Redaktör: Jan Lind: 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

Efter Maciej Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter:

Tillsätt en vårdens framtidskommission

Slutsats av DN-journalisten Maciej Zarembas artikelserie om den svenska sjukvårdens omvandling från läkekonst till bokföring: detta sjukvårdens haveri måste stoppas. Läkarförbundet och Läkaresällskapet bör gemensamt tillsätta en framtidskommission med uppgift att belysa ett antal centrala frågor, föreslår Bengt Järhult.

Läkarförbundets ordförande Marie Wedin sänder på ledarsidan i Läkartidningen ut en viktig signal [1]. Hon har läst DN-journalisten Maciej Zarembas artikelserie om vårdens stora systemskifte från läkekonst till bokföring, och skriver: »Mycket av kritiken mot så kallad New public management som han skickligt gestaltar håller jag helt med honom om. Det rör bland annat hur olika ekonomiska incitament kan få till och med absurda effekter.« Hela serien inklusive läsarkommentarer finns nu tillgänglig [2].

Zaremba beskriver en utveckling där läkarkåren – för att avgränsa sitt eget medicinska och moraliska ansvar – alltmer bortser från den medicinska etikens bud och i hög grad lämnar patienterna i sticket. Ett paradigmskifte har genomförts, där politiska och administrativa beslut tvingar läkare till vinsttänkande eller ekonomiska överväganden som ofta går på tvärs mot vårdens djupaste syften – humanitet, jämlik hälsa, vård efter behov, etc. Systemet riskerar att göra läkare till krämare, opersonliga robotar i en registerkultur som inte längre vill se människan som en helhet utan värderar sjukdomar och sätter diagnoser för att maximera den pekuniära utdelningen. Manipulation och halvkriminellt trixande med DRG och de nya ersättningssystemen i primärvården beskrivs.



BENGT JÄRHULT
distriktsläkare, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Zaremba drar ner byxorna på en läkarprofession som låtit sig svepas med i populistiska politiska utfästelser om t ex tillgänglighet, och i malplacerat marknadstänkande i offentligt driven vård. Läkarna har därigenom lämnat över sin auktoritet och sitt ledarskap i vården till en hårdhudad byråkrati, som alltmer får karaktären av mandarinvälde. Det har gått så långt att läkare i sina medicinska beslut i mottagningsrummen styrs av ogenomtänkta prestationssystem och bonusar på basen av icke evidensbaserade resultatmått. Dessa system har utformats av ekonomer utan insikt i de medicinska konsekvenserna. Zarembas bild är att de individuella läkarna är på väg att mista människors tillit genom att de inte längre kan eller vill vara patienternas förtrogna i en långvarig personlig relation.

Det är intressant att det är en enskild journalist utan medicinsk skolning som tagit detta helhetsgrepp på vad som hänt med svensk sjukvård sedan början av 1990-talet. Det är inte Läkarförbundet, Läkaresällskapet eller tidigare eller nuvarande statsbärande parti som varit förmöget till analys, än mindre till någon omprövning.

Tvärtom visar Socialdepartementets framtidsvision [3] en total aningslöshet vad gäller de verkliga kvalitetsbristerna i svensk sjukvård. Departementets futurist förordar mer av den medicin, som Zaremba så tydligt beskrivit biverkningarna av! Det trängande behovet av allmänmedicinskt perspektiv – bredd över subspecialiteter, helhetssyn på människan, kontinuitet, personligt och långsiktigt patient–läkarförhållande – saknas helt [4]. Och



Foto: Colourbox

Den föreslagna kommissionen bör belysa professionens roll i utvecklingen av New public management, värdera och sätta gränser för subspecialiseringen, bedöma om vårdens centralisering är evidensbaserad samt presentera ett nytt ersättningssystem.

då tänker jag inte på detta perspektiv som något exklusivt för primärvårdsläkarna, det gäller hela sjukvårdssystemet.

Den enda rimliga slutsats läsaren av Zarembas artikelserie kan dra är – stoppa detta sjukvårdens haveri! Tillsätt en framtidskommission!

Vem skulle kunna organisera och få trovärdighet för en sådan kommission? Såväl de borgerliga partierna som socialdemokraterna har sedan länge djupt införlivat New public management i sitt tänkande, och ute i landstingen har mäktiga ledningssystem skapats för att kontrollera läkarna och övriga anställda. I sista hand är det en fråga om maktutövning, och varken Sveriges Kommuner och landsting eller etablerade välarvoderade landstingsråd är förmögna till någon radikal omprövning. De är en del av det sjuka systemet.

Läkarförbundet och Läkaresällskapet gemensamt är nog de mest lämpade att driva denna framtidskommission. Även om läkarkåren sociologiskt betraktad är ett skrå, där majoriteten av läkare bara vill hållas vid sin medicinska läst, inte sticka ut och absolut inte delta i någon samhällspolitisk idédebatt, finns det en hel del lysande undantag. Zaremba intervjuar några av dem, t ex kritiker av DRG-systemet (vid dess införande) och kritiker av kömiljarderna och vårdvalets ersättningssystem.

Samla dessa läkare med dokumenterad integritet i kommissionen, och ta in betrodda personer utanför den medicinska världen som kan ge ett medborgarperspektiv. Läkarkåren får inte en gång till bli representerad av de professionella särintressena i t ex de nationella kvalitetsregistren. Alltför många registerhållare har genom sin okritiska hållning medverkat till att dessa register blivit det politiskt-administrativa komplexets kontroll- och styrinstrument av läkarkåren [5]. Att läkarkårens gräsrötter tänker annorlunda ger Läkartidningens webbenkät, redovisad i 9–10/2013, en vink om. Den utgick från en reflexion om vårdens aktuella ekonomiska styrning [6]. Trots givna metodologiska begränsningar är det intressant att endast 11 procent av de 115 svarande tyckte att stimulansmedel haft en positiv effekt på arbetsplatsens vårdinsatser; 46 procent ansåg att effekten varit negativ. Detta är New public management i sin prydno på lokal nivå!

Framtidskommissionens uppdrag bör bl a vara att:

- Belysa professionens roll i utvecklingen av New public management. Många i kåren har glatt sig åt vår ordförandes försiktiga omorientering, manifesterad i t ex kritiken av byråkratiseringen och ekonomistyrningen utifrån register [7] samt kritiken mot vårdgarantins främjande av de friskare remitterade [8]. Men Läkarförbundet måste göra upp med sitt förflutna som inspiratör och drivande i New public management.
- Värdera och sätta gränser för subspecialiseringen. Zaremba tillskriver med rätta New public management många av sjukvårdens pro-

blem. Men det finns andra krafter som orsakat dagens situation. Var finns balanspunkten för subspecialiseringen av medicinen? Håller nackdelarna med uppdelningen av människan och kunskapsmassan på att överflygla fördelarna? Ska/kan processen stoppas?

• Bedöma om centraliseringen av vården är evidensbaserad. Ekonomitänkandet har inneburit en våldsam centralisering geografiskt och inom olika medicinska discipliner. Den styckar sönder ett helhetsomhändertagande av den sjuka människan, det som Zaremba exponerar, och försvårar samarbetet mellan olika specialister och den allmänmedicinskt ansvariga distriktsläkaren. Vilka mått för den samlade effekten av medicinsk intervention ska följas? Flertalet patienter är äldre, ofta multisjuka, inte sällan med kognitiv svikt. Ska strukturomvandlingen utgå från denna stora sårbara grupp eller från selekterade diagnoser och studiegrupper?

• Presentera ett nytt ersättningssystem. Zaremba redovisar nuläget men diskuterar inte några alternativ till New public management. På något sätt måste kliniker och vårdcentraler få betalt. Hur? På allmänläkarnas webbplats Ordbyte finns uppslag om hur vårdval kan förenas med ett icke manipulativt system. Hur ska övrig öppenvård och slutenvård ersättas?

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Wedin M. Viktiga reportage om sjukvården i DN. Läkartidningen. 2013;110:451.
2. Zaremba M. Patienten och prislappen. http://www.dn.se/kultur-noje/vad-var-det-som-dodade-herr-b
4. Petersson C. Kontroll är frihet – en dystopi i regeringens regi. Läkartidningen. 2013;110:636-7.
7. Wedin M, Jansson K. Växande administrativa krav skadar yrkesglädjen. Dagens Medicin. 28 april 2011.
8. Wedin M. Vårdgarantin måste bli mer flexibel och jämlik. Läkartidningen. 2012;109:1387.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

Psykos eller konfusion? En vital differentialdiagnos i sjukvården

Utifrån fallbeskrivingar vill Johan Cullberg uppmärksamma kollegerna på risken att förväxla en psykos med ett delirium/konfusionstillstånd. En felaktig psykosdiagnos kan leda till att den somatiska etiologin missas och att felaktig och riskabel behandling ges.

Maciej Zaremba inleder sin aktuella artikelserie i Dagens Nyheter om sjukvården med att berätta om en »herr A« (DN 17 februari 2013). Denne är svårt cancersjuk och nyopererad. Få dagar efter operationen börjar han »hemsökas av demoner«, dvs han blir förvirrad och aggressiv och uppfattas som farlig för både sin egen och personalens säkerhet. Han river ut slangarna till droppet och försöker fly. Herr A har tidigare varit psykiskt frisk.

En rad psykiaterkonsulter ordinerar under de följande dagarna olika antipsykosmediciner, lugnande medel och sömnmedel. Då patienten inte blir bättre – han sparkas och slåss på IVA – trappas medicineringen upp. Då man har svårt att få patienten överförd till psykiatrin utfärdar somatiköverläkaren ett vårdintyg. Tillståndet förvärras dock tills den psykiatribevandrade hustrun menar att maken är överbehandlad. Då, 20 dagar efter förvirringens debut, ändras psykosdiagnosen till »läkemedelsbetingad förvirring«. Medicinerna sätts ut, och symtomen klingar av. Herr A avlider emellertid i hjärnblödning några dagar senare.

Zaremba ser skeendet som exempel på ett systemfel inom sjukvården, där mängden medverkande personer förhindrar att någon enskild kan ställas till ansvar – utom klinikchefen, som tidigare aldrig varit inkopplad. Ingen kom heller att fällas.



JOHAN CULLBERG
gästprofessor vid Ersta-Sköndals högskola
johan.cullberg@gmail.com

Vid ett annat fall var jag själv konsult till en anhörig som hade anmält de vårdansvariga. Det gällde hans bror »Bertil« som lidit av en ganska stilla paranoid schizofreni. Bertil var på egen begäran inlagd på den psykiatriska akutavdelningen efter att ha sökt hjälp för ökade paranoida idéer. »Förmodligen hade han slarvat med sina mediciner«, står det i journalen, helt utan underlag. På sjukhuset behandlades han genast med antipsykosmediciner peroralt och i injektion, men hans oro tilltog. Han blev i ökande grad aggressiv och fick föreställningar om att vara hotad till livet. »Förmodligen har han hörselhallucinationer«, står det i journalen.

> »I Bertils fall utvecklades en neuroleptikabetingad konfusion, dvs ett delirium som inte primärt hade något med den psykiatriska grunddiagnosen att göra.«

Bertil konverterades till tvångsvård och lades i bälte. Hög feber tillstötte. Ångest och sömnlöshet blev allt svårare med ökande motorisk oro, »trots höjda doser med antipsykotiska läkemedel«. Man prövade även med antidepressiva. Efter att han legat 35 timmar (!) i bälte avled han i hjärtsvikt, femte dagen efter ankomsten till sjukhuset. Psykosdiagnosen ifrågasattes varken förr eller senare. Vid obduktion fann man toxiska mängder läkemedel i blodet efter en »massiv polyfarmaci« där läkemedlen interagerat på ett fatalt sätt. En genetisk analys visade dessutom att han tillhörde gruppen långsamma metaboliserare av de aktuella läkemedlen. Hade man ställt diagnosen läkemedelsbetingad konfusion hade Bertils liv förmodligen räddats.

Anmälan gick via HSAN, länsrätten och kammarrätten till Regeringsrätten men avslogs trots att Socialstyrelsen funnit stora brister i omhändertagandet. Många läkare hade varit inkopplade under vårdperioden men man fann inte någon möjlighet att ålägga någon enskild befattningshavare disciplinpåföljd! Den fatala feldiagnosen diskuterades inte.

Anledningen till min artikel är inte den i och för sig viktiga frågan om ansvar och skuld. Jag skriver för att visa på den medicinska risken att förväxla en psykos med ett delirium/konfusionstillstånd. »Organisk psykos« kallades det förr, vilket gjorde att man kunde förledas tro att antipsykosmedicinering skulle vara indicerad. Genes, symtom, prognos och behandling är olika gentemot psykos men tillstånden förväxlas ändå, inte minst av en psykiatriskt oerfaren somatiker. Tyvärr missar ibland också psykiatriska specialister denna differentialdiagnostik, inte minst om ett delirium utvecklas hos en person med känd psykossjukdom. Men det är inom den somatiska vården som tillståndet oftast blir aktuellt.

Själv blev jag alltmer observant på konfusionsdiagnosen då jag under flera år arbetade som heltids psykiaterkonsult på en kvinnoklinik. Men jag har också senare mött det diagnostiska problemet, med åtföljande felbehandling, då jag arbetat som handledare inom psykiatrin. Ett feberdelirium kan hos en psykiskt skör person misstas för psykos. Delirium tremens har ett välkänt samband med alkohol- eller läkemedelsförgiftning, men kan även utvecklas