

Psykiatrins problem är inte ideologi – utan pengar!

Trots 700 miljoner extra i s k Miltonpengar brottas psykiatin med ekonomiska problem. Miljonrullningen gick psykiatrins kärnverksamheter förbi, till hundratals nyuppfunna projekt. Detta, inte sektoriseringen, är specialitetens dilemma – något som inte löses med psykofarmakologi och excellenta forskningsmiljöer.

Psykiatern Markus Heilig konstaterar på debattsidan i en av våra stora morgontidningar att svensk psykiatri är »förlegad« och befinner sig i samma kristillstånd som när han för tre år sedan lämnade oss för USA: »Tre år, hundratals miljoner och en psykiatrisamordnare senare skriver Socialstyrelsen (DN Debatt 1/8) att lite ändrats i grunden. Tyvärr finns ingen anledning att betvivla denna slutsats«, framhåller Heilig.

Under de tre år som han befann sig i en självvald landsflykt satsade den förra regeringen (2005–2006) totalt 700 miljoner på »psykiatrivården«, de s k Miltonpengarna. Det mesta gick till 470 nya, i all hast påhittade, fristående projekt – vid sidan av psykiatrins kärnverksamheter! Det var givet att Milton-pengarna med denna fördelning inte skulle leda till »mätbara positiva förändringar för psykiatrins patienter«.

Heiligs missnöje kan inte mätas med vårt eget, hos oss som till vardags sliter med otillräckliga förutsättningar för att utföra vårt arbete, med allt större krav från omvärlden. Med oförändrade resurser sedan många år knäar Stockholms psykiatriska verksamheter inför dagens patientinflöde som fördubblats.

Heilig framför en för honom kär tes som överskuggar hela hans resonemang, nämligen att roten till allt ont är att »politikerna under lång tid styrt verksamheten utifrån ideologi i stället för veten-

skap«. »Sektorsprincipen har varit överordnad utvecklingen av högspecialiserad vård och genomförande av forskningsresultat. Det har varit viktigare att man är expert på befolkningen i Botkyrka, än att man är expert på manodepressiv sjukdom«, fortsätter han.

Politikerna har lika mycket då, när beslutet om sektorsprincipen fattades, som nu styrt utvecklingen, *men* i huvudsak utifrån ekonomiska överväganden. Beslutet att organisera psykiatin i psykiatriska sektorer fattades för drygt tjugio år sedan och var samtida med beslutet om nedläggningen av de »förlegade« mentalsjukhusen. Politikerna kan här snarare lovordas för att ha varit företrädare för en humanistisk hållning, unik i Europa.

I stället för mentalsjukhusen tillkom sektorerna, en förändring som förutsat-

te något av en vårdkulturell revolution. Genom utflyttningen till sektorernas respektive bostads-/upptagningsområden, och genom att psykiatin utvecklade nya arbetsmetoder, skulle sektorerna erbjuda ett bättre stöd i öppenvård åt sina långtidssjuka patienter. Närheten (till patientens hemmiljö), kontinuiteten (i arbetet med patienten) och helhetsperspektivet (patienten som medborgare) var vägledande begrepp i förändringsarbetet mot en mer samhällstillvärd psykiatri.

Att vara »expert på befolkningen i (sektorn) Botkyrka« står inte i motsatsförhållande till möjligheten att vara »expert på manodepressiv sjukdom«. Eller bör Kunskapen för att komma till sin rätt utövas på något avgränsat reserivat, helst på ett universitetssjukhus?

Av många skäl klarade inte sektoriseringen att förverkliga målen. Detta blev anledningen till att Psykiatireformen tillkom 1995, med hoppet om att kommunerna skulle lyckas bättre än psykiatin att stödja psykiatrins patienter i öppenvården. Ett av skälen till sektorsprincipens »misslyckande« var just ekonomin. Sektoriseringen skedde under parollen »ett humanare och billigare« alternativ till mentalsjukhusen. Allt skulle bli bättre och samtidigt billigare!

Mentalsjukhusens kultur förflyttades



FILIBE COSTA
chefsöverläkare, verksamhetschef, Psykiatri Södra Stockholm
filipe.costa@sll.se



Mentalsjukhusens kultur förflyttades in i sektorernas nyinrättade slutenvårdsstrukturer. (Fotot visar de gamla Mariebergsklinikerna i Kristinehamn, uppförda kring förra sekelskiftet.)

Foto: Fredrik Persson/Scampix

in i sektorernas nyinrättade slutenvårdsstrukturer. Eftersom psykiatrins slutenvård aldrig varit föremål för någon reform är situationen i dag ungefär densamma som på mental-sjukhusens tid. Stora enheter och överbeläggningar; bemanningens struktur och sammansättning ser likadan ut, liksom personalens status och utbildning. Samtidigt har patientinflödet ökat.

Politikernas lofvärda hållning vid stängningen av mentalsjukhusen och valet av sektorsprincipen åtföljdes inte av ekonomisk vidsynlighet.

»Utformningen av den psykiatriska vården har skapat en vårdmiljö som inte är attraktiv för duktiga läkare«, skriver Heilig. Den är inte attraktiv för någon, oavsett yrkestillhörighet eller duktighet. Den är det ännu mindre för patienter och anhöriga.

