) för att en privatisering hotar undervisning och forskning i ämnet – och därmed den framtida vården av psykiskt sjuka. Representanter för Karolinska institutet, inklusive dess rektor, konstaterade också för något år sedan att en tänkt privatisering av Karolinska Universitetssjukhuset skulle äventyra undervisning och forskning.

Jag delar helt denna uppfattning. Teoretiskt är det naturligtvis tänkbart att en privat driven verksamhet skulle kunna utnyttjas för undervisning och forskning, men i praktiken torde detta vara uteslutet i Sverige. I USA är enstaka privata sjukhus koppelade till driften av en medicinsk högskola – men detta är möjligt endast på grund av en finansiell bas av mycket stora donationer och genom höga patientavgifter.



HÅKAN WESTLING
professor emeritus i klinisk fysiologi vid Lunds universitet och dess rektor 1983–1992.

Har bl a varit vice ordförande i Medicinska forskningsrådet, vetenskapligt råd i Socialstyrelsen, ordförande i Språ samt i 1989 års högskoleutredning Hakan.Westling@med.lu.se

Jag är inte sakkunnig inom psykiatri men har en ganska god uppfattning om medicinska fakulteten i Lund och dess historia, bl a rörande psykiatri [3]. Lundapsykiatrin var en gång den främsta i landet, men en lång rad omorganisationer och förmenta rationaliseringar har brutit ner förutsättningarna för en akademisk verksamhet; i regel utan det samråd med fakulteten som föreskrivs i gällande avtal mellan sjukvårdshuvudmannen och staten.

Tre pionjärer: Den förste professorn i psykiatri i Lund, Viktor Wigert, drev fram en ny psykiatrisk klinik inne på själva lasarettområdet. Det innebar att psykiatrin förvandlades till en medicinsk specialitet jämbördig med de övriga på lasarettområdet. Den nya kliniken var 1931 den första i sitt slag i Sverige; dess huvudbyggnad ligger på samma plats ännu i dag.

Efter Wigert kom två andra portalfigurer inom psykiatrin, först Henrik Sjöbring, sedan Erik Essen-Möller. Båda bildade skola och lockade till sig en rad unga begåvningar.

Sedan blev klimatet hårdare: Efter Essen-Möller kom 1967 hans elev Lennart Nilsson som professor och överläkare. Stora förhoppningar knöts till honom, men han engagerades i en dramatisk omorganisation av den psykiatriska vården, vilket krävde en stor del av hans krafter. Han

avled 56 år gammal i en hjärtinfarkt.

Näste man blev Rolf Öhman, med utmärkt meritering inom psykofarmakologin. Även Öhman fick dra ett tungt lass med stora förändringar inom den psykiatriska vården. Det gällde bland annat sammanslagning av fem olika kliniker samt stora rationaliseringar. Dagens företrädare för huvudämnet, Lil Träskman-Bendz, gissar att hon varit med om mer än tio omorganisationer under sina 15 år som professor.

Uppenbarligen har ständiga omorganisationer och nedskärningar inom vården försvårat forskningen inom psykiatrin. Trots detta pågår för närvarande flera forskningsprojekt, men situationen är långt ifrån optimal. Medicinska fakulteten har sedan ett par år diskuterat med sjukvårdshuvudmannen hur man ska återge psykiatrin dess ställning.

Vad göra? Vänta – för allt i världen, vänta! En partiell privatisering av den psykiatriska vården skulle just nu vara en rejäl käpp i hjulet för fakultetens och sjukvårdshuvudmannens strävanden att förbättra situationen.

Även om den s k upphandlingen (ett fantastiskt ord) begränsas till öppen vård blir den till skada för forskning och utbildning. Inom psykiatrin är gränsen mellan öppen och sluten vård flytande. Under ett ofta långvarigt sjukdomsförlopp behandlas många patienter i båda vårdformerna. Forskningen gäller givetvis patienter i bägge.

Ytterligare skäl till att vänta är att den kliniska forskningens ställning i Sverige för när-

varande utreds och att en färsk nationell psykiatriutredning ännu inte har lett till konkreta resultat. I varje fall måste ett konstruktivt samarbete mellan fakultet och sjukvårdshuvudman fortsätta och förstärkas. Universitetssjukhusen har ju trots allt en i avtal reglerad särställning.

Privatiserad psykiatri är bara ett symptom. Det understryker att finansieringssystemet för svensk sjukvård är en före-

tagsekonomisk bastard som snarast borde ses över. Det är uppenbarligen nära vägs ände. När man använder nyspråkliga termer som »upphandling« och »vårdproduktion« som komponenter i ett »köp-och-sälj-system« borde alla yrkesgrupper i vården reagera. Något måste vara fel; jag menar att man blandar ihop begreppen köpare och säljare på ett felaktigt sätt. Lands-tingen är ju ofta köpare och säljare till sig själva. Rättvisande terminologi innebär enligt min mening att patienten är köpare/kund och som sådan ska ha pengar med sig. Sjukvårdssystem där detta realiserats har beskrivits bl a av Lars Werkö [2].

Dagens labila politiska situation med svaga, nödortfött hopklistrade majoriteter kan leda till groteska följder och ryckighet för sjukvården. Ett exempel på politisk lekstuga är bolagiseringen av sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm [1]. Region Skåne blev helägare – och »upphandlade« vissa tjänster av bolagen.

Det gick på det hela taget bra, vården effektiviserades – men man fick inte mer pengar

av ägaren. Bolagen fick inte heller ta emot privatbetalade patienter. När Region Skåne åter fick socialdemokratisk majoritet avbolagiserades de båda sjukhusen före utgången av avtalstiden. Sådan leder naturligtvis till oreda, kostar energi och pengar. För att komma bort från dylika kalamiteter fordras långsiktiga blocköverskridande beslut.

Och vad tyckte egentligen patienterna?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Aidemark LG. Sjukvård i bolagsform: en studie av Helsingborgs Lasarett AB och Ängelholms Sjukhus AB. Växjö: Växjö University Press; 2004.
2. Werkö L. Är det dags för en verklig sjukvårdsreform? Läkartidningen. 2006;103:3640-2.
3. Westling H. Medicinska fakulteten vid Lunds universitet 1668-2003. Lund: Lunds universitet; 2003.

Lågdos-DT bättre än vanlig röntgen vid diagnostik av rinosinuit – en kommentar från Läkemedelsverket och Strama

■ I Läkartidningen 41/2007 (sidan 2955) presenterar Roger Siemund och Anders Cervin m fl en studie av rinosinuitfall där resultaten visat att lågdos-DT bör vara lika bra som konventionell DT och att kostnader och stråldos talar för lågdos-DT samt att den nya metoden bör ersätta konventionell röntgen.

Lågdos-DT är sannolikt en bra undersökning vid utredningar på en öron-, näs- och halsklinik. Den stora majoriteten av de uppskattningsvis 150 000 bakteriella maxillarsinuititer som antibiotikabehandlas årligen kan dock inte undersökas med röntgen utan måste diagnostiseras utifrån symtom och fynd.

Mot denna bakgrund vill vi lyfta fram de behandlingsrekommendationer om rinosinuit som togs fram 2005 av Läkemedelsverket och Strama och de kopplingar som där görs till vardagssjukvårdens rinosinuititer, till antibiotikainvändning och resistensutveckling.

I rekommendationerna framhävs att diagnostiken bör inriktas på att fånga bakomliggande trolig etiologi. Bakteriell rinosinuit är ofta en svår diagnos utifrån symtom och kliniska fynd. Spontanläkning är vanlig. I anslutning till förkylning förekommer slemhinnesvullnad och/eller vätska i bihålorna. En övre luftvägsinfektion är i praktiken ofta en viral

rinosinuit. Röntgenologisk diagnostik säger lite om etiologin och riskerar att »överdiagnostisera« bakteriell rinosinuit och därmed leda till onödigt antibiotikabehandling.

Huvudrekommendationen vid misstanke om bakteriell rinosinuit är i stället att överväga antibiotikabehandling till vuxna med förkylningssymtom i mer än 10 dagar och uttalad smärta i kind och/eller tänder. Färgat sekret i näsan, ensidighet, uttalad smärta, dubbelinsjuknande – förekomst av minst tre av dessa fyra symtom talar för bakteriell rinosinuit. Om färre än tre symtom föreligger kan röntgen övervägas. Fynd av vätska/heltät sinus talar då för bakteriell rinosinuit medan slemhinnesvullnad inte gör det.

Oavsett metod bör röntgenundersökningar vid utredning av rinosinuit värderas i ett kliniskt sammanhang där risken för överdiagnostisering av bakteriella rinosinuit inkluderades.

Upprepad information om riskerna med överanvändning av antibiotika och ökad antibiotikaresistens är nödvändig.

Jane Ahlqvist Rastad
Läkemedelsverket

Otto Cars

Strategigruppen för rationell antibiotikainvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama)

Christer Norman
Strama

Personlig läkare eller personlig som läkare, vilken skillnad ...

■ Det framhålls, med rätta, betydelsen av att man i primärvården ordnar det så att allmänläkaren blir »personlig läkare«.

Som »personlig läkare« har man en lista med egna patienter, och kontinuiteten har därigenom säkerställts. Man har närhet till dem som finns på listan, man har ansvar för dem, formellt ett åliggande att bistå. Man har en fast arbetsplats, och man har översikt över patientens sjukdomar och krämpor. En personkännedom om individen har goda förutsättningar att utvecklas, och den »personliga« allmänläkaren har en särskild förmåga att tyda patientens upplevelser.

Organisatoriska beslut behövs för att tjänster som »personlig läkare« skall inrättas.

Men att vara personlig som läkare är kvalitativt annor-

lunda. Personliga kan alla läkare vara, det ligger bortom organisatoriska beslut eller specialitet.

Det innebär att etablera god kontakt (vara individuell och nära, ej för privat), att vara deltagande och förstående (empatisk). Man skall vara tydlig och öppen (avgränsad) och samtidigt självständig (obunden). Man skall kunna lyssna och vara lyhördhet (kunna ta emot patientens berättelse) och vara stödjande och uppskattande (tillmötesgående).

Till »personlig läkare« kan man bli förordnad över en natt – att vara »personlig som läkare« är något man ständigt måste eftersträva att vara.

Distinktionen knyter an till begrepp som Erich Fromm utvecklade i sin bok »Att ha eller att vara«. Att ha och att vara är skilda livsformer som

återspeglas i människans livsattityder och personliga förhållningssätt. Att ha innebär ägande och hotar i en förlängning att leda till försvar, distans och makt. Att vara kräver oberoende, frihet och mognad. Kärlek ligger inte inom ägandets utan inom varandets livsform.

Naturligtvis är det utomordentligt gott med organisatoriska arrangemang som stödjer möjligheten för allmänläkare att bli »personliga läkare«. Men upprätthålls tjänsten av en person som inte är personlig som läkare så båtar det föga med goda tjänstebeskrivningar.



Bengt Mattsson
allmänläkare, Kungshöjds vårdcentral; professor i allmänmedicin, Göteborg
bengt.mattsson@allmed.gu.se

REFERENS

Information från Läkemedelsverket. 2005;16(3). <http://www.lakemedelsverket.se/upload/Hälsa-%20och%20sjukvård/behandlingsrek/rinosinuit.pdf>