Heilig framför åsikten att »den psykiatriska vården måste tydligt specialisera sig på specifika sjukdomar. Och tydligt avgränsa dessa från sociala och andra

allmänna problem man inte har några unika förutsättningar avhjälpa«. Detta står i motsats till vad sektorerna gör idag, då vi utöver »specifika sjukdo-

«Inför psykiatrins aktuella situation är det naivt att tro att »modern psykofarmakologi« och några få specialiserade »excellenta miljöer« skulle vara lösningen på våra problem.»

mar« bemöter all sorts mänskligt lidande. Förblindad av sin inställning till sektorsprincipen glider Heilig tyvärr här förbi psykiatrins mest aktuella och brännande fråga – nämligen frågan om psykiatrins uppdrag. Det är en diskussion som leder oss bortom Heiligs kritik av sektoriseringen.

Fram till början av 1970-talet var psykiatri i stort sett lika med psykosjukdomar och bipolära sjukdomar. Sedan dess har psykiatrins arbetsfält utökats dramatiskt, och i dagens läge tar psykiatri hand om alla typer av »*psykiska problem*«.

Psykiatri har inte längre att göra bara med *psykiska sjukdomar* i strikt bemärkelse, utan även med sociokulturellt och även politiskt definierade kategorier av mänskligt lidande. Den aktuella diskussionen om utmattningsdepression, som i en handvändning inte längre skulle be-

traktas som »sjukdom« och därmed inte berättiga till sjukskrivning, är en bra illustration.

Heilig vet att det inte enbart är politikerna och samhällsutvecklingen som bestämmer över psykiatrins inriktning och uppdrag. Själva professionen bidrar aktivt till denna utveckling. I vår diagnostiska era förfogar DSM-IV (psykiatrins diagnosmanual) över 400 diagnostiska kategorier, att jämföra med ett 20-tal i början av 1950-talet!

Inför psykiatrins aktuella situation är det naivt att tro att »modern psykofarmakologi« och några få specialiserade »excellenta miljöer« skulle vara lösningen på våra problem. Lika naivt är det att föreslå att psykoterapi, oavsett vilken form, borde »stå tillbaka« i specialistutbildningen. Psykiatri behöver specialister med kommunikativ kompetens och en bred människokunskap.

Problemet med »vår förlegade psykvård« är sammanfattningsvis inte en fråga om ideologi utan en fråga om klingande kontanter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

APROPÅ! Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Vad är bra kvalitet i prostatacancervården?

■ Nyligen har Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet redovisats av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landstings (SKL). Syftet är att stimulera till förbättringar, »både genom det tävlingsmoment som ligger i jämförelserna och genom den källa till lärande som de utgör«. Principiellt sägs det från företrädarna vara önskvärt för ett landsting att ha en hög placering i jämförelserna.

Inom området prostatacancer jämförs andelen patienter under 65 år med lokaliserad prostatacancer som fått kurativt syftande behandling, som operation eller strålning. Indikatoren har föreslagits i de nationella riktlinjerna för prostatacancer. Årets nationella

data visar att andelen som får denna behandling varierar mellan 50 och 85 procent. Har då det landsting som har 85 procent andel bättre kvalitet än det som har 50 procent?

Låt mig belysa detta med ett exempel. I ett landsting har man en hög screeningaktivitet med PSA-provtagning. Observationsstudier har visat att män över 60 års ålder i mer än 30 procent av fallen har latent prostatacancer. Alla upptäcks inte med PSA-screening men i bästa fall kanske hälften, dvs 15 procent. Majoriteten väljer strålning i form av brakyterapi med s k seeds som är en snabb och relativt smärtfri behandling. Landstinget kan uppvisa många som behandlas kurativt och får en hög andel redovisad i jämförelserna.

Vad är då problemet i detta fall? Det finns gott vetenskapligt underlag för att screening för prostatacancer leder till betydande överdiagnostik och överbehandling av tumörer som obehandlade inte hade progredierat till en livshotande sjukdom under mannens livstid. Den i exemplet vanligaste behandlingen har bristfälligt vetenskapligt underlag när det gäller effekt (jämförande studier gentemot andra alternativ saknas). Långtidseffekterna av strålning i form av sekundär cancer är välbelagda.

Dilemmat med prostatacancer är att den är så utbredd i högre åldrar medan så liten andel kommer att lida eller dö av den. Detta har stimulerat till alternativet aktiv monitore-

ring. Det innebär att man följer de kliniska variablerna och först vid tecken till progress rekommenderar patienten kurativt syftande behandling. Resultaten verkar likvärdiga med de resultat som presenteras för kurativt syftande behandlingar och metoden har snabbt vunnit terräng internationellt.

Finns det då bättre kvalitetsindikatorer? Ansträngningar som nu görs att prospektivt registrera biverkningar av behandlingar är sannolikt ett sätt att bättre höja kvaliteten inom området.

Per-Uno Malmström professor, överläkare, urologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala per-uno.malmstrom@kirurgi.uu.